

ABRIL MAIO JUNHO 2021

Edição Trimestral

Nº 25



DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

GESTÃO HOSPITALAR

APAH ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

NOVA RUBRICA

História dos Hospitais em Portugal

PANDEMIA

Task Force Vacinação

INTERNAMENTOS SOCIAIS

Barómetro 2021

PARTICIPAÇÃO

Protocolo APAH e Associações
de Doentes



OLHAR A HISTÓRIA,
CONSTRUIR O FUTURO

4	Editorial #olhar a história, construir o futuro
6	História da Saúde História dos hospitais em Portugal: começar pelo princípio
8	Opinião Task Force: gestão de um processo atípico e complexo
10	Estudo APAH A qualidade dos serviços de saúde em tempos de pandemia
12	Estudo APAH Internamentos Internamentos sociais, reflexos modernos de um problema antigo
16	Saúde Global Contributo nacional para uma nova saúde global
18	Participação APAH e 38 associações de doentes e cuidadores assinam protocolo de cooperação
22	Iniciativa APAH Aniversário Os 40 anos da história da APAH
25	Associativismo Constituição da Nova Saúde Pública (NSP): Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Escola Nacional da Saúde Pública
26	Homenagem a Vasco Reis
32	Iniciativa APAH Publicações Lançamento do livro Handbook de Integração de Cuidados
34	Iniciativa APAH Prémio Coriolano Ferreira Um impulso à carreira de administrador hospitalar
36	Estudo APAH Barómetro da I&D em Saúde
42	Opinião Melhorar a experiência dos profissionais de saúde com os sistemas de informação
50	Proteção de Dados A implementação do RGPD na saúde: em tudo igual, em tudo diferente?
52	Comunicação em Saúde O melhor escudo anticrise é uma imagem positiva
54	Espaço ENSP Estimativa de custos diretos de internamento por Covid-19 no CHULC
58	Saúde Pública Servir o interesse da população e as das comunidades
62	Direito Biomédico Covid-19: desafios e oportunidades
64	Cuidados Emocionais O papel das intervenções sociais na saúde: Palhaços D'opital
68	Iniciativa APAH Prémio Healthcare Excellence Autoreport & Trace Covid-19
72	Iniciativa APAH 9ª Conferência de Valor Futuro da saúde em debate
76	Iniciativa APAH Bolsa Capital Humano Incentivar o desenvolvimento do capital humano na saúde

GESTÃO HOSPITALAR

PROPRIEDADE

APAH
APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
Parque de Saúde de Lisboa Edifício, 11 - 1º Andar
Avenida do Brasil, 53
1749-002 Lisboa
secretariado@apah.pt
www.apah.pt

DIRETOR

Alexandre Lourenço

DIRETORA-ADJUNTA

Bárbara Sofia de Carvalho

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Catarina Baptista, Miguel Lopes

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Alexandra Santos, Sofia Marques

EDIÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO



Bleed - Sociedade Editorial e Organização de Eventos, Lda
Av. das Forças Armadas, 4 - 8B
1600 - 082 Lisboa
Tel.: 217 957 045
info@bleed.pt
www.bleed.pt

PROJETO GRÁFICO

Sara Henriques

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita

PERIODICIDADE

Trimestral

DEPÓSITO LEGAL N.º

16288/97

ISSN N.º

0871 - 0767

TIRAGEM

6.000 exemplares

IMPRESSÃO

Grafisol, Lda
Rua das Maçarocas
Abrunheira Business Center, 3
2710-056 Sintra

Esta revista foi escrita segundo as novas regras do Acordo Ortográfico

Estatuto Editorial disponível em www.apah.pt

Traduzimos a linguagem da vida em medicamentos vitais

Na Amgen, acreditamos que as respostas aos desafios colocados pelos medicamentos estão escritas na linguagem do nosso ADN. Como pioneiros em biotecnologia, utilizamos o nosso profundo conhecimento dessa linguagem para criar medicamentos vitais que vão ao encontro das necessidades dos doentes, no combate às doenças graves, melhorando de forma decisiva as suas vidas.

Para mais informações sobre a Amgen, visite www.amgen.pt ou contacte a Amgen Biofarmacêutica Lda., Edifício D^a Maria I (Q60), Piso 2 A, Quinta da Fonte – 2770-229 Paço d'Arcos, Portugal.

AMGEN

Pioneering science delivers vital medicines™



Alexandre Lourenço
Presidente da APAH

#OLHAR A HISTÓRIA, CONSTRUIR O FUTURO

Esta GH anuncia em capa a comemoração dos 40 anos da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. Até à década de 1980, as organizações de saúde na maioria dos países podiam ser vistas como uma burocracia Weberiana, com uma hierarquia administrativa padrão do governo nacional, passando pelo governo regional ou mais local, até unidades operacionais. A postura da gestão era neutra, com quadro administrativo bem definido, que “valorizava probidade, estabilidade e o respeito das garantias processuais”, e muitas vezes era caracterizada como oferecendo uma função de “diplomata”. Os serviços de saúde obedeciam a uma burocracia profissional em que os profissionais de saúde lideravam e se protegiam da intrusão externa do serviço público e dos políticos.

Em muitos aspetos, em Portugal ainda não saímos deste modelo. A administração hospitalar portuguesa, à época inovadora, desenvolveu-se dentro deste enquadramento. Como sabemos, desde meados dos anos 80, os países de elevada renda foram introduzindo componentes gestionárias mais efetivas. Na administração pública portuguesa foram feitas várias tentativas avulsas e nem sempre pelos melhores motivos. Ao invés de apostar na qualificação e profissionalização da gestão de serviços de saúde, optou-se pelo compadrio da nomeação política, desqualificação dos quadros superiores e desvalorização dos administradores hospitalares.

Entretanto muito mudou nos serviços de saúde e na exigência colocada à gestão. Os desafios são tremendos e, mais do que nunca, os serviços de saúde em Portugal necessitam de gestores especializados na área da saúde. Não necessitam de diplomatas ou de juristas, de vacuidade ou neutralidade. Os serviços de saúde portugueses anseiam por uma visão estratégica e de um corpo de gestores qualificados nos vários níveis de decisão. Antes que sejam outros a fazê-lo, os administradores hospitalares têm o dever histórico de liderar este processo.

A nossa associação e profissão têm hoje uma notoriedade e reconhecimento nunca antes vistos. Pela primeira vez temos colegas nas mais relevantes funções públicas, como a Ministra da Saúde, o Presidente da ACSS, e vários Presidentes de Conselhos de Administração de entidades públicas empresariais. Importa que todos entendam este momento singular na nossa história iniciada por Coriolano Ferreira. Não se enganem, o sucesso atual da nossa associação e profissão serão efémeros se não soubermos evoluir.

Este ano comemorar-se-ão 40 anos da nossa associação. A APAH ou os administradores hospitalares não são um fim. São um veículo da política de saúde. Melhores administradores hospitalares garantem melhores serviços de saúde.

Por mais medo que exista na mudança, o nosso maior medo deve advir da nossa incapacidade para responder aos desafios que se nos colocam.

“Olhar a história, construir o futuro”. ●



Daniel S., RO

AMBICIONAMOS TORNAR-NOS LÍDERES MUNDIAIS EM TERAPÊUTICAS CARDIORENAIS

O coração e o rim são órgãos fundamentais e com uma ligação evidente já que doentes com insuficiência cardíaca podem desenvolver doença renal, assim como o inverso. Na Vifor Pharma estabelecemos novos padrões de cuidados através da nossa experiência em nefrologia e em cardiologia. Ao abordarmos a necessidade não satisfeita na área cardiorrenal, ajudamos os doentes de todo o mundo a viverem vidas melhores e mais saudáveis.

Para saber mais, consulte viforpharma.com

HISTÓRIA DOS HOSPITAIS EM PORTUGAL: COMEÇAR PELO PRINCÍPIO



Jorge Varanda

Sócio de mérito e Presidente da APAH (1988-1992)

O ensino da Medicina no Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, iniciado em 1131, precedeu em mais de três séculos os primeiros hospitais em Portugal. Sabe-se que houve instituições medievais no nosso País chamadas hospitais, que exerciam múltiplas funções sociais, albergando, consoante os casos e as circunstâncias, viúvas, órfãos, estudantes, peregrinos e doentes. O facto de acolherem doentes não lhes dava obrigatoriamente natureza hospitalar, se não assentassem numa organização de natureza médica, destinada à recuperação da saúde. O referido Mosteiro, ao mesmo tempo que se antecipou no ensino da Medicina, tinha agregados a si uma pequena enfermaria para monges doentes e o hospital de S. Nicolau para população pobre. Todavia, esse hospital destinava-se a uma multiplicidade de funções iguais às que são referidas, partilhando a natureza medieval desse tipo de instituições.

Na Idade Média em Portugal, os médicos seriam escassos e trabalhavam em casa, não se responsabilizando pelos hospitais. “A clínica medieval era realizada no domicílio, pelo que nenhum dos hospitais possuía médico privativo, sendo este chamado quando necessário.”¹ Por essa razão, a admissão de doentes em hospitais não era precedida de uma decisão médica. Além disso, os doentes que se acolhiam nesses hospitais eram pobres, sem recursos para os recompensar pela sua actividade. Só o pagamento institucional ou a caridade cristã os poderia mover. Não tinham, pois, acompanhamento médico ao longo da sua estadia.

Os nomes dessas instituições, em geral de pequena dimensão, variavam: albergarias, mercearias, hospitais. “As

albergarias e hospitais mais não eram do que casas com algumas (poucas) camas onde se acolhiam pobres e peregrinos. A administração de cuidados médicos não era o motivo da criação de tais instituições e a assistência traduzia-se pelo agasalho dos mais necessitados e pela oferta de alimentação. As duas designações - albergaria e hospital - eram, aliás, usadas indiscriminadamente no vocabulário medieval.”²

Por isso, podemos afirmar com segurança que a criação, no final do século XV do Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, e do hospital de Nossa Senhora do Pópulo, no que são hoje as Caldas da Rainha, marcam uma mudança histórica qualitativa: o que o rei e a rainha decidem criar, apesar de utilizarem a mesma designação de hospital de algumas das referidas instituições medievais, é algo de substancialmente diferente, um modelo novo que havia sido gerado pela evolução da medicina em Itália, em conjugação com as escolas médicas de universidades italianas. A novidade justifica que países como a Espanha e Inglaterra não tivessem ainda à época nenhuma instituição de tal natureza. Tem de diferente a integração de médicos e de cirurgiões na orgânica da instituição, a consulta prévia de admissão e o acompanhamento médico ao longo da estadia, tudo complementado pela especialização dos seus profissionais, com relevo para os boticários, enfermeiros e outros.

Para compreender esse novo modelo é necessário recuar no tempo e lembrar que o fim do império romano do ocidente levava a uma ruralização do espaço geográfico dominado por Roma e ao esvaziamento das cidades. Em consequência dessas transformações, as funções ligadas ao ensino e à prática da Medicina acabaram por ser assumidas mais tarde por mosteiros, na sequência da criação e multiplicação destas instituições. O conhecimento greco-romano acabou por ser levado por médicos que emigraram para a Pérsia, na sequência da crise que atingiu o bispo Nestor e os seus seguidores, a seguir ao concílio de Éfeso, no ano de 431. Alguns desses médicos nestorianos sentiram necessidade de emigrar e fizeram-no para a cidade universitária de Gundishapur, na Pérsia, no século VI. A cidade ficou para a história pelo seu hospital universitário e pelo ensino e formação

prática dos médicos e pela influência que teve sobre o mundo árabe, servindo de modelo a hospitais em Bagdad e no Cairo.

Na Europa a recuperação do conhecimento médico greco-romano e árabe faz-se através da escola médica de Salerno, junto ao mosteiro de Montecassino, no extremo sul da Itália, pólo europeu de formação médica entre os séculos X e XIII. A chegada a Salerno de Constantino, o Africano, em 1077, marcou o início do período mais relevante, a que não foram indiferentes os textos árabes de medicina por ele trazidos do norte de África e traduzidos para latim.

O desenvolvimento do ensino universitário em Itália foi o caminho que levou ao desenvolvimento do conhecimento e da organização hospitalar, tendo como ponto alto dessa evolução o Hospital de Santa Maria Nuova, de Florença que serviu de modelo aos dois primeiros hospitais portugueses, o de Nossa Senhora do Pópulo e de Todos os Santos. Este hospital foi fundado em 1288 por Folco Portinari, pai de Beatriz, musa de Dante Alighieri e foi considerado o primeiro da Cristandade.

Nestas condições, não é de admirar que D. João II e sua mulher, D. Leonor de Avis, com o seu espírito inovador, tenham pensado em hospitais italianos para criarem o Hospital de Todos os Santos e o de N.ª S.ª do Pópulo, nas Caldas da Rainha. D. João II refere explicitamente os hospitais de Florença e de Siena no seu testamento e a Rainha Dona Leonor pôde obter informações directas de Florença do seu confessor e sua amiga Eugénia Benedetta.

Decidir qual dos dois teve a primazia histórica é uma questão em aberto, pois o que se sabe é que D. Leonor de Avis terá tomado a decisão de construir um edifício para albergar os doentes que se tratavam nas nascentes de água termal em 1485 e que os primeiros a serem recebidos nas novas instalações o foram três anos depois, em 1488. Todavia, um edifício para albergar doentes não é em si mesmo um hospital. Já depois da primeira decisão, porém, acabou por dar um formato de hospital ao que decidira criar. Porquê e em que contexto não se sabe. O que se conhece é que no ano de 1488 recebeu uma peregrina italiana a Santiago de Compostela, Eugénia Benedetta, ligada a uma casa de freiras *murate* de Florença, com quem fez amizade e com quem manteve correspondência. Tornou-se mesmo mecenas dessa casa de freiras.³

A novidade do novo conceito de hospital, a atenção que o marido deu à criação do Hospital de Todos os Santos e o benefício dos pobres, associado ao espírito de caridade cristã que inspiravam os passos da Rainha, podem explicar a sua decisão inovadora: aplicar o modelo moderno de hospital a uma instituição que iria usar como principal meio terapêutico as águas sulfúreas das

Caldas, a dois passos da sua vila de Óbidos. A relevância social dos reumatismos e a eficácia das águas para o seu tratamento terão ajudado na decisão, sabendo-se que D. Leonor mandou mestre António, seu médico pessoal, comparar previamente as nascentes das Gaeiras/Óbidos com as das Caldas, optando por estas últimas.

Foi tal o empenhamento pessoal da Rainha que foi ela mesma a primeira a dirigir o Hospital após a sua criação. Deixou-lhe ainda uma preciosidade: a Igreja de N.ª S.ª do Pópulo, da autoria de Mateus Fernandes, enriquecida por uma bela torre sineira. Claro que não tem a riqueza artística do muito rico Hospital de Santa Maria Nuova, de Florença, mas corresponde ao que de melhor se fazia em Portugal.

Sabe-se, por outro lado, que as obras para construir o Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, foram iniciadas em 1492, e que os primeiros doentes foram internados, em 1501, já depois da morte de D. João II. Os processos decisórios foram muito próximos um do outro, mas a complexidade de um e de outro não eram do mesmo grau de grandeza. O Hospital de Todos os Santos destinava-se a duas finalidades complementares, a de servir a população da cidade de Lisboa e a tratar dos doentes que aportavam a Lisboa nas caravelas dos descobrimentos. A sua dimensão inicial admitia o tratamento simultâneo de 250 doentes, enquanto que a dimensão do Hospital de N.ª S.ª do Pópulo era de 110 camas.

Para a compreensão deste momento inicial da história dos hospitais em Portugal há que ter em conta que a necessidade da construção de um hospital em Lisboa foi herdada por D. João II e passada ao seu sucessor D. Manuel I. Era uma necessidade política, primacial, ao passo que a decisão da Rainha D. Leonor de Avis foi um acto de caridade, inserido no seu percurso de vida. Uma passagem pelas nascentes das caldas de Óbidos, com a visão dos doentes a banharem-se nas cálidas águas termais e a aplicação com bons efeitos das águas num peito de que sofria, tê-la-ão influenciado decisivamente na criação do seu hospital. Talvez possamos dizer que a temática hospitalar estava muito viva na mente do marido e dela para justificar as suas decisões.

Os passos seguintes à criação dos dois Hospitais foi a fundação da Misericórdia de Lisboa em 15 de Agosto de 1498, e a sua difusão pelos núcleos urbanos do País, decidida por D. Manuel I. Essa rede de Hospitais das Misericórdias manteve-se a funcionar até 1974, atravessando mais de quatro séculos e todas as mudanças históricas sofridas por Portugal. ●

1. Moisés, Cristina, Hospitais Medievais de Lisboa, Revista da Ordem dos Médicos, 2012, Setembro 133, p. 69.

2. *Ibidem*, p. 70.

3. de Sousa, Ivo Carneiro, A Rainha D. Leonor e as Murate de Florença (Notas de Investigação), Revista da Faculdade de Letras, p. 119-133.

TASK FORCE: GESTÃO DE UM PROCESSO ATÍPICO E COMPLEXO



VAL Gouveia e Melo

Coordenador da Task Force para a elaboração do Plano de Vacinação contra a Covid-19 em Portugal

Uma pandemia, como a da Covid-19, é um daqueles acontecimentos cada vez menos raros e sobre os quais já todos lemos e ouvimos profetizar. No entanto, mesmo com a inconsciente certeza de que mais cedo ou mais tarde teremos de os enfrentar, a insondável natureza humana teima em preferir confiar na sua improbabilidade. E a velha história do Pedro e o Lobo repetiu-se, apanhando-nos, distraídos e pouco preparados. A pandemia apareceu do nada e foi igualmente em menos de nada que se espalhou, tendo dado à “nossa costa”, oficialmente, no início de 2020, tal um tsunami silencioso. Fomos forçados a confinar, facto que só a mera ideia teria, poucos meses antes, feito, mesmos os mais pessimistas, rir de incredulidade. Mas confinámos e fomos obrigados a uma alteração profunda, sem igual nos tempos mais recentes, dos nossos hábitos e rotinas do dia-a-dia, com um impacto, ainda hoje, difícil de avaliar em termos dos aspetos sociais e económicos.

No entanto, da mesma forma que fomos capazes de reinventar processos e de nos adaptar à permanente incerteza, aumentando a solidariedade e a complementaridade comunitária entre instituições e pessoas, conseguimos a ciência e a indústria farmacêutica, em tempo absolutamente recorde, desenvolver um conjunto alargado de vacinas contra a Covid-19.

Este surpreendente acontecimento, indicador da capacidade e engenho humano perante a adversidade, lançou, no entanto, aos estados e em particular aos seus serviços de saúde um desafio extraordinário. Um desafio que por conjugar duas necessidades simultâneas, a de ser massivo, porque se propunha a vacinar uma larga faixa das populações, e urgente, porque se deveria concretizar num muitíssimo curto espaço de tempo, se caracterizava por

ser de sobremaneira complexo, mesmo para países que, como Portugal, se podem orgulhar de ter uma antiga e consolidada tradição de vacinação e uma população em grande medida disponível e habituada a ser vacinada.

Em Portugal, em resposta a esta urgência, foi criada, em novembro de 2020, por despacho conjunto¹ das áreas governativas da Defesa Nacional, Administração Interna e Saúde, a Task Force para a elaboração do “Plano de vacinação contra a Covid-19 em Portugal”, com o objetivo de garantir a coerência e execução do Plano e coordenar o trabalho já realizado, entre todas as entidades envolvidas no sucesso desta operação, bem como a sua articulação com as Regiões Autónomas e auscultação e envolvimento de organismos relevantes.

Isto implicava, para este grupo alargado e multidisciplinar, a tarefa de definir a estratégia de vacinação, coordenar e controlar a sua execução e, se necessário, desenvolver novos processos e adaptar as estruturas existentes de forma a envolvê-las e capacitá-las para o alcançar do objetivo definido. Após uns primeiros passos naturalmente difíceis, o processo ganhou dinâmica. O atual coordenador reforçou desde início, logo em fevereiro, a estrutura de planeamento e controlo do processo, ao nível estratégico.

Resultou daqui a criação de um grupo de apoio ao Coordenador para estruturar os processos ao nível do planeamento estratégico (afastar no tempo o planeamento macro da execução), controlo de execução (garantir a fiel implementação dos planos e orientações de gestão), verificação dos resultados do processo (recolher dados e indicadores de execução contribuindo para o ajustar dos planos e identificar situações anormais) e comunicação estratégica (gerir expectativas e reduzir ansiedade informando de maneira simples e clara). Com base nesta nova estrutura e organização a atuação da Task Force adotou, a partir dessa data, uma lógica de trabalho assente em quatro prioridades de intervenção:

- **Dar maior resiliência à Organização**, melhorando a arquitetura de governação, afastando, no tempo, o planeamento da execução, robustecendo as soluções dos Sistemas de Informação, implementando mecanismos de verificação e estruturando o processo de comunicação interna;

- **Exponenciar a capacidade de resposta do sistema**, alargando os Postos de Vacinação em colaboração com as autarquias, criando Postos de Vacinação Rápida e in-

crementando os recursos humanos a disponíveis;

- **Responsabilizar a estrutura**, restringindo a fuga interpretativa das normas, melhorando a sua clareza e simplicidade, reforçando os mecanismos de reporte obrigatórios e os mecanismos de verificação e auditoria interna, penalizando desvios;

- **Comunicar preservando a iniciativa**, detetando e antecipando narrativas e perceções desfocadas da realidade, por forma a intervir e informar com clareza, simplicidade e de forma completa.

A implementação efetiva destas prioridades de ação implicou uma intervenção transversal a todos os componentes do sistema, tornando o processo mais inclusivo e participativo, que foi complementado com um diálogo construtivo, responsável e aberto com um conjunto muito alargado de atores relevantes na sociedade, mas simultaneamente, mais diretivo e claro em termos de responsabilização desses atores nas atividades a desenvolver. Passou, de igual forma, pela habilidade de agregar vontades, capacidades e conhecimento de entidades e pessoas muito distintas e com interesses e padrões de atuação, por vezes, muito díspares, em torno de objetivos e tarefas comuns, em prol de um serviço de qualidade aos portugueses, num rumo único e sem nunca perder o foco no essencial: Assegurar, a cada momento, a eficácia do processo e vacinar, com qualidade, o maior número de pessoas no mais curto espaço de tempo, dando numa primeira fase prioridade à urgência de salvar vidas, e à consolidação da resiliência do Estado (esta em paralelo representando 10% da taxa total da vacinação), por forma a permitir, numa fase posterior, libertar a economia.

Ficou claro desde o início deste processo de vacinação que a eficácia seria mais determinante do que a eficiência. Esse sentir, foi decisivo no desenvolvimento da lógica e prioridades de vacinação, bem como na identificação dos eventuais nós de estrangulamento logístico do processo. Relativamente a estes últimos foram inicialmente identificados quatro possíveis nós de estrangulamento: o ritmo de entrega das vacinas a Portugal; o sistema de distribuição; os mecanismos de convocação e a capacidade de vacinação. Desta forma e subjacente a este enquadramento, foi pensada, testada e implementada, em articulação com as ARS/ACeS², uma capacidade de vacinação em grande escala e proporcional à população ao longo do território nacional, rapidamente criando Centros de Vacinação com a incedível colaboração das autarquias, e foi estabelecida uma estreita colaboração com a Direção-Geral da Saúde (DGS) permitindo uma constante avaliação, revisão e adaptação dos critérios e prioridades de vacinação, considerando, entre outros, fatores como o fornecimento nacional de vacinas, que acabou por se revelar irregular e deficitário, ou ainda as restrições etárias impostas à administração de determinadas vacinas. Foram igual-

mente avaliadas a capacidade logística providenciada pelo Serviços de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), que se revelaram exímios na qualidade e profissionalismo dos serviços prestados, e a capacidade de agendamento, identificar e trazer à vacinação os utentes de forma controlada, da responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Esta última capacidade, muito dependente das bases de dados centrais do sistema de saúde e da qualidade da informação nelas disponível, bem como da capacidade de resposta e integração dos sistemas de informação existentes, continua a representar, ainda hoje, o maior desafio à eficácia do processo. A sua inerente exigência e as necessidades operacionais identificadas pela Task Force, obrigaram a SPMS a um esforço permanente de atualização dos seus processos, bem como ao desenvolvimento de novas soluções web e centralizadas, com as inerentes “dores de parto”, em especial considerando tratar-se de um processo em andamento, sem espaço nem tempo para o desenvolvimento e testagem, das soluções mais adequadas.

Este processo exigente, intenso e complexo não seria exequível sem a dedicação incansável e profissional dos enfermeiros, auxiliares e médicos que tem sido os verdadeiros combatentes na linha da frente deste processo, contribuindo, todos os dias, decisivamente para concretizar o plano definido, garantindo indicadores que não só nos deixam no pelotão da frente da taxa de vacinação entre os países europeus, mas, mais do que isso, nos dão conta da satisfação muito generalizada dos utentes, após a sua experiência pessoal de vacinação.

Parece agora ser visível a luz ao fundo do túnel, mas existe ainda um caminho que é preciso percorrer sem baixar os braços ou aliviar a intensidade e perder o foco. Temos, no entanto, já a percepção de que aprendemos todos muito sobre o muito que nos rodeia e em que nunca tínhamos reparado, soubemos estabelecer pontes sobre precipícios até à data vistos como inultrapassáveis, ser solidários sem olhar a quem e mostrar resiliência para além do imaginávamos ser capazes.

Este é um processo que tem apelado ao nosso espírito de comunidade sem fronteiras, internas e externas, e, por essa razão no futuro, seremos certamente uma comunidade mais capaz, mais unida, mais exigente, mas também mais generosa e com menos preconceitos se soubermos carregar esta experiência connosco e dela tirar e transmitir aprendizagens únicas às próximas gerações. ●

1. Despacho n.º 11737/2020, de 26 de novembro, alterado pelo Despacho n.º 3906/2021, de 19 de abril.

2. Administrações Regionais de Saúde / Agrupamentos de Centros de Saúde.

A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA



Manuel Delgado
IASIST

As questões do acesso
A qualidade, em qualquer bem ou serviço público está, em primeiro lugar, associada à adequação da capacidade da oferta ao volume e à diversificação da procura.

No caso da Saúde, isso tem como dimensão-chave a acessibilidade a cuidados de saúde, no tempo certo, na especialidade certa e no local mais adequado. Por razões estruturais, o acesso dos portugueses a cuidados de saúde inicia-se, muitas vezes, pelas urgências dos hospitais e, se for necessário, circula depois por consultas de natureza geral ou de especialidade, exames complementares e internamentos. Recordo, a propósito, que em Portugal mais de 90% dos internamentos em valências médicas ocorre a partir de serviços de urgência, uma realidade que se mantém desde a fundação do SNS em 1979. Esta forma de admissão nunca foi questionada pelas ordens profissionais, pelas sociedades científicas ou pelas associações de doentes, o que nos remete para a aceitação generalizada deste modelo, em parte também replicado em serviços cirúrgicos. É, portanto, um hábito que não se discute, mas revelador das entropias no acesso aos serviços mais diferenciados.

Neste ano e meio de pandemia, um dos fenómenos mais impressionantes que ocorreu, foi a forte diminuição da procura de urgência (na ordem dos 40%), embora os níveis de gravidade mantivessem os mesmos valores relativos. Ou seja, registou-se uma contração generalizada que afetou por igual as afeções simples e as situações mais complexas. Isso significa que muitos doentes mais complexos não foram às urgências quando efetivamente necessitavam, o que fez diminuir também, de forma sensível, o número de doentes internados. O receio, o medo de contrair o vírus ou o isolamento social provocado

pelos sucessivos confinamentos poderão explicar grande parte destas ausências.

Ainda em matéria de acesso, a realização de consultas, quer de medicina geral e familiar, quer de especialidades hospitalares, tem sido sempre um dos gargalos de estrangulamento do SNS, travando necessidades imediatas e contribuindo, com isso, ou para a resolução natural dos problemas, ou para mais visitas às urgências ou ainda para o agravamento do estado de saúde e desespero de doentes e familiares, situação particularmente notada nas intermináveis listas de espera cirúrgicas. Esta é, aliás, a principal razão pela qual muitas pessoas optam por ir ao setor privado, normalmente com margem de oferta suficiente e uma outra flexibilidade para dar uma resposta mais célere.

Também aqui a pandemia contribuiu para o cancelamento e até encerramento temporário de muitas consultas, bem ilustrado pela sua redução, quer nos cuidados primários quer nos hospitais. Este apagão na atividade médica do SNS teve, simultaneamente, um registo muito idêntico na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, quer na esfera pública, quer na esfera dos convenionados, por ausência de prescrições por parte do SNS. Deste modo, rastreios de doenças graves, diferenciação diagnóstico e reabilitação foram atividades também acentuadamente afetadas pela pandemia.

Em resumo, poderemos afirmar que, salvo alguma recuperação de atividade que entretanto se tem registado, o último ano e meio foi caracterizado pela significativa redução do acesso aos cuidados de saúde, com consequências ainda não cabalmente conhecidas e cuja projeção em termos de morbi-mortalidade está longe de poder ser calculada.

A qualidade técnica

A qualidade dos cuidados prestados no SNS não é um tema objeto de estudo clínico generalizado, pese embora o tema, em si, seja permanentemente glosado nas análises feitas pelos especialistas. Quero dizer com isto que não dispomos de análises comparativas sobre o desempenho dos serviços médicos, quer quanto aos procedimentos utilizados, quer quanto aos resultados obtidos. Isso impede-nos de proceder a uma avaliação minimamente credível sobre a matéria, sendo todavia de relevar algumas metodologias em curso, quer pela ERS quer por entidades privadas, aqui, sobretudo, no *ben-*

chmarking desenvolvido pela IASIST.

Por estas razões, não dispomos de dados ou de informação sobre a qualidade clínica dos atos praticados neste longo período pandémico. Seria até particularmente interessante estudar-se os procedimentos e os resultados obtidos com os doentes Covid, tendo em atenção o ineditismo deste vírus e a inexistência de uma prática clínica protocolada antecipadamente para lhe fazer frente. Pouco ou nada sabemos, ainda, sobre as características destes doentes quando objeto de internamento (idades, sexo, formas de admissão, diagnósticos principais e secundários, complicações, readmissões, duração dos internamentos, passagem pelos cuidados intensivos, mortalidade ajustada, etc.). E é até estranho que este processo de conhecimento não tenha despertado, ainda, o interesse das associações profissionais mais relevantes do setor, tentando identificar modelos de intervenção que se tenham revelado mais eficazes e com melhores resultados na relação benefício-custos. Vivemos nesta matéria, um desconhecimento generalizado pautado, aqui e ali, por alguns trabalhos jornalísticos cuja consistência e aproximação à realidade deixam muito a desejar. A esta situação não será alheio o facto de vivermos também alguma indefinição sobre o acesso a dados clínicos dos doentes, matéria sobre a qual se assiste a um excesso de zelo inexplicável face à importância do conhecimento de que todos deveríamos dispor.

A evolução da Covid-19 em Portugal

Este vírus preencheu as principais preocupações dos responsáveis pela saúde nos últimos tempos: capacidade de resposta do SNS, principalmente em cuidados intensivos, o papel dos cuidados primários e dos hospitais, a atitude dos doentes, a ausência de competências clínicas nos lares, as políticas de confinamento e de desconfinamento, os doentes que foram deixados para trás, o avanço da vacinação e os abusos verificados nas prioridades, as medidas profiláticas da DGS e a ocorrência sistemática de situações de incumprimento em que a autoridade do Estado foi posta em causa, o excesso de tolerância nas fronteiras, designadamente quanto ao nosso velho aliado, de tudo isto se fez o filme da pandemia neste ano e meio. Já com 3 vagas, cada uma numa escala maior que a anterior e com a aproximação previsível da 4ª vaga. E sempre com um comportamento exemplar dos hospitais públicos, demonstrando uma resiliência inesperada para os mais distraídos, mas que apenas confirma a sua capacidade técnica, quer em equipamento quer em profissionais. Portugal não viveu, em nenhum momento, o caos ou desespero que vimos em imagens que nos chegavam diariamente de Espanha, de Itália, dos EUA ou do Reino Unido. Mesmo no pico da 3ª vaga, com mais de 6.000 doentes internados com Covid e mais de 900 em cuidados intensivos, os hospitais do SNS souberam coor-

“
NÃO RESTAM HOJE DÚVIDAS DE QUE O SURTO
PANDÉMICO, LONGO E DOLOROSO,
QUE ESTAMOS A VIVER, TROUXE IRONICAMENTE
UM SUPLEMENTO DE CONFIANÇA NO SNS.
OS PORTUGUESES, DE TODAS AS CLASSES
SOCIAIS, TÊM HOJE, GENERICAMENTE,
UMA OPINIÃO FRANCAMENTE FAVORÁVEL
SOBRE O COMPORTAMENTO DO SNS.

”

denar-se e responder cabalmente a todos estes doentes. Importa deixar uma referência ao plano de vacinação dirigido e operacionalizado pelo SNS com o apoio crucial das autarquias e outras entidades da sociedade civil. O processo começou francamente mal, ou porque não havia vacinas, ou porque as prioridades estavam mal definidas ou porque havia diariamente relatos de abusos intoleráveis. As coisas acalmaram e entraram num ritmo bastante positivo, com a simplificação que se impunha nas prioridades e a montagem de uma logística de distribuição e vacinação verdadeiramente notáveis. Não foi preciso o recurso ao setor privado ou às farmácias, pelo menos até agora. Isso não significa que se houver mais vacinas não se tome aconselhável enveredar por locais de vacinação complementares, tendo em conta as novas estirpes com que o vírus se manifesta e os riscos que isso comporta, mesmo para população já vacinada.

A qualidade percecionada

Não restam hoje dúvidas de que o surto pandémico, longo e doloroso, que estamos a viver, trouxe ironicamente um suplemento de confiança no SNS. Os portugueses, de todas as classes sociais, têm hoje, genericamente, uma opinião francamente favorável sobre o comportamento do SNS nesta fase, talvez porque viram desconstruídas as baixas expectativas que tinham no início. Esta opinião é, todavia, difusa quanto aos referenciais que a suportam, não se percebendo bem se se baseia na competência técnica, se na humanização dos cuidados, se na simpatia e solicitude dos profissionais, se nas vidas salvas. Estas perceções são, todavia, um bom princípio de conversa, quando pretendemos revitalizar o SNS e dar aos cidadãos um serviço de saúde com mais qualidade. ●

INTERNAMENTOS SOCIAIS, REFLEXOS MODERNOS DE UM PROBLEMA ANTIGO

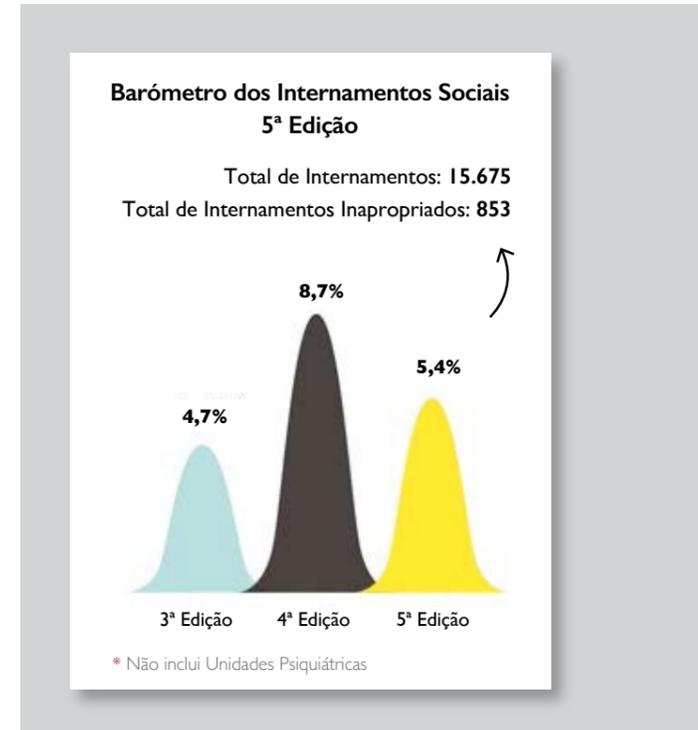


Miguel Amado
Partner EY

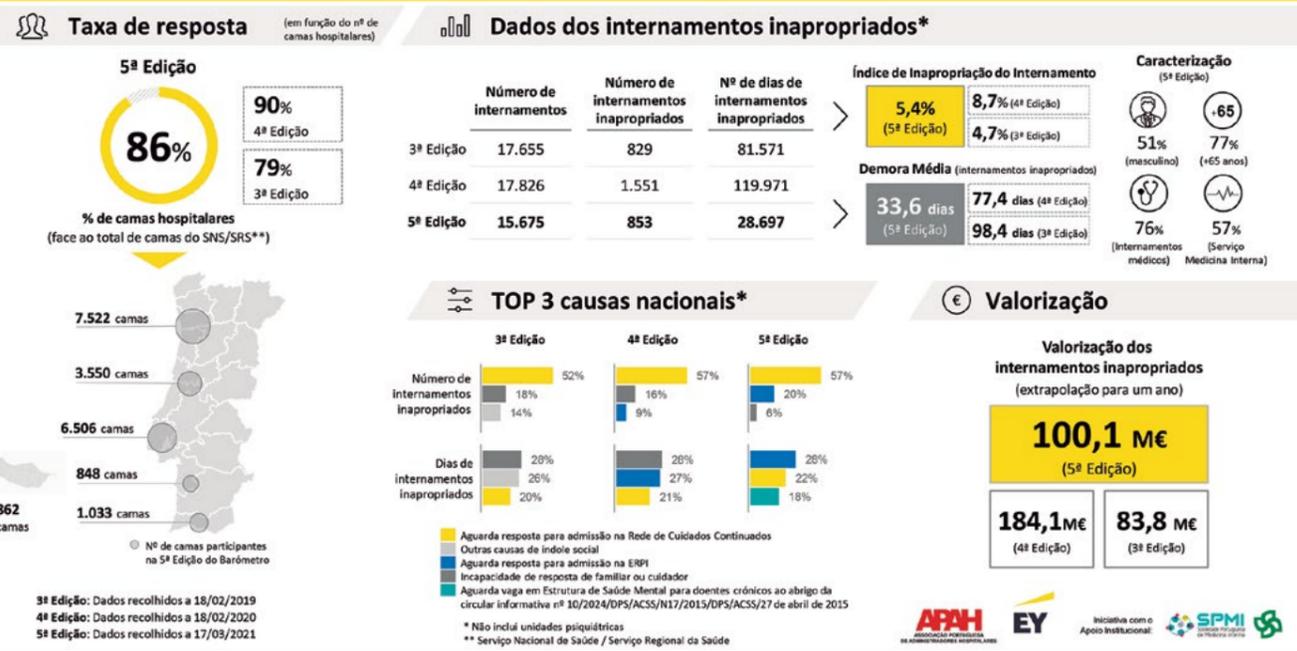
Considera-se um internamento inapropriado todos os dias que um doente passa no hospital quando já tem alta clínica e não existe um motivo de saúde que justifique a sua permanência em ambiente hospitalar. As camas ocupadas por estes internamentos representam numa primeira instância um custo humano, ao reduzir efetivamente a oferta de camas a quem de facto precisa, com a agravante de representar também um risco para os doentes que ao permanecerem mais tempo internados sem necessidade aumentam a probabilidade de contração de infeções, mas também um custo financeiro para o Estado, que está a subsidiar indevidamente quem não precisa de cuidados hospitalares. Numa altura de crise sanitária e económica estes fatores de ineficiência são ainda mais relevantes e vale a pena analisar o seu comportamento para se poder chegar à raiz de um problema que não é apenas de saúde, é também um problema social e um problema económico, mas é sobretudo um desafio para a resiliência de um SNS cada vez mais deficitário face à procura. Nesse sentido, este tema tem vindo a ser monitorizado anualmente através do Barómetro dos Internamentos Sociais (BIS), iniciativa da APAH com a colaboração da EY, apoio institucional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e o contributo da Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS), num trabalho conjunto que simboliza de uma forma inequívoca uma das chaves para os desafios deste século, sobretudo após esta pandemia que nos assola, a colaboração. Os desafios atuais, pela sua crescente complexidade e dimensão, têm de ser cada vez mais enfrentados de vá-

rias perspetivas, por vários ângulos de análise e diversas frentes de ação. O privado e o público têm de se complementar para que se consiga almejar mudanças que de facto tenham impacto. E no caso dos internamentos sociais, também designados por internamentos inapropriados, o mesmo se aplica. Este ano, na sua 5ª edição, com dados a 17 de março de 2021, houve um maior detalhe na análise das causas destes internamentos, o que permite uma análise mais fina das razões que levam pacientes a permanecerem internados depois de receberem alta hospitalar. São 21 causas que se distribuem por causas sociais, causas organizacionais associadas ao sistema de âmbito social, causas organizacionais associadas ao sistema integrado de saúde e outras causas de índole social. A representatividade deste barómetro é comprovada pelo aumento da taxa de participação do número de estabelecimentos hospitalares, que este ano ascendeu a 96%, o que representou 86% em termos de números de camas disponíveis no SNS, e que representa também a consciência do tema por parte da gestão hospitalar, preocupada com a sua eficiência na resposta às necessidades dos seus doentes. A consciencialização trazida pelo BIS tem conduzido a alguns resultados com uma melhoria face à 4ª edição, como ilustra o Índice de inapropriação do internamento à data de recolha dos dados, excluindo unidades psiquiátricas, que desceu de 8,7% para 5,4%, mas que ainda representa nesta 5ª edição um total de 853 internamentos inapropriados àquela data, com o número médio de dias desde a sua alta médica de 33,6 o que representa também um decréscimo de 57% face à 4ª edição. São 843 camas por dia que não estão disponíveis para doentes

que precisam de receber cuidados de saúde em internamento. A distribuição geográfica deste fenómeno está alinhada com a distribuição de número de camas e não é surpresa que as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Norte sejam responsáveis por cerca de 75% destes internamentos sociais. Quanto às causas atribuídas aos internamentos inapropriados, estas dividem-se entre causas organizacionais de âmbito social e causas organizacionais de âmbito do sistema integrado de saúde, sendo que 77% dos internamentos são justificados pelo aguarda resposta para a admissão seja na Rede de Cuidados Continuados (57%), seja na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (20%), sendo também de destacar a diminuição de internamentos sociais resultantes da incapacidade de resposta de familiar ou cuidador. Estes números vão de encontro à ideia inicialmente expressa que a solução tem de passar por um esforço conjunto do setor da saúde e do setor social. A grande maioria dos internamentos sociais mantém-se como nas edições anteriores nos internamentos médicos com a maior fatia pertencente à medicina interna embora com um decréscimo contínuo nos últimos anos. ▶



APAH | 5ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais | 17/03/2021 Infografia – Internamentos Inapropriados Totais





Numa ótica do paciente, há um equilíbrio grande relativamente ao género nesta edição, (49% são pacientes femininos, e 51% masculinos). Por faixa etária 77% dos episódios dizem respeito a pacientes com mais de 65 anos, no entanto se fizermos a distribuição por número de dias de internamento, existe um maior equilíbrio com 48% dos casos a situarem-se em pacientes com menos de 65 anos.

Estes números ajudam a perceber que muito ainda se pode fazer para continuar a melhorar a situação, até porque alguns fatores ligados à Covid-19 certamente têm impacto na realidade traçada nesta 5ª edição, o que incentiva a que se continue a medir este fenómeno de forma mais contínua para se obter dados mais persistentes e acompanhar uma realidade que pode impedir a saúde de chegar a quem precisa. Urge utilizar a transição digital na saúde contemplada no PRR (Plano de Recuperação e Resiliência) para se conseguir transformar esta monitorização em contínuo e assim colocar também pressão para a resolução de cada caso em particular, assim como investir numa maior articulação entre o setor médico e social através do digital e das reformas previstas no PRR. Se ainda dúvidas houvesse do benefício ao cidadão e aos

doentes, se todos os dias de 2021 fossem como o de dia 17 de março, o custo associado extrapolado para um ano seria de cerca de 100 milhões, um argumento de peso para um investimento nesta área. E de facto Portugal está num momento único para operar mudanças em todos os setores, mas sobretudo no da Saúde onde estão previstos cerca de 1.383 milhões de euros, de onde se destacam investimentos na rede de cuidados continuados e rede nacional de cuidados paliativos, que, por falta de resposta, ainda são a maior causa dos internamentos sociais, assim como cerca de 88 milhões de euros para a conclusão da reforma da saúde mental e implementação da estratégia para as demências. Sendo que o custo associado a internamentos sociais relativo a unidades psiquiátricas ainda ascende a 2,5 milhões por ano (extrapolação com base nos dados de 17 de março de 2021). Já na referida transição digital da saúde estão previstos cerca de 300 milhões onde se inclui a melhoria da rede de dados e os registos nacionais que irão permitir uma monitorização do correto comportamento do sistema de saúde português. Fica a faltar a ligação com o setor social, que também tem investimentos financiados pelo PRR, essencial para enfrentar os desafios da saúde e bem-estar do século XXI.

E como é um problema de todos, só com todos poderá ser resolvido.

Sobre o Barómetro

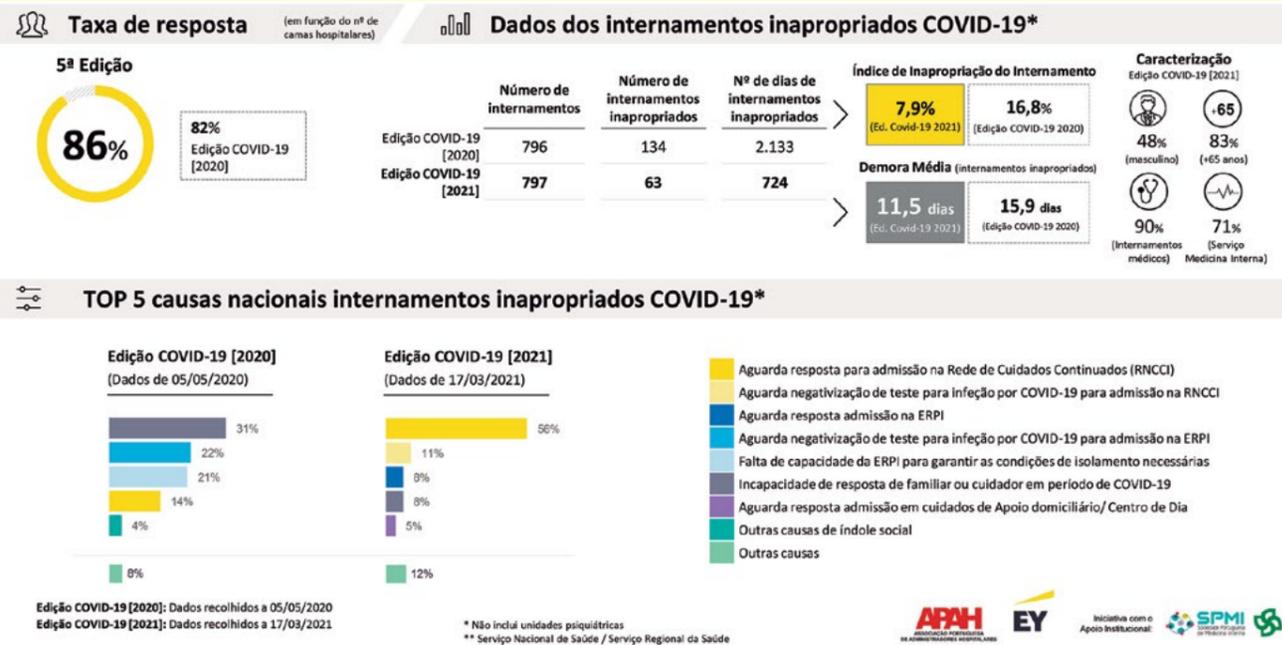
Os indicadores, aqui apresentados constam da 5ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) - com o suporte da EY, o apoio institucional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e o contributo da Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS) - que este ano contou com a participação de 43 unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do Serviço Regional de Saúde (SRS), que no seu conjunto representam 95,6% do total a nível nacional.

A edição deste ano realizou-se em contexto pandémico, pelo que também considera dados dos internamentos de doentes com infeções, com as perguntas desagregadas em internamentos Covid-19 e internamentos não Covid-19. A 17 de março de 2021, dia da recolha dos dados, Portugal encontrava-se no final da terceira vaga de infeções.

Os Barómetros de Internamentos Sociais surgem, assim, como iniciativas de elevada relevância, que pretendem monitorizar e caracterizar um fenómeno crítico no sistema de saúde português e reforçar a importância de desenvolvimento de soluções conjuntas entre as diferentes entidades envolvidas, de forma a minimizar os impactos e melhorar o serviço de saúde prestado aos portugueses. ●

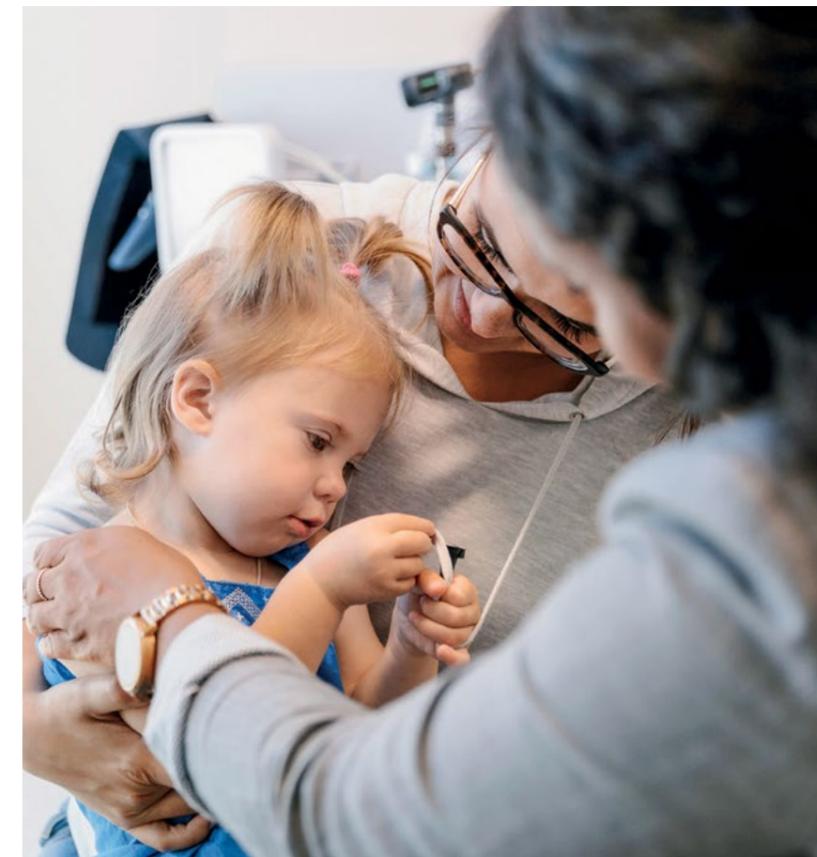
APAH | 5ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais | 17/03/2021

Infografia – Internamentos Inapropriados COVID-19



Ao colocar a vida em primeiro lugar, criamos um legado que perdura

Há 130 anos que lutamos contra os maiores desafios em saúde, criando esperança na luta contra a doença. Continuamos empenhados em ser uma companhia biofarmacêutica líder, centrada na investigação e na procura de respostas científicas pioneiras que beneficiem os doentes e a sociedade, hoje, amanhã e nas gerações vindouras.



CONTRIBUTO NACIONAL PARA UMA NOVA SAÚDE GLOBAL



Guilherme Gonçalves Duarte
Médico Especialista
em Saúde Pública



João Magalhães
Médico Interno
de Saúde Pública

Na perspetiva evolutiva das sociedades, a visão dos países relativamente a políticas de Saúde além-fronteiras altera-se significativamente quando a ciência evidencia as limitações nas abordagens nacionais aos determinantes e impactos destas, que não respeitam limites geográficos ou fatores de desenvolvimento social e económico.

As doenças infecciosas adquirem particular relevo neste contexto, onde a cooperação internacional remonta ao século XIX, quando epidemias de cólera levam à organização da primeira Conferência Sanitária Internacional em Paris (1851). Com a constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, uma das primeiras iniciativas é criar o *International Sanitary Regulations*, precursor do atual *International Health Regulations* (Regulamento Sanitário Internacional - RSI) adotado em 1969 e atualizado em 2005. Esta atualização é negociada num contexto de aparecimento ou reaparecimento de doenças como a peste, cólera, febre amarela, gripe das aves ou SARS; e inclui a perspetiva “ameaças em saúde” (mais do que ver “doenças”), acautelando ainda o impacto da tecnologia moderna, comércio e viagens. O surto de Ébola em 2015, leva então à criação do Programa Mundial de Emergências de Saúde da OMS, com vista a permitir uma resposta mais rápida, melhorar o apoio dado aos países pela organização e para desenvolver funções de vigilância epidemiológica.

Esta evolução sugere que a comunidade global nunca deixou de refletir na melhor forma de prevenir e se preparar para ameaças futuras. Hoje, quando vivemos um dos principais testes de stress aos nossos sistemas de saúde, mas também às comunidades, podemos já refletir sobre as falhas e lacunas identificadas, que devemos endereçar e resolver. Um ponto identificável nas lições aprendidas,

e comum nestas crises, é a necessidade de estreita colaboração internacional.

Na resposta global, a OMS é muitas vezes apontada como protagonista e responsável, a quem se exige liderança e competência no apoio aos países, nomeadamente no planeamento e resposta a emergências de saúde pública. Não obstante, é hoje claro que reforçar a preparação para doenças infecciosas com potencial pandémico não é uma tarefa que as instituições internacionais possam assumir sozinhas. É necessário o compromisso de governos, empresas e comunidades para atingir mudanças sustentáveis, mas o *mantra* que a Saúde Pública é “um assunto de todos” é muitas vezes contraproduativo. Se por um lado supõe um apoio quase consensual à ideia de intervenções que aumentem o estado de saúde das populações, implica, por outro, uma responsabilidade tão ampla e dissolvida que ninguém faz destas intervenções ou do investimento nelas, a sua prioridade.

Mesmo assumindo a competição de outras áreas de desenvolvimento, o investimento na preparação e resposta a surtos autojustifica-se em termos económicos. Epidemias causam o consumo adicional de recursos de saúde, desviando concomitantemente os recursos disponíveis de outras doenças endémicas ou prioritárias, resultando em perdas de produtividade e diminuindo receitas provenientes do comércio e turismo. Epidemias de magnitude significativa são capazes de devastar economicamente setores inteiros, como vimos a assistir nos últimos 20 anos - estimam-se perdas económicas de 7 milhões EUR para um surto de *Salmonella Thomson* na Holanda em 2012 (Suijkerbuijk *et al.* 2017), 36 milhões USD para o ressurgimento de cólera na Tanzânia em 1998 (OMS 2007), 2 mil milhões USD para H1N1 no México em 2009, ou 38 milhões de milhões de USD, para a pandemia por Covid-19 (Fundo Monetário Internacional). Estes custos podem ser diretos, indiretos ou intangíveis. Os custos diretos mais visíveis estão associados aos cuidados de saúde aos doentes; custos indiretos surgem tanto a nível individual (perda de trabalho, necessidade de cuidar de familiares, ou intervenções de Saúde Pública, como quarentena de contactos ou encerramento de escolas e outros contextos), como a nível macro (impacto sobre viagens, turismo, comércio e confiança do consumidor), afetando setores da economia por vezes fundamentais ao produto interno bruto (PIB) dos países.

O investimento na preparação e resposta a surtos justifica-se também pela pertinência epidemiológica. Vivemos hoje condições em que muitas causas se alinham na criação de oportunidades para a emergência ou reemergência de agentes infecciosos. Desde infraestruturas de saúde pública enfraquecidas até ao aumento acelerado da população, atividades antrópicas promotoras ou alterações climáticas, conflitos civis, deslocamento humano acelerado e comportamentos, incluindo migrações, e baixa literacia para a gravidade dos riscos potenciais ou ainda pela própria utilização de agentes para fins bélicos. O enfraquecimento da infraestrutura de saúde pública resulta em parte da diminuição do investimento nesta área durante a segunda metade do século XX e agrava-se nos países de baixo rendimento, com prioridades concorrentes e acesso deficitário à saúde e saneamento básico. Uma infraestrutura deficiente agrava a falta de práticas robustas de saúde pública, capazes de prevenir epidemias e preparar comunidades para a resposta a estas.

Nunca provavelmente se discutiu tanto e colaborou no campo da saúde como atualmente. Agora, é crucial concretizar e usar este *momentum* para melhorar a forma como nacionalmente, regionalmente e globalmente:

- Recolhamos, analisamos, utilizamos e partilhamos dados, com vista a antecipar, identificar e rastrear surtos;
 - Percebemos e comunicamos riscos, e agimos de forma assertiva sobre eles;
 - Compreendemos e implementamos intervenções efetivas de saúde pública para diferentes tipos de emergências;
 - Investigamos, desenvolvemos e produzimos vacinas, meios de tratamento e diagnóstico maximizando o acesso global;
 - Garantimos o financiamento necessário e sustentável a todas estas tarefas. É decisivo aprender com a crise atual para garantir uma melhor preparação para a próxima.
- Portugal pode assumir hoje, um papel de liderança neste campo. E, se por um lado, os contextos geográficos, históricos e culturais influenciam determinadamente as suas áreas de ação de política externa, a sua menor capacidade económica conjetural pode determinar caminhos alternativos de contribuição para o panorama da Saúde Global, como a criação e liderança de redes e projetos colaborativos técnicos e científicos. Neste contexto, a língua portuguesa funciona não só como forte cunho cultural, mas também como forte vantagem competitiva mesmo perante os *big players*, e materializada já na relação especial com os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Esta comunidade deve continuar a influenciar positivamente e a contribuir para a melhoria dos sistemas de saúde lusófonos, agora em particular com uma aposta nas áreas de vigilância e investigação epidemiológicas. O reforço da vigilância global dependerá sem-

pre da capacidade local e regional, traduzida em competências e recursos.

As funções de vigilância e investigação epidemiológica fazem parte das Operações Essenciais em Saúde Pública, definidas pela OMS e são fundamentais para uma resposta atempada, efetiva e proporcional, que consiga preservar o normal funcionamento da sociedade. Em Portugal, depois de alguns anos de desinvestimento, destaca-se hoje o crescimento do número de profissionais médicos que escolhem especializar-se nestas funções, e que irão integrar equipas multidisciplinares nas várias estruturas nacionais. É neste contexto que poderiam ser exploradas oportunidades de colaboração nas estruturas de Saúde Pública dos diversos países CPLP, no âmbito destes processos, como por exemplo através de atividades de comunicação, capacitação, formação, troca de boas práticas ou intercâmbio de profissionais e estagiários, à imagem de outros programas de colaboração existentes noutras áreas da Saúde (como programas de formação de áreas hospitalares especializadas). Um exemplo concreto, assentaria na capacitação das competências de epidemiologia - através de um Programa de Formação de Epidemiologia de campo (*Field Epidemiology Training Programme*, FETP), que integrasse os CPLP, e com objetivo de ombrear em qualidade com os restantes FETP internacionais. Um programa destes significaria ganhos garantidos em várias vertentes, permitindo não só capacitação de recursos humanos e de todo o sistema, mas também cooperação, prestígio e reconhecimento internacionais perante respostas da Lusofonia (recordando também que algumas das últimas emergências de Saúde Pública foram em solo lusófono, como a epidemia de Zika em 2015/2016 e Febre Amarela 2016).

Numa altura em que a pandemia por Covid-19 ainda decorre, os países devem reforçar os seus sistemas de saúde e trabalhar nos desafios societários e ambientais que têm vindo a agravar as desigualdades. Na medida em que a construção e fortalecimento da solidariedade mundial pela proteção da saúde é fulcral, Portugal pode contribuir para esta preparação e resposta dos países a ameaças em saúde pública, com recursos e técnicos diferenciados, baseando-se na CPLP enquanto instrumento forte e internacionalmente reconhecido. O desenvolvimento sustentável depende da responsabilidade partilhada por todos (Estados, organizações e populações) e o reforço da Saúde Global poderá ser feito, à escala, também por nós. ●

As opiniões expressas neste artigo são pessoais e só representam a visão dos autores.

APAH E 38 ASSOCIAÇÕES DE DOENTES E CUIDADORES ASSINAM PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO

A APAH e 38 Associações de doentes e cuidadores, membros da Convenção Nacional de Saúde, assinaram a 28 de maio de 2021 um Protocolo de cooperação que estabelece entre os signatários um alinhamento de princípios que visam garantir que o cidadão tem acesso aos adequados cuidados de saúde e promova a humanização e a proximidade das instituições de saúde com os cidadãos e seus representantes.

A Saúde e o bem-estar dos cidadãos são uma prioridade absoluta e um objetivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos Sistemas de Saúde em geral. Em Portugal a cobertura universal aos cuidados de saúde é um desiderato constitucional ao qual se devem alguns dos excelentes indicadores de saúde obtidos. Contudo, a extensão desta cobertura e a complexidade da sua organização, uma vez que lida com um direito humano fundamental, acaba por determinar que muitas das regras estabelecidas para a sua organização, financiamento e funcionamento, cuja natureza é meramente instrumental, se transformem no foco principal, em detrimento da preocupação com a qualidade do atendimento dispensado às pessoas, da abordagem humanizada de que elas necessitam e são credoras, e que deve constituir a verdadeira centralidade. Para concretização da centralidade nas pessoas, é indispensável e urgente imprimir uma cultura que assegure a inscrição dessa “filosofia” na missão institucional e que se implementem medidas concretas tais como: i) sensibilização e formação dos recursos humanos, ii) introdução de incentivos que a premeiem; e iii) garantia da inclusão como parâmetro de avaliação da qualidade.

Entende-se, assim, que é imperioso encetar esforços conjuntos para avançar com a adoção de medidas que permitam atingir objetivos partilhados. O presente protocolo identifica as medidas consensualizadas, entre os subscritores, que são consideradas como ganhos substanciais e cuja implementação imediata é prioritária e para a qual assumem o compromisso conjunto para a sua concretização balizada no seu âmbito de atuação e intervenção.

i) Promover uma cultura de representatividade e participação dos doentes/utentes/cuidadores nas instituições de saúde de acordo com a “Carta para a Participação Pública em Saúde” (Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro de 2019)

A par com a auscultação formal da opinião das pessoas, através de conselhos representativos, integrados por representantes das associações de doentes/cuidadores e de profissionais da instituição, a criação de serviço(s) dedicado(s) a fazer acontecer esta dimensão nas instituições mais complexas, ou a designação/eleição de personalidade de reconhecido mérito que aceite ser a representante das pessoas na sua relação com os serviços de saúde deverão ser igualmente soluções a adotar alternativa ou cumulativamente para assegurar que a dimensão da humanização dá corpo ao princípio tão frequentemente propalado e tão pouco praticado das “pessoas no centro” do sistema de saúde no seu conjunto. Nessa lógica devem ser promovidas as seguintes ações com a participação ativa das associações de doentes/utentes/cuidadores na sua escolha:

- Promover a criação nas instituições de saúde da figura de “Provedor do doente/utente”, semelhante ao Provedor do cliente já existente em diversas áreas empresariais, que tenha como missão a defesa dos interesses dos doentes e que reporte a nível orgânico ao órgão de gestão da instituição;
- Promover a integração na Comissão de Humanização das instituições de saúde de um representante dos doentes/utentes/cuidador;
- Garantir que para os Conselhos Consultivos os representantes dos utentes são escolhidos com o apoio das associações de doentes/utentes/cuidadores.

ii) Agilizar a comunicação entre os doentes/utentes/cuidadores, profissionais e instituições de saúde

A especial vulnerabilidade das pessoas com doença ou com receio de estarem doentes, bem como dos seus cuidadores, obriga a que a organização dos serviços e da sua prestação, da priorização dos atendimentos, da facilitação dos circuitos, da comunicação, da confiden-

cialidade, e da atenção para o atendimento de qualidade constituam a marca distintiva que deve caracterizar as instituições de saúde. Assim devem ser promovidas e asseguradas pelas instituições de saúde as seguintes ações:

- Incentivo à disponibilização de contacto telefónico e/ou e-mail do médico assistente/profissional de saúde/serviço onde são acompanhados para utilização em caso de necessidade de esclarecimentos e/ou agravamento da doença, agendamento de consultas e meios complementares de diagnóstico, etc.;
- Assegurar que os websites institucionais e sinalética física cumpram, sempre que possível, a utilização de linguagem simples e acessível às pessoas, complementando a utilização de terminologia médica com léxico comum (p. ex. “patologia clínica” vs “análises clínicas”);
- Devem ser criadas as necessárias condições para que o doente/utente aceda ao resultado dos seus exames, análises, agendamentos preferencialmente por via digital;
- Assegurar que os documentos de contacto com os doentes/utentes/cuidador, p. ex. de marcação de consulta, exames (papel/e-mail/SMS), contemplem informação relativa às opções de desmarcações/remarcações.

iii) Promover a melhoria do percurso e experiência dos doentes/utentes/cuidadores nas instituições de saúde

- Assegurar a implementação de balcões de informação ▶





e apoio aos doentes/utentes/cuidadores e que colmate o sentimento de desorientação e melhorem a experiência dos doentes/utentes/cuidadores;

- Implementação de modelos de gestão e eliminação de filas de espera, que assegurem o distanciamento físico, a aglomeração de pessoas em sala de espera e diminuição dos tempos de espera;
- Criação de serviço de acompanhamento personalizado a pessoas com + 65 anos e/ou com limitações de locomoção e/ou com perturbações neuro cognitivas e da comunicação, que evite a sua permanência em filas de espera sem condições de repouso;
- Assegurar o cumprimento das regras de acesso prioritário aos utentes que dele necessitem;
- Criação de serviço de informações para que os cuidadores e familiares dos doentes/utentes hospitalizados possam acompanhar o seu estado de saúde;
- Adequação dos horários das Farmácias Hospitalares e

dos Hospitais de Dia contemplando horários pós-laborais;

- Promover o mais possível a digitalização documental por forma a evitar que o doente os tenha que transportar e entregar em diferentes locais dentro da mesma instituição de saúde;
- Procurar reforçar a humanização dos cuidados de saúde promovendo a hospitalização domiciliária e os cuidados paliativos dos doentes com envolvimento dos cuidadores e da sua família.

iv) Assegurar a implementação nas instituições de uma cultura da melhoria continua com foco na melhoria do acesso e envolvimento dos doentes/utentes/cuidadores

- Promover a implementação de questionários *online* de recolha de opinião dos doentes/utentes/cuidadores após consultas ou exames que avaliem a experiência e satisfação do atendimento e sugestões de melhoria;
- Incentivar a utilização pelo doente do livro de reclamações eletrónicas;
- Assegurar que os tratamentos das reclamações constantes do livro amarelo conduzam a uma efetiva mudança dos procedimentos, processo e serviço com reporte concreto aos doentes/utentes/cuidadores das ações implementadas;
- Assegurar a definição de normativos e ações de sensibilização de todos os profissionais de saúde, para as questões relacionadas com a confidencialidade, proteção de dados e direito à privacidade dos doentes/utentes, p. ex. não aparecer o nome completo no ecrã de chamada para a consulta ou exames, não discutir em espaço público casos concretos de doentes, etc.;
- Promover a literacia das pessoas, com recurso aos canais de comunicação existentes nas instituições de saúde (*websites*, redes sociais, ecrãs de salas de espera), através do desenvolvimento e criação de conteúdos vídeo de auto ensinamento para doentes e/ou cuidadores ao nível de alguns procedimentos, comportamentos e hábitos de vida;
- Promover o desenvolvimento de aplicação ou formulário *online* para solicitação da entrega da medicação hospitalar a pedido do doente no domicílio e/ou na farmácia comunitária;
- Promover a adoção das teleconsultas nas situações de acompanhamento subsequente de doença crónica que dispensem as deslocações ao hospital sempre que solicitado pelo doente;
- Assegurar a implementação de Programas de apoio aos doentes, à semelhança da realidade existente em vários países europeus, p. ex. administração de medicamentos no domicílio, plataformas digitais de apoio a doentes, *apps* de monitorização remota de parâmetros clínicos e comunicação;
- Promover e assegurar a implementação de Programas de Apoio e Capacitação a Cuidadores Informais. •

ASSOCIAÇÕES DE DOENTES E CUIDADORES ADERENTES

- **ADERMAP** - Associação Dermatite Atópica Portugal
- **ADEXO** - Associação de Doentes Obesos e Ex-Obesos de Portugal
- **ANDAI** - Associação Nacional de Doentes com Artrites e Reumatismos de Infância
- **ANDLinfa** - Associação Nacional de Doentes Linfáticos
- **ANDO Portugal** - Associação Nacional de Displasias Ósseas
- **APELA** - Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica
- **APFertilidade** - Associação Portuguesa de Fertilidade
- **APJOF** - Associação Portuguesa de Fibromialgia
- **APL** - Associação Portuguesa de Doenças do Lisossoma
- **AADIC** - Associação de Apoio aos Doentes com Insuficiência Cardíaca
- **ADEB** - Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares
- **Associação de Doentes com Lúpus**
- **Associação Melanoma Portugal**
- **MOG** - Associação Movimento Oncológico Ginecológico
- **Associação Nacional de Cuidadores Informais**
- **APDI** - Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino, Colite Ulcerosa e Doença de Crohn
- **APOFEN** - Associação Portuguesa da Fenilceutonúria e outras Doenças Metabólicas
- **APQV** - Associação Portuguesa da Qualidade de Vida
- **APAHE** - Associação Portuguesa de Ataxias Hereditárias
- **APDIP** - Associação Portuguesa de Doentes com Imunodeficiências Primárias
- **APDPk** - Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson
- **APIR** - Associação Portuguesa de Insuficientes Renais
- **Associação Portuguesa de Neuromusculares**
- **APOI** - Associação Portuguesa de Osteogénese Imperfeita
- **ASFP** - Associação Sanfilippo Portugal
- **ASBIHP** - Associação Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal
- **EVITA** - Associação de Apoio a Portadores de Alterações nos Genes Relacionados com Cancro Hereditário
- **Fundação Rui Osório de Castro**
- **LPCDR** - Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas
- **MiGRA Portugal** - Associação Portuguesa de Doentes com Enxaqueca e Cefaleias
- **Myos** - Associação Nacional contra a Fibromialgia e Síndrome da Fadiga Crónica
- **Plataforma Saúde em Diálogo**
- **Portugal AVC** - União de Sobreviventes, Familiares e Amigos
- **PSOPortugal** - Associação Portuguesa da Psoríase
- **Pulmonale** - Associação Portuguesa de Luta Contra o Cancro do Pulmão
- **Recomeço** - Associação para a Reabilitação e Integração Social Amadora/Sintra
- **RESPIRA** - Associação Portuguesa de Pessoas com DPOC e outras Doenças Respiratórias Crónicas
- **SPEM** - Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla



Distribuidor Farmacêutico de Serviço Completo.
O Parceiro na Saúde.

www.ocp.pt

OS 40 ANOS DA HISTÓRIA DA APAH



Carla Pedro
Jornalista

No próximo mês de novembro assinala-se o 40.º aniversário da constituição da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), cujos estatutos foram publicados em Diário da República a 13 de outubro de 1981.

No decorrer destes 40 anos, o percurso da APAH - atualmente no seu 11.º mandato - deparou-se com inúmeros obstáculos, que foi superando com resiliência, e foi rico em conquistas no reconhecimento do valor dos seus profissionais na gestão da saúde em Portugal. Para isso contribuíram várias gerações de órgãos sociais, com a APAH a assumir “um papel relevante na construção e consolidação do Sistema de Saúde, a par com o desenvolvimento e reconhecimento dos Administradores Hospitalares, contribuindo para a melhoria do seu desempenho, garantindo a qualidade e excelência dos resultados em saúde em Portugal”, nas palavras do seu presidente, Alexandre Lourenço.

Para a comemoração desta data tão importante para a Associação, a APAH constituiu uma Comissão de Honra, composta pelos Doutores José Carlos Lopes Martins, Jorge Varanda, Manuel Delgado e Pedro Lopes, formada com o intuito de assinalar através de várias iniciativas estes 40 anos de um caminho repleto de desafios.

Uma dessas iniciativas será a publicação de um livro, em parceria com a editora Almedina, que contará a história da APAH através da sua evolução cronológica e de memórias revisitadas ao longo de 24 entrevistas junto de personalidades relevantes para a saúde em Portugal e com uma relação com a Associação, cujos testemunhos ajudarão a evidenciar as grandes referências do caminho que tem sido trilhado.

“Este projeto visa ser uma reconstrução histórica dos principais marcos da vida da Associação e da carreira de

Administração Hospitalar em Portugal, contada na primeira pessoa através de um conjunto de entrevistas a grandes nomes da Administração Hospitalar cujo legado contribuiu para o desenvolvimento das Instituições de Saúde e do SNS, nas últimas quatro décadas”, sublinha o presidente da APAH, que aposta numa obra pautada pelo dinamismo de todos estes contributos.

A par da introdução feita pelo Alexandre Lourenço, o livro contará também com um repositório imagético e percorrerá as principais iniciativas que têm contribuído para fortalecer e enriquecer esta história já com 40 anos. Como todos tão bem sabem, o professor Coriolano Ferreira criou, planificou, organizou e dirigiu o Curso de Administração Hospitalar que se iniciou em outubro de 1970 na Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical (ENSPMT) - dois anos depois de a carreira ter já sido criada e regulamentada por decreto-lei¹.

Antes, em 1961 - ano em que foi criada a Direção Geral dos Hospitais (DGH), tinham sido enviados a França seis jovens bolseiros do Ministério da Saúde para se diplomarem como “diretores de hospitais” e que ficaram conhecidos como “meninos de Rennes”. Foram eles Raul Moreno Rodrigues, Eduardo Sá Ferreira, José António Meneses Correia, António Correia de Campos, Cristiano de Freitas e António Menezes Duarte. É a partir daqui, pela mão de Coriolano Ferreira - à época diretor-geral da DGH - e com o apoio de outros ilustres nomes da profissão (como os Professores António Correia de Campos e José Caldeira da Silva), que o curso em Portugal ganha fôlego e forma, num percurso que conta agora com 52 anos desde a sua criação, em 1969, na ENSPMT. Com o lançamento da primeira edição do curso em 1970, não passou muito tempo até que se sentisse a necessidade de haver uma associação que zelasse pelos interesses dos administradores hospitalares, a par da cons-

trução de serviços de saúde melhores e mais eficientes, e que, tal como diz a APAH na sua apresentação, os apoiasse no “desenvolvimento de elevados padrões de exercício profissional, nos múltiplos contextos organizacionais onde desempenham funções”.

É assim que, em 1981, nasce a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, cuja direção foi presidida até 1984 pelo saudoso Eduardo Sá Ferreira - e que, em entrevista concedida em 2019 para o livro “50 anos em 20 olhares, o percurso da Administração Hospitalar em Portugal”², dizia que “se fosse hoje que estivesse a começar a trabalhar, e sabendo o que sei hoje, escolhia de novo ser administrador hospitalar”. Desta primeira direção fizeram também parte Raul Moreno Rodrigues, João Urbano (falecido em 2016), Jorge Varanda, Júlio Reis, João Santos Cardoso (falecido em 2018) e José Carlos Lopes Martins.

A APAH - que representa os administradores hospitalares portugueses na *European Association of Hospital Managers*, na *European Health Management Association*, na *International Foundation for Integrated Care* e na *International Hospital Federation* - tem vindo a desenvolver ao longo destas quatro décadas inúmeras iniciativas de relevo a nível nacional e num contexto internacional.

Entre muitas dessas iniciativas, conta-se a criação da Revista Gestão Hospitalar em 1983, que José Carlos Lopes Martins - que presidiu entre 1988 e 1986 à APAH e que tinha integrado a direção da Associação desde a sua criação - considera ser uma grande conquista. “O lançamento da revista para uma associação que na altura não tinha sequer mesmo uma centena de associados, com quotas relativamente baixas, era um enorme desafio e era um propósito que foi felizmente bem conseguido”, conta-nos.

A Conferência anual de Gestão Hospitalar, o Prémio Coriolano Ferreira, o Prémio Augusto Mantas e o Prémio *Healthcare Excellence* (que este ano teve a sua 8.ª edição) são também projetos de relevo, bem como a publicação de livros como “50 Anos em 20 Olhares” e “Um Olhar Sobre a Evolução da Gestão Hospitalar em Portugal”³.

Em 2020, a APAH lançou a Edição Especial Covid-19 do Prémio *Healthcare Excellence*, em parceria com a biofarmacêutica AbbVie, “como forma de agradecimento e reconhecimento a todas as equipas que têm batalhado na linha da frente contra a pandemia, dando provas de uma enorme capacidade de resiliência e coragem”, sublinhou Alexandre Lourenço, explicando que por isso mesmo, pela primeira vez, as candidaturas não estavam apenas abertas a instituições prestadoras de cuidados de saúde, mas a todas as organizações do país. O prémio foi atribuído ao Agrupamento de Centros de Saúde do Douro Sul (ACES Douro Sul) pela criação da “APLar”, uma equipa multidisciplinar de atuação preventiva em



COM O LANÇAMENTO DA PRIMEIRA EDIÇÃO DO CURSO EM 1970, NÃO PASSOU MUITO TEMPO ATÉ QUE SE SENTISSE A NECESSIDADE DE HAVER UMA ASSOCIAÇÃO QUE ZELASSE PELOS INTERESSES DOS ADMINISTRADORES HOSPITALARES.



estruturas residenciais para idosos (ERPIs).

O Fórum Medicamento, que conta já com 13 edições, é outro dos importantes empreendimentos da Associação. “É a minha criação de coração”, salienta Pedro Lopes, com vários mandatos na APAH, inclusivamente como presidente de 2008 a 2013, e que integra também os corpos sociais do atual mandato na qualidade de presidente da Mesa da Assembleia Geral.

Destaque também para as Conferências de Valor APAH, promovidas desde 2017 e cuja 9.ª edição teve lugar em maio passado, tendo tido como tema “Construir o futuro da Saúde”. Neste evento foi apresentado o livro “*Handbook de integração de cuidados*”⁴, uma obra que integra a linha editorial “Gestão em Saúde”, numa parceria entre a APAH e a editora Almedina iniciada em 2020. Nesta edição teve igualmente lugar a cerimónia de entrega do Prémio Coriolano Ferreira 2021, realizando-se ainda uma homenagem ao Professor Vasco Reis, falecido em janeiro deste ano e que foi “uma referência maior da saúde pública e administração hospitalar em Portugal”.

De salientar igualmente a Feira de Projetos - uma galeria de iniciativas apresentadas numa grande conferência em Coimbra, em novembro de 1990, que foi organizada pelos administradores hospitalares mas que, conforme sublinha Manuel Delgado, que presidiu à APAH durante perto de 17 anos, “convocava toda a massa crítica dos hospitais (...) a apresentar projetos inovadores que concorressem para a melhoria das condições de trabalho nos hospitais e para a melhoria dos resultados para os doentes”. “Estes projetos que foram apresentados, alguns de elevada complexidade e de grande nível, foram de facto um momento marcante na vida da associação. Porquê? Porque em sala estavam profissionais de todas as áreas da saúde a ver passar iniciativas modernas, atuais, inovadoras e criativas, e alguns deles até, admito eu, co- ▶

“É NESSE CAMINHO QUE ACREDITAMOS, ENCORAJADOS PELO EXEMPLO DO PASSADO QUE NOS ENOBRECE, E OBRIGADOS PELA NECESSIDADE DE RESPOSTA À POPULAÇÃO, ÀS FAMÍLIAS E A CADA CIDADÃO. E É COM ESSA VISÃO EM MENTE QUE A ASSOCIAÇÃO PRETENDE PROSEGUIR O SEU CAMINHO.”

piaram e levaram estas ideias para o seu local de trabalho e com certeza que implementaram projetos interessantes sobre esta matéria”.

O Barómetro de Internamentos Sociais é outra das iniciativas da APAH, com o suporte da EY e o apoio institucional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, com o objetivo de estudar e dar relevo à problemática dos internamentos inapropriados, mas também de fomentar ações conjuntas que minimizem este impacto. A Associação conta ainda com o Canal APAH - Gestão em Saúde, por si gerido, que visa promover conteúdos de excelência na área de gestão de serviços de saúde. Neste canal podemos encontrar conferências, cursos e webinars de peritos mundiais.

No contexto internacional, foram realizadas inúmeras iniciativas ao longo destas quatro décadas, que tiveram também grande eco e reconhecimento fora do país, nomeadamente três Congressos da *European Association of Hospital Managers* em Portugal, e os ciclos anuais de conferências na Gulbenkian, com convidados estrangeiros, que se realizaram durante oito anos.

Outra das ações que enriqueceu o percurso da administração hospitalar pela experiência do que se fazia lá fora foi a das Bolsas Gulbenkian. Organizadas entre a APAH e a Fundação Calouste Gulbenkian, estas bolsas permitiram que administradores hospitalares portugueses realizassem estágios nos EUA, nomeadamente na clínica Mayo e noutros estabelecimentos de saúde. Um desses administradores foi Jorge Varanda, que presidiu à APAH entre 1988 e 1992, e que nos diz: “eu cheguei à clínica Mayo e descobri aquilo que me faltava descobrir para complementar os meus conceitos de gestão”.

No percurso da APAH está também a iniciativa das visitas de estudo que a Associação organizou aos sistemas de saúde dos EUA, Canadá e Reino Unido, onde os administradores hospitalares foram conhecer novos métodos e atuações que enriqueceram a sua aprendizagem e lhes permitiram estabelecer contactos que perduraram. De sublinhar ainda as conferências de gestão hospitalar em países de língua oficial portuguesa, com passagem pelo Brasil e Angola.

Muito mais tem sido feito desde que a Associação foi fundada, pela mão de todos quantos integraram os seus órgãos sociais e com o contributo dos seus membros. A APAH conseguiu destacar-se ao longo dos seus 40 anos de história e ocupa hoje um lugar de relevo na sociedade, sendo chamada a dar a sua opinião sobre as mais diversas questões no âmbito da Saúde em Portugal. Numa altura em que a APAH procede à alteração dos seus estatutos, Delfim Rodrigues, atual vice-presidente da Associação, fala-nos sobre a abertura ao exterior: Para desse exterior “captar aquilo que de melhor há para o seu interior”. “Um hospital de média-grande dimensão alberga no seu seio em torno de 120 profissões. E o que a APAH tem conseguido fazer é transformar-se, num sentido evolutivo, num elemento agregador de todas essas profissões. Portanto, é uma associação que tem sabido realizar pontes e agregar as várias profissões e, com base nisso, também esbater algum corporativismo que é natural em cada profissão”, salienta.

Em “50 anos em 20 olhares”, o presidente da APAH destacava que o caminho da gestão de serviços de saúde se faz pela profissionalização das funções de gestão. “É nesse caminho que acreditamos, encorajados pelo exemplo do passado que nos enobrece, e obrigados pela necessidade de resposta à população, às famílias e a cada cidadão”. E é com essa visão em mente que a Associação pretende prosseguir o seu caminho. Um caminho que percorre há 40 anos e com muitos novos marcos a celebrar. ●

1. Em 1968, o Decreto-lei n.º 48.357 e o Decreto-lei n.º 48.358, ambos de 27 de abril, criam e regulamentam a carreira de administração hospitalar.

2. Coordenado por Lourenço, Alexandre; e Chantre, Raquel. Edições Almedina, abril de 2019.

3. Nogueira da Rocha, José. Edições Almedina, outubro de 2020.

4. Coordenado por Santana, Rui. Edições Almedina, junho de 2021.

CONSTITUIÇÃO DA NOVA SAÚDE PÚBLICA (NSP): ASSOCIAÇÃO PARA A INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA ESCOLA NACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA

Foi constituída, no dia 25 de maio de 2021, por tempo indeterminado, uma associação privada de natureza científica e cultural, sem fins lucrativos, denominada “Nova Saúde Pública (NSP) - Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Escola Nacional de Saúde Pública”.

A Nova Saúde Pública tem como sócios fundadores a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, a Associação Portuguesa para Promoção da Saúde Pública, a *Portuguese Association For Integrated Care* e a *Prevenção Rodoviária Portuguesa*.

A NSP tem por objeto social a promoção da formação avançada de recursos humanos nas áreas da **saúde pública**, da **administração hospitalar** e da **medicina do trabalho** e a promoção e desenvolvimento de atividades de impacto na sociedade, segundo as suas atribuições:

- A constituição e a manutenção de um estabelecimento de formação avançada;
- A preparação e a lecionação de cursos de formação e de atualização dirigidos à comunidade;
- O desenvolvimento de ações de colaboração com instituições da área da saúde, visando a satisfação das necessidades de formação e de atualização de pessoal altamente qualificado;
- A criação de estruturas visando a constituição de fóruns de discussão e de centros de conhecimento;
- A dinamização de uma rede de intercâmbio de informação;
- O estabelecimento de vínculos de cooperação com instituições homólogas ou com outras entidades, nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas, designadamente, no âmbito do espaço lusófono;



- O desenvolvimento e promoção de ações de divulgação;
- A prestação de serviços, remunerados ou não, no âmbito da formação ou da atualização profissional e científica e da investigação;
- Apoio à ciência e investigação;
- Apoio à criação e desenvolvimento de organizações;
- Preparação e lecionação de cursos, em estabelecimento próprio ou junto de entidades públicas ou privadas, nomeadamente instituições de ensino.

A APAH sente-se assim empenhada em contribuir para os objetivos da NSP, concretamente na elaboração de atividades de formação, organização de seminários e programas de atualização, a dinamização de encontros sobre temas de atualidade nas áreas da saúde pública, da administração hospitalar e da medicina do trabalho.

A APAH pretende desempenhar o seu papel de sócio fundador e membro da Direção, participando ativamente na construção da identidade desta associação, nas Assembleias Gerais e exercendo em pleno os seus deveres de sócio. ●

Assembleia Geral	Direção	Conselho Fiscal
Presidente: Alexandre Abrantes	Presidente: Teresa Magalhães	Membro: Sílvia Lopes
Vice-Presidente: Ana Escoval	Vice-Presidente: Adelaide Belo	Membro: Alain Barragão
Secretária: Andreia Leite	Vogal: Catarina Baptista	Membro (contabilista certificado): Nuno Silva
	Vogal: Paulo Sousa	
	Vogal: Beatriz Fernandes	

Constituição dos órgãos sociais da NSP; A NSP tem a sua sede na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

HOMENAGEM A VASCO REIS NO CONGRESSO DA APAH



António Correia de Campos
Sócio de Honra da APAH

Agradeço à direção da APAH o convite que me dirigiram para brevemente testemunhar a admiração que tenho por Vasco Reis.

O último número da revista da Associação é um notável repositório de sentidos e merecidos testemunhos de profissionais colegas e amigos, todos diferentes, mas todos unidos pelo afeto e estima que sentimos por Vasco Reis.

Vasco Reis foi um protagonista discreto e atento de todas as mudanças sociais, políticas, económicas e organizativas vividas nos últimos 50 anos na saúde. Descreveu-as com ironia e elegância literária. Mas foi também um observador que delas tirou lições para o ensino a seu cargo.

Causou sempre inveja nos colegas a sua elevada popularidade entre alunos e alunas. Havia quem a fundamentasse no paternalismo que lhe era congénito, ou na simpatia natural que irradiava, ou ainda no seu sentido de responsabilidade social que o levava a, logo no início da carreira, ter preferido a função pública a uma advocacia privada que se previa viesse a ser confortável. Ou ainda ao seu feitio de, estando longe, continuar por perto, como os treinadores de bancada no velho café Arcádia de Coimbra que ele bem conhecia. Podem inventar-se inúmeras explicações.

Certo é que Vasco era apreciado por colegas, respeitado por colaboradores e adorado por discentes. Uma invejável combinação. Vasco Reis foi um contribuinte ativo para a profissão dos administradores de hospitais, talvez o mais permanente, persistente e fiável contribuinte da minha geração. Muitos de nós, próximos dele, nos cansávamos depressa. Outros estavam constantemente a mudar de poiso e função, não aquecendo lugares e deveres por mais de dois ou três anos. Fui um desses.

Tarde para mudar e jamais arrependido, não deixo de apreciar os que permaneciam na fortaleza, reforçando suas muralhas e agregando novos defensores. Mas há ainda duas ou três facetas de Vasco Reis que merecem ser referidas.

Era um homem bom, não abrigava a vingança. Podia ser crítico, tinha sempre a resposta pronta, mas não recorro de alguma vez a ter notado sombra de ressentimento. Esquecia depressa e seguia em frente. Nem sempre estivemos de acordo, mas foram muitas as ocasiões em que concordávamos. Mesmo discordando, muitas vezes o vi aceitar tacitamente a posição de outros, quando sentia eles terem razão, numa prova de inteligente *fair play*. Tinha a alma de um futebolista inglês dos anos cinquenta. Vasco tinha um desenvolvido sentido crítico, a réplica fácil e o chiste espontâneo, por vezes demolidor. Contudo, jamais feria, arredondando as arestas quando necessário. Respeitava os adversários e quantas vezes recuperava as ideias daqueles a quem se opunha, dando-lhes um sentido útil, positivo e de consensual aproximação. Vasco teria sido um habilidoso advogado de barra, se o tivesse querido. Mas o companheirismo dos “jovens turcos” de Coriolano Ferreira atraíram-no irremediavelmente. Na verdade era muito mais entusiasmante ajudar a construir uma reforma hospitalar num país carente, do que discutir indemnizações com companhias de seguros, cobrar dívidas, ou dirimir pleitos de reconhecimento de paternidade ilegítima ou partilhas de inventários orfanológicos. Perdeu-se um excelente advogado coimbrão, para se ganhar um experiente administrador e depois um professor respeitado e competente.

Vasco soube sempre ancorar na realidade o conhecimento que criava, discutindo-o com os alunos. O seu estudo de casos de administração hospitalar, na melhor tradição das *business schools* dos EUA, revelava força

pedagógica e capacidade para atrair auditórios. Só agora, ao rever a sua produção mais recente, me dei conta do valor dessa metodologia por ele afinada e bem transcrita nas obras que escreveu na parte final da sua carreira académica. Afinal, um conhecimento baseado na experiência que acumulou nos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL) que tão queridos lhe eram. O trajeto da prática para a teorização será bem mais útil que o inverso. Uma escola que forma administradores estiola e não progride se não for capaz de combinar a experiência com os conceitos. Não recuso o caminho inverso ele é também necessário, mas uma instituição como a universidade tem tendência a fechar-se por defesa própria. Será sempre bom que acolha aqueles que fizeram o caminho inverso. Vasco Reis cumpriu com aprumo e distinção as duas funções em que serviu publicamente: na gestão dos hospitais públicos e na formação dos seus administradores. Para os que, como nós, o fomos acompanhando durante décadas, inibidos pela pandemia de estar com ele nos últimos tempos e sobretudo de em conjunto celebrarmos a sua vida e honrarmos a sua memória fazendo um luto indispensável, fica a saudade do amigo e companheiro. (Gratifica-nos este encontro onde no meio do quotidiano se celebra um de nós todos, cuja vida admiramos e recordaremos). ●



VASCO REIS

PARA QUE CONSTE



Constantino Sakellarides
Professor Catedrático

1. Conheci o Vasco da melhor forma possível. Era colega de curso da minha namorada, agora minha mulher. (E sabemos, como nos esforçamos por não desmerecer, junto dos amigos das pessoas que queremos ...)!
●

Bom colega, boa pessoa, muito presente, jovialmente, era o que dele então diziam.

Ele é de Coimbra, indígena, e fazia bem a sua parte em transformar bárbaros invasores, como nós, em saudosos coimbrões, à hora da despedida.

Reencontrei-o, muitos anos depois, na Escola.

A única diferença notória estava na barba com que se enfeitou. Tinha mudado de cor.

Amadurecemos.

Na Escola, durante praticamente uma década, colaboramos de forma amiga e cúmplice, em várias responsabilidades de direção.

E nessa capacidade ele, explicava, talvez melhor que ninguém, aquilo que que é verdadeiramente importante, no nosso projeto comum.

Que uma Escola de Saúde Pública é um espaço de diferença e de convergência.

Que não é sobre medicina, direito, gestão, economia ou matemática.

Que é sobre tudo isso e mais ainda. Uma construção social indispensável, espaço de encontro e síntese, a favor do nosso bem-estar coletivo. E que não sendo de ninguém, em particular, é, verdadeiramente de todos.

E por isso, a Escola haveria que ser, necessariamente, a menina dos nossos olhos.

A “menina dos olhos” da Universidade, da comunidade e do país.

2.

Em todos os percursos é possível distinguir aqueles que são, indiscutivelmente, pontos altos.

Para ser breve, escolhi dois, que acompanhei mais de perto.

O primeiro, entre 1996 e 1997, aconteceu quando o Vasco coordena o grupo de trabalho para um novo estatuto jurídico para o hospital, cujo relatório final foi apresentado em Janeiro de 1997. Quase há um quarto de século!

Esta foi, para ele, uma oportunidade muito especial para verter em realizações concretas um pensamento aprofundado pelo trabalho de muitos anos: explorar soluções para uma administração pública adaptada à especificidade, ou talvez melhor, à excecionalidade da saúde. E daqui nasceram de facto os novos estatutos jurídicos dos hospitais da Feira e de Portimão no Barlavento algarvios e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

E caminho aberto, facilitado, para muito mais, nos anos que se seguiram.

O segundo momento, particularmente feliz, foi o da apresentação, em 2007, do seu livro “Gestão em saúde: Um espaço de diferença”.

No prefácio da obra, Caldeira da Silva, pergunta retoricamente: Será que o livro reflete a personalidade do autor? E responde, aproximadamente assim: “determinado, pró-ativo, seguro de si, derrubador de obstáculos, corredor de fundo, com inteligência, vontade forte e trabalho”.

Não só viveu “o nascer de uma ideia” - a gestão dos hospitais - mas foi seu protagonista.

Mas protagonista como? Poderíamos ainda perguntar.

Os corredores de fundo, desafiadores de obstáculos, fazedores da história,

alternando a proximidade da ação na linha da frente com distância propícia à digestão dessa experiência, pressentem, antecipam, concebem, configuram “mundos” ainda não revelados a todos os outros.

Ele pensou numa organização de saúde, não virada sobre si própria, mas capaz, no momento próprio, com um vasto conjunto de competências convergentes, acrescentar alguma coisa necessária, valiosa, vital ao percurso de vida das pessoas.

Dizem-nos aqueles que teorizam sobre as lideranças necessárias na saúde, que “um líder serve melhor uma organização, ajudando-a a compreender o contexto complexo onde se insere, mais do que prescrevendo soluções simples que prometem sucessos improváveis”.

No meio das interrogações, tensões, conflitos e incer-



tezas de organizações e sistema complexos como os da saúde, alguém terá que nos guiar através caminhos delicados, não completamente desenhados e explorados, ainda desconhecidos pela maior parte.

Alguém de confiança.

Não só pelo *curriculum*, pela postura e pela integridade.

Mas também por ter ido e voltado, e ido de novo, com avanços e recuos, com pequenas vitórias e penosas derrotas, vivendo as emoções do momento, sem rastros de acrimónia ou azedume, valorizando o melhor, relativizando o pior, aprendendo sempre.

A apresentação da Obra ocorreu, num fim de tarde de Outono.

Ele, resplandecia.

Tinha acabado de nos oferecer a estória que queria contar. Uma síntese muito própria, muito sua, do conhecimento daquele tempo sobre a evolução dos hospitais, da gestão, da formação e prática do administrador hospitalar. Tinha há muito percebido o segredo da mundividência partilhada. Fazer com que a minha estória sobre aquilo que acontece à nossa volta, passe a fazer parte da tua estória também.

Enquanto nos ia autografando desembaraçadamente, prazenteiro, os exemplares da Obra que lhe trazíamos, olhava-nos como se nos dissesse, à laia de aviso:

“Não se esqueçam que têm que ler as linhas e as entrelinhas, também”.

As entrelinhas são território estaminal, onde se entrelaçam sentimentos e conhecimentos, e se esboçam futuros possíveis.

Não se entra nas entrelinhas, gratuitamente.

Dá trabalho, há que adquirir o equipamento necessário, indisponível nas vendas de banalidades repetidas.

O equipamento adquire-se, diria ele, na Escola e calibre-se e aperfeiçoa-se no terreno, na ação, com os tijolos e o cimento da construção...

Na altura, fez-me lembrar Hafden Mahler, o histórico Di-

retor-Geral da OMS, dos tempos áureos, quando recebia no seu gabinete os novos quadros técnicos da Organização e lhes perguntava, para início de conversa, quem tinha já lido a principal referência das políticas da OMS. E ainda não tinham todos acabado de levantar o dedo, triunfalmente, e ele já perguntava de novo:

“Quantas vezes?”

3.

Sobre Coreolano Ferreira, escreveu, em 1996:

“Sempre preferiu acender uma vela a protestar contra a escuridão”.

É uma apreciação, caracteristicamente simples, significativa, calorosa e próxima.

É assim.

Recusa a prescrição psicanalítica de “matar o pai” para crescer. Prefere fazê-lo honrando a sua memória e os seus ensinamentos.

E nós também.

Na verdade Coreolano Ferreira, Caldeira da Silva e Vasco Reis, mais do que as múltiplas cintilações de pequenos feitos, deram aos serviços de saúde portugueses, frequentemente, uma nova luz.

Na história da saúde em Portugal, esta é uma luz que se vê à distância, mesmo à distância do tempo - florescente, néon, Times Square, Manhattan.

Há já alguns anos, li algures, uma frase, um pensamento, uma proposta com sentido, que tem sido, também para mim, verdadeiramente apaziguadora:

Existimos até que deixe de existir a última pessoa que nos conheceu.

Ou melhor ainda:

Até à última pessoa que nos estimou, mesmo que não nos tenha, pessoalmente, conhecido.

Estimamo-lo, pelo muito que deu à sua família, aos amigos, aos colegas, aos alunos que foram também seus amigos, mas também, à profissão, à Escola, à Universidade, ao SNS, e ao país. ●

VASCO REIS



Jaime Nogueira da Rocha
Sócio de Mérito da APAH

No seu Livro “Gestão em Saúde, um espaço de diferença”, Vasco Reis deixou escrito o seguinte: “E se não registasse, aqui e agora, alguns nomes, poucos de entre os credores que fui semeando mas sobretudo aqueles que nesta já longa viagem pela gestão da saúde, continuam a ser uma referência permanente”, referindo-se à minha pessoa completou esta afirmação dizendo “O de Nogueira da Rocha, com um percurso paralelo ao que segui e com ele tenho vivido uma inultrapassável cumplicidade pessoal e profissional.”

Foi com esta afirmação do Vasco Reis - a partir de agora o Vasco - que iniciei o meu depoimento publicado no último número da Revista Gestão Hospitalar, depoimento a que dei um tom marcadamente descritivo, quase como uma biografia comigo partilhada.

Aqui e agora darei a esta evocação do Vasco um tom diferente nas 4 facetas que podem e devem ser encontradas na sua vida; **O Homem, O Gestor Hospitalar, O Académico, O Amigo.**

Para as duas primeiras, fá-lo-ei socorrendo-me, exclusivamente, de passagens que recortei de vários depoimentos publicados na Revista. Para a 3.ª, além desses depoimentos, acrescentarei um meu. A 4.ª fica só para mim.

Poderei ser acusado, ao adotar esta forma, de ter sacrificado um tom pessoal, aproveitando o que outros disseram, ter desprezado uma natural originalidade e obedecer à lei do menos esforço. Assumi consciente e totalmente esta opção até porque, bem melhor que eu, outros já disseram o que foi o Vasco naquelas 3 facetas.

O Homem

Dos Filhos Rute e Pedro: “O nosso Pai era um Homem de Família. Bem disposto, com apurado sentido de humor; tinha um visual muito característico, usou “pera” desde os 17 anos e só interrompeu quando se encontrava à porta do Quartel em Mafra; Sempre muito orgulhoso dos filhos e especialmente dedicado à Mãe (com quem celebrou as bodas de ouro, 2018).”

De Correia de Campos: “O Vasco era um homem bom... A sua permanente bonomia, disponibilidade e carinho, fator de união entre as nossas famílias, espriaram-se por todos os colegas, colaboradores, alunos e amigos que tiveram o privilégio de o conhecer.”

De Poole da Costa: “Era um homem de família. Apaixonado pela família que criou.”

De Ana Escoval: “Desafiador, humano e compassivo, sarcástico e irónico, reservado e disponível, tolerante e complacente, entre outras, são as características que relembro dele em várias situações e palcos. Também revejo o homem de família, o pai que tinha nos seus dois filhos, igualmente administradores hospitalares, um orgulho enorme.”

De Lopes Martins: “Sim, o Vasco é uma referência. Homem íntegro, inteligente, rigoroso. O seu sentido de humor fino e vivacidade tomavam quaisquer conversas com o Vasco, ainda que sérias, extremamente agradáveis. O Vasco era um homem notável e afável e assim permanecerá na minha memória.”

De Carla Nunes: “Um homem que sempre se diferenciou no seu enorme saber, seriedade e formalidade, mas que para os amigos e colegas sempre acompanhava com um sorriso brincalhão.”

De Maria de Belém Roseira: “Recordo aqui a sua amabilidade, a sua bonomia, o seu trato fácil, a sua gargalhada sonora, a sua disponibilidade permanente para construir, a sua franqueza e a tranquilidade que punha nos desafios que agarrava.”

Permitam-me os seus autores que faça meus estes seus depoimentos

O Gestor Hospitalar

De Poole da Costa: “Levou-me para os Hospitais Cívicos de Lisboa onde se impunha pelo trabalho, pela capacidade e pela inovação que imprimia a uma Instituição que dirigia com indisfarçável prazer e reconhecida competência.”

De Gonçalves André: “Sobretudo um líder no sentido de influenciar e conduzir equipas de gestão dos diversos serviços e hospitais que integravam os H.C.L.”

De Teresa Freitas: “Estudava muito afinadamente tudo em geral e em particular sobre gestão e administração e punha em prática as teorias mais modernas e mais exigentes de controlo e auditoria de gestão.”

De Delfim Rodrigues: “A forma, enquanto Administrador Geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa, como conseguiu, ainda no final dos anos 70 e 80 do século passado, inspirar e dirigir a agregação, integração destas sete instituições, é um exemplo notável de empresarialização *avant la lettre*... Em época de elevada taxa de ocupação e demo-

ras médias concebeu um modelo de gestão centrado no doente e nos profissionais.”

De Alexandre Lourenço: “O Prof. Vasco Reis representava a administração hospitalar.”

Permitam-me igualmente os seus autores que me aproprie do que disseram, acrescentando que, para além de realçar a elevada competência no exercício do cargo de administrador geral dos HCL - cargo em que me sucedeu - assisti e acompanhei a verdadeira transformação que realizou nos “velhos” Serviços Financeiros da Instituição, enquanto seu Diretor durante algum tempo.

O Académico

De Carla Nunes: “O seu percurso foi assim: era docente e era administrador hospitalar, lecionando de forma diferente e proporcionando que as suas aulas fossem muito estimulantes e focadas nos problemas concretos e reais da administração hospitalar.”

De Manuel Delgado: “Era um professor claro na mensagem, que nas suas aulas, combinava com elegância e sabedoria a parte teórica com a parte prática.”

De Pedro Lopes: “As suas aulas de Administração Hospitalar recheadas de conhecimento teórico traziam, também, as suas vivências da prática hospitalar que transmitia, muitas vezes, com episódios por si passados no ambiente da gestão hospitalar e recheados de momentos humorísticos, pitada de sal que tão bem administrava nos momentos presenciados por todos os alunos de administração hospitalar.”

De Rui Santana: “Para além de contribuir para a estruturação da formação e da profissão, o Prof. Vasco Reis manteve a sua veia empreendedora e esteve também diretamente envolvido na criação do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, sendo o seu diretor entre 2005 e 2007.”

De Sílvia Lopes: “Recordo-me do entusiasmo com que o Prof. Vasco Reis nos transmitia o seu conhecimento, em especial em algumas matérias com que mais o identifica, como as especificidades da gestão.”

De Paulo Boto: “Enquanto docente e coordenador do curso, lembro-me da sua bonomia, afabilidade, espírito conciliador, e da forma paternal como tratava os alunos. E do seu sentido de humor e boa disposição.”

Também aqui não posso deixar de me rever no que acabei de transcrever.

Mas nesta faceta de Vasco Reis também deixo o meu depoimento. Obrigado como estou a não esquecer os 27 anos de cumplicidade profissional na E.N.S.P/ U.N.L., como descrevi no meu depoimento na Revista Gestão Hospitalar, não posso deixar de lembrar nesta faceta, acrescentando aos depoimentos anteriores, que Vasco Reis associou à sua atividade docente, como bem refere Correia de Campos, “uma investigação social aprofundada” materializada no vasto e rico conjunto de trabalhos publicados.”



Os depoimentos que recortei sobre estas 3 facetas de Vasco Reis são suficientemente claros e elucidativos, traduzindo com nitidez o que foi Vasco Reis e a sua vida ao longo de 79 anos. Mas há uma forma mais sintética, impressiva e abrangente de o fazer. Bastará recorrer ao título do depoimento de Correia de Campos na Revista: “Vasco Reis, a persistência da solidez”.

O Amigo

Esta faceta fica só para mim.

O Vasco teve toda a razão ao dar conta da nossa cumplicidade pessoal durante mais de 33 anos. Cumplicidade pessoal que foi a consequência natural da cumplicidade profissional que envolveu os nossos percursos profissionais também durante esse tempo.

Foi sem dúvida o trabalho, que começou nos H.C.L, e continuou na Escola Nacional de Saúde Pública, que esteve na origem da nossa amizade. Amizade que, aliás, sem grande esforço de ambas as partes, soube resistir às ocasiões, muito raras, em que, sobretudo no nosso percurso académico, nem sempre concordamos. Penso mesmo que, paradoxalmente, talvez até tenham sido essas pontuais discordâncias um fator de reforço. A vida é feita de desencontros e consensos e foram estes que acabaram por vingar.

O Vasco foi sempre um amigo com muitas, e de diferente natureza, manifestações de amizade. Mas a inversa também é verdadeira. Ou, pelo menos, sempre procurei que o fosse.

Termino, fazendo minhas, se isso me é permitido, as palavras com que Poole da Costa inicia o seu depoimento na Revista: “Este é um texto que eu nunca quereria vir a escrever”. ●

"HANDBOOK DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS"

A 27 de maio de 2021 no decurso da 9ª Conferência de Valor, a APAH, em conjunto com a Associação Portuguesa para a Integração de Cuidados (PAFIC), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Editora Almedina, lançou a mais recente obra literária, inserida na linha editorial "Gestão da Saúde em Portugal", intitulada "Handbook de Integração de cuidados". O livro, cuja coordenação esteve a cargo do professor Rui Santana da ENSP, presta o merecido destaque à Integração de cuidados e à forma como pode e deve ser um elemento transformador da forma como prestamos cuidados de saúde. O livro conta ainda com a autoria de Joana Seringa, Cláudia Almeida, Cátia Gaspar, Miguel Papança, Rui Santana e Adelaide Belo. No prefácio da obra Adelaide Belo, Presidente da PAFIC, reforça que esta obra surge como um manual para a melhoria da qualidade e custo-efetividade dos cuidados para as pessoas e ilustra exemplos de projetos nacionais existentes nesta área. Para a autora "A tradicional organização fragmentada e em silos das organizações de saúde, com respostas episódicas, reativas e orientadas para a doença, mostra-se cada vez mais desajustada à mudança do perfil epidemiológico das populações, aquilo a que a Organização Mundial de Saúde (OMS) chamou de *silver tsunami*."

De acordo com os últimos dados da Pordata, em Portugal a "esperança de vida à nascença" é de 81,5 anos, superior à média da União Europeia (UE) que é de 81 anos. No entanto, quando analisamos "os anos de vida saudável aos 65 anos" a média da UE é de 9,8 anos e a de Portugal é de 7,8 anos. Em Portugal, as pessoas vivem mais tempo, mas vivem pior, com mais carga de doença (multimorbilidade) e com maior utilização dos serviços de saúde e sociais. A resposta não pode ser doença a doença, mas sim centrada na pessoa e nas suas necessidades globais.

A esta realidade acrescem outros dados: o aumento das expetativas e da exigência da população em relação aos serviços que lhes são prestados, o inevitável avanço científico na área da saúde e das tecnologias da informação e por outro lado, a diminuição dos orçamentos para a saúde. Todos estes fatores têm vindo a pôr em causa a sustentabilidade dos serviços de saúde e dos sistemas de apoio social.

A OMS, o Observatório Europeu da Saúde e outras instituições internacionais, suportados por inúmeros estudos académicos sobre o tema, apontam para a necessidade de uma mudança de paradigma na organização dos cuidados de saúde, alicerçada nos seguintes pilares:

- Integração entre os vários níveis de cuidados;
- Cuidados de proximidade e de continuidade;
- Cuidados centrados numa visão holística das necessidades das pessoas e com o seu envolvimento como parceiros;
- Cuidados articulados com respostas sociais e da comunidade.

Assim, nas últimas décadas, tem havido uma tendência para a introdução de modelos de Integração de Cuidados, nas reformas feitas nos sistemas de saúde, que Portugal também seguiu. Tem sido um processo a várias velocidades consoante as dimensões da Integração de Cuidados. É sempre mais fácil implementar alterações em que a decisão é de "cima para baixo" - como por exemplo a nível estrutural, com a criação de Centros Hospitalares. Mas não basta colocar a palavra "Integração" nos títulos das reformas. Integração sem a dimensão funcional da coordenação não leva a "cuidados integrados". E esta só acontece se as alterações forem implementadas de "baixo para cima". Este é o exemplo que temos tido com as Unidades Locais de Saúde (ULS), em que teoricamente a integração vertical favoreceria a prestação de um *continuum* de cuidados.

Contudo, o que se verifica, na prática, é que o investimento foi na integração administrativa, o mais fácil de pôr no terreno. No entanto, não houve uma aposta estratégica na promoção da coordenação entre os vários níveis de cuidados de saúde, sociais e comunitários, tendo em vista resultados que melhorassem a experiência das pessoas ao longo do seu percurso pelos vários serviços onde lhes são prestados os cuidados.

Mas a integração vertical não é condição nem necessária, nem suficiente (embora possa ser facilitadora) para que de "baixo para cima" se criem condições para a coordenação entre as várias estruturas e os vários níveis, tendo como objetivo prestar cuidados centrados nas pessoas, que de uma forma holística, tenham em conta as suas necessidades e as suas preferências.

O mais importante para que tal aconteça passa por repensar a forma como prestamos cuidados e como nos

articulamos. Existem projetos a decorrer nas nossas instituições, fruto do grande empenho e resiliência dos profissionais, mas sem escala e com poucos apoios. A integração de cuidados é necessária quando a fragmentação da prestação é de tal modo desajustada às necessidades das pessoas, que se torna subótima ou mesmo adversa, com impacto nas experiências dos utentes e nos resultados em saúde. Pretende melhorar a qualidade e a custo-efetividade dos cuidados para as pessoas e populações, assegurando que os serviços são coordenados em tomos das suas necessidades.

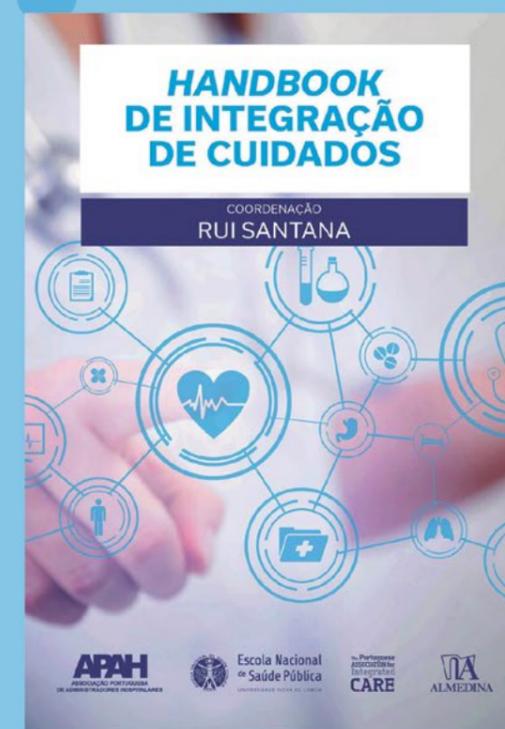
Estivemos próximos de ter uma estratégia nacional para a Integração de Cuidados com o projeto "SNS + Proximidade". É urgente que a Tutela volte a dar sinais de que a Integração de Cuidados Centrados nas Pessoas é o caminho, com uma postura estratégica enquadradora (não castradora), deixando espaço às iniciativas locais de proximidade e não desperdiçando as que já existem no terreno.

Com este livro, os autores pretendem voltar a colocar na agenda o tema da Integração de Cuidados, começando

pelo princípio: arrumar ideias relativamente a definições, conceitos e domínios da integração de cuidados, revisão dos modelos existentes e da metodologia para a sua implementação. Por fim, fazem uma pequena resenha sobre a evolução da integração de cuidados em Portugal. Fica assim aberto o caminho para que outros se sigam, para desenvolver aspetos mais específicos, de forma a promover a capacitação dos profissionais na implementação e gestão de Programas de Integração de Cuidados. ●

A obra "Handbook de Integração de cuidados" está disponível nas livrarias ou na loja online da Editora Almedina.

JÁ DISPONÍVEL



UM IMPULSO À CARREIRA DE ADMINISTRADOR HOSPITALAR



Rita Salgado

Engenheira Alimentar no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE

Desde que foi instituído em 1996, o Prémio Coriolano Ferreira pretende fazer jus homenagem à ilustre carreira do Professor Coriolano Ferreira, a todos os seus inegáveis contributos nas áreas da saúde, assistência social e ensino e ao seu irrefutável mérito como impulsionador da profissão de Administrador Hospitalar em Portugal.

Trata-se de uma iniciativa conjunta da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que desde 2018 conta com a parceria da IQVIA | IASIST, distinguindo anualmente o melhor aluno do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) da ENSP.

É na qualidade de vencedora da edição de 2021 do Prémio Coriolano Ferreira que muito me honra poder contribuir com este artigo para a revista Gestão Hospitalar, que desde 1983 se assume crucial na divulgação de conhecimento na área da gestão em saúde.

É com humilde orgulho que recebi tão inesperada agraciação e por isso não posso deixar de agradecer a todos os intervenientes que tomaram materializável o Prémio Coriolano Ferreira, cuja cerimónia fez parte do programa da 9ª Conferência de Valor subordinada ao tema “Construir o futuro da saúde”.

Agradeço à APAH, na pessoa do Dr. Alexandre Lourenço, na qualidade de Presidente, por manter vivo o propósito desta organização, que este ano celebra o seu 40º aniversário, pelo apoio prestado aos Administradores Hospitalares no desenvolvimento de elevados padrões para o exercício das suas funções profissionais, e quero também felicitá-lo pela organização e pertinência de mais uma excelente iniciativa de “valor”, cujas temáticas discutidas serão indubitável contributo na construção do futuro da saúde.

Agradeço à ENSP, na pessoa da sua Diretora, a Professora Dra. Carla Nunes, que desde 2019 contribui ativamente com a sua vasta experiência e *know-how* para dar continuidade à missão da ENSP, cujo exímio contributo tem consolidado o seu reconhecimento enquanto instituição de referência no ensino pós-graduado, na investigação e na criação de valor na área da saúde pública, e tem assegurado a resposta aos desafios e oportunidades impostas pela atual conjuntura.

Agradeço à IQVIA | IASIST, representada pela Dra. Filomena Santos, pelo prestimoso apoio em mais uma edição do Prémio Coriolano Ferreira e pelo manifesto trabalho desenvolvido junto dos diferentes *stakeholders* da área da saúde, contribuindo com a sua sapiência e experiência na utilização de dados, tecnologias e conhecimento científico.

Este artigo surge na sequência do desafio lançado pela APAH para escrever breves palavras sobre o prémio e apresentar as minhas reflexões concernentes ao meu percurso no CEAH.

Serão sempre escassas as palavras para refletir sobre esta etapa. Qualquer escolha que façamos, sobretudo academicamente, dificilmente será uma casualidade, pois é nessa escolha que projetamos as nossas expectativas e pretensões profissionais para um futuro que queremos próximo.

A opção pela especialização em Administração Hospitalar foi para mim uma escolha óbvia, pois tenho como minha pretensão poder contribuir avidamente na melhoria dos cuidados de saúde. A atual situação pandémica corrompeu com todas as predições para os sistemas de saúde, acentuando as fragilidades existentes. O presente e o futuro da gestão dos sistemas de saúde irão certamente refletir os impactos e aprendizagens que esta pandemia nos impôs, pelo que estou convicta que a construção do caminho para a melhoria dos cuidados de saúde representa agora um desafio ainda mais motivador.

Esta escolha foi motivada pelas minhas preferências pelas áreas de gestão e administração hospitalar e pelo meu intento em arriscar na profissão que, tal como reconhecido pelo Decreto-Lei nº 101/80 de 8 de Maio, encerra em si funções de gestão de tão elevada complexidade e mutabilidade. Na sua teoria, Fayol enuncia cinco elementos de gestão pelos quais os administradores devem pautar o seu comportamento para que os objetivos das



organizações onde estão inseridos sejam efetivamente alcançados.¹ Esta profissão exige assim aos seus executantes capacidades de planeamento, organização, liderança, coordenação e controlo.¹

Recordo o dia em que decidi inscrever-me no curso, os meus receios, anseios e motivações. Recordo o ónus e o privilégio que senti na entrevista de seleção, pela potencial oportunidade de frequentar o único curso, que desde 1980, habilita ao ingresso na carreira de Administrador Hospitalar.

A par da agraciação com o Prémio Coriolano Ferreira, foi também com enorme satisfação que recebi a notícia da minha seleção para o CEAH. Foi um período muito intenso, repartido entre a atividade profissional e as atividades académicas, mas extremamente gratificante.

É por isso que não posso deixar de reconhecer a ventura de fazer parte do XLVII CEAH, que reuniu excelentes pessoas e profissionais das mais diversas áreas e onde a entreadjudada e a partilha de experiências e conhecimentos foram uma constante.

Todas as unidades curriculares, o Estágio de Exercício Profissional e a realização do Trabalho de Campo dotaram-nos das ferramentas basilares para o exercício da profissão de Administrador Hospitalar, capacitando-nos com competências técnicas para liderar, comunicar e gerir desafios futuros nas organizações de saúde. Foi-nos também instruído noções essenciais para gerir eficientemente os recursos disponíveis, com a ressalva permanente de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde. Na concretização deste percurso foram determinantes a experiência profissional, competência académica e excelência de todo o corpo docente, pelo que agradeço aos exímios professores do curso todo o seu profissionalismo e ensinamentos partilhados. Quero também expres-

sar o meu agradecimento à Dra. Sílvia Lopes e ao Dr. Bruno Moita, na qualidade de orientadores, pela sublime orientação e profissionalismo prestados que em tanto me ajudaram na materialização da etapa mais desafiante do curso, o Trabalho de Campo.

A conciliação da vida profissional e académica também só foi possível com a compreensão da minha instituição, o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, agradecendo o apoio e motivação daqueles que acompanharam de perto esta etapa.

Sobre este percurso, todas as minhas expectativas académicas foram suplantadas. No que concerne às expectativas profissionais, creio que esta especialização conduzirá a novas oportunidades e desafios.

Acredito também que a agraciação com o Prémio Coriolano Ferreira pode contribuir no surgimento, a curto-prazo, de novas oportunidades profissionais na Administração Hospitalar.

É por isso que muito me aprazia poder partilhar convosco a minha experiência no exercício de funções como Administradora Hospitalar, porém essas mudanças profissionais ainda não se materializaram.

No entanto, sei que é na construção do futuro da saúde, enquanto Administradora Hospitalar, que pretendo estar envolvida nos próximos anos, contribuindo com o *know-how* adquirido no curso e sempre com uma vontade inarredável de adquirir novos saberes e competências.

A todos os que contribuíram para a realização deste percurso e na agraciação deste prémio, o meu Obrigada! ●

1. Edwards R. An Elaboration of the Administrative Theory of the 14 Principles of Management by Henri Fayol. International Journal for Empirical Education and Research. 2018;1(1):41-52.

BARÓMETRO DA I&D EM SAÚDE



Margarida Ferreira

Administradora Hospitalar Coordenadora da Unidade de Ensaios Clínicos no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E. e Coordenadora do Grupo de Trabalho da APAH - de Investigação em Saúde



Catarina Resende

Presidente da Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB)



Diogo Marques
Consultor MOAI



Joana Sousa

Partner da MOAI Consulting



João Diogo

Consultor MOAI



Liliana Guerra

Health Research Manager na Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB)



Catarina Baptista

Direção APAH

A investigação em saúde resulta de um cruzamento entre a dimensão científica e assistencial que caracterizam o setor. É notório o impacto da investigação em saúde na promoção e partilha de conhecimento científico, bem como na melhoria da prestação de cuidados de saúde. É consensual que a investigação em saúde deve ser parte integrante da estratégia das organizações de saúde pois promove, para além do acesso à inovação, boas práticas que contribuem para melhorar a qualidade assistencial, constituindo um fator de excelência e prestígio. Em paralelo, a consolidação da investigação em saúde contribui para o crescimento do capital humano, através da partilha de conhecimento, assim como para o desenvolvimento e retenção de profissionais de excelência. É assim fundamental um investimento e aposta nesta área, que gere valor para a sociedade, organizações, profissionais e utentes.

Ao longo da última década, a realidade da investigação em Saúde em Portugal tem tido uma evolução positiva que se pode ilustrar, por exemplo, pela tendência crescente no número de pedidos para realização de ensaios clínicos submetidos ao INFARMED, atingindo um valor recorde neste último ano de 2020.¹ A par deste progresso, do ponto de vista legal e político têm-se registado também importantes sinais de compromisso com a investigação clínica, nomeadamente a publicação do

Decreto-Lei nº21/2014 (Lei da Investigação Clínica), a criação do Programa Integrado de Promoção da Excelência na Investigação Médica (em 2015), do Conselho Nacional dos Centros Académicos Clínicos (bem como o regime jurídico destes Centros) e, em 2018, da Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB). Contudo, apesar desta conjuntura mais favorável, no "terreno" parece persistir a noção de que este ecossistema de investigação em Portugal continua aquém do seu potencial de dinamização, eficiência e, conseqüentemente, de competitividade externa. Para compreender a realidade nacional neste domínio é fundamental auscultar quem, na rede hospitalar e respetivas estruturas de investigação, está efetivamente na linha da frente, permitindo assim a construção da imagem real da dinâmica da investigação em saúde, identificar os principais desafios e oportunidades desta área e apontar caminhos de futuro para dinamizar a I&D em Saúde em Portugal. Foi precisamente este o desígnio assumido conjuntamente pela APAH e pela AICIB, que se materializou na construção do "Barómetro da Investigação em Saúde", ao qual a MOAI Consulting se associou como parceiro técnico.

Os resultados da 1ª Edição deste Barómetro, apresentados recentemente na 9ª Conferência de Valor da APAH, refletem a realidade e perspetivas de 28 estruturas de investigação integradas em unidades hospitalares do SNS, correspondentes a 52% da totalidade da rede hospitalar (Figura 1).

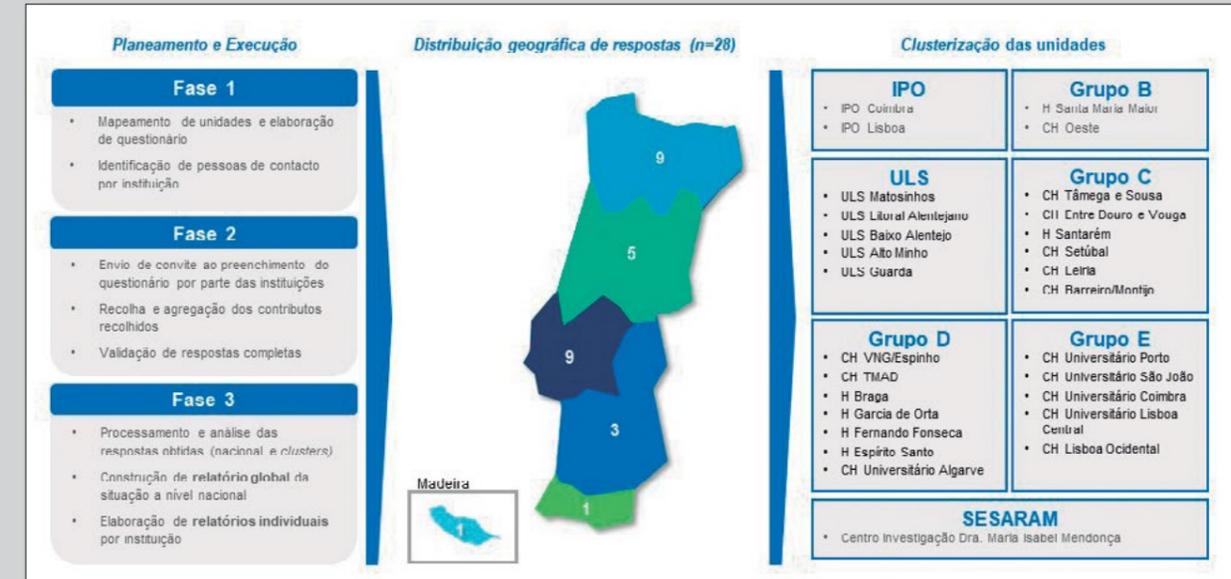


Figura 1

A informação recolhida foi obtida mediante pedido de resposta a um questionário composto por 33 questões, que procuraram detalhar a rede de investigação em Saúde do país em três grandes domínios:

1. Caracterização das estruturas e equipas de investigação;
 2. Definição quantitativa e qualitativa da atividade científica produzida;
 3. Identificação das principais mais-valias, desafios e oportunidades que hoje em dia se impõem a estas estruturas.
- Uma vez recolhidos, os dados foram processados permitindo uma análise de âmbito nacional e por *clusters*, estes últimos construídos tendo em conta os Termos de Contratualização da ACSS, mas colocando as Unidades Locais de Saúde num único *cluster*.

No que à primeira dimensão diz respeito, começamos por perceber que os Centros de Investigação Clínica (CIC) e as Unidades de Investigação são a tipologia de estrutura de investigação mais comum, perfazendo 57% da amostra (Figura 2).

Na sua globalidade, as estruturas auscultadas declararam ter a si alocados um total de 2510 profissionais, 90% dos quais correspondentes a apenas duas categorias: investigadores (1991) e enfermeiros (278). Destes números, apenas 19% foram assinalados como recursos próprios da estrutura. Existe, no entanto, uma grande discrepância entre o número de recursos afetos nas diferentes instituições (Figura 3).

A maioria dos profissionais dedica menos de 10 horas semanais a atividades de investigação, sendo os Coordenadores de Estudo e os Administrativos as categorias com uma alocação mais expressiva - dedicando em geral en-

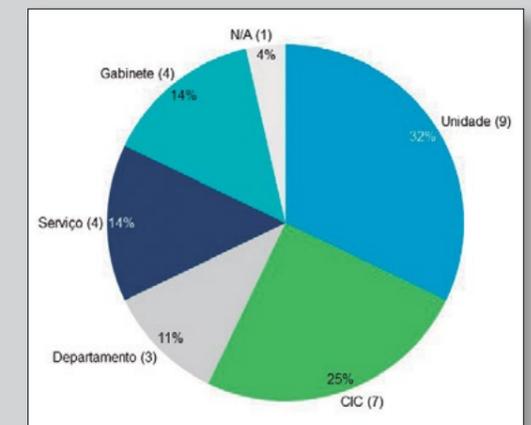


Figura 2

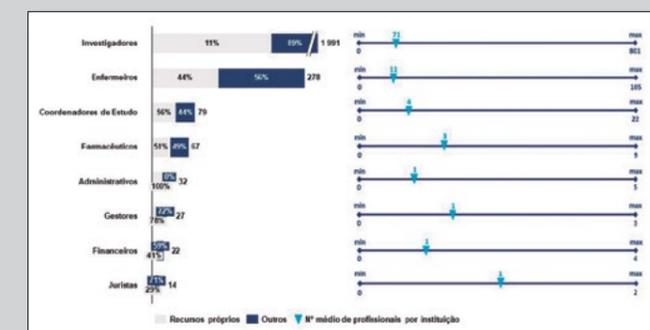


Figura 3

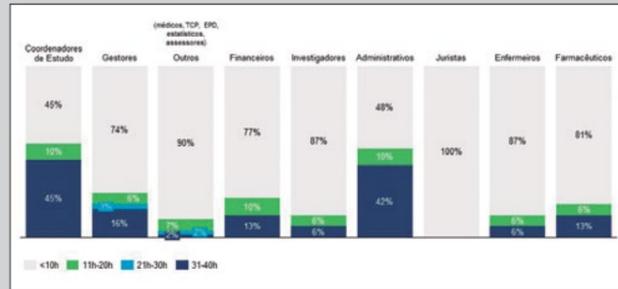


Figura 4

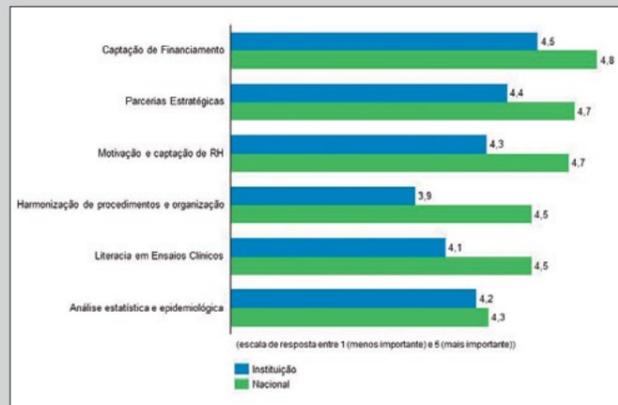


Figura 5

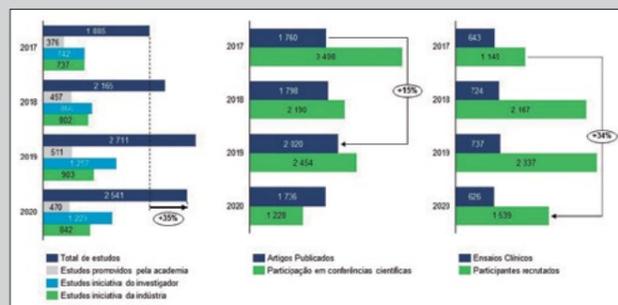


Figura 6

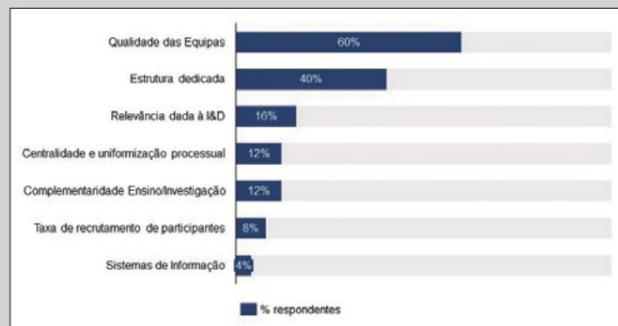


Figura 7

tre 30 e 40 horas semanais (Figura 4).
 Perante este cenário, importa perceber se o capital humano disponível é suficiente para responder ao volume de atividade da estrutura de investigação. Mais de metade dos respondentes consideram insuficiente o número de investigadores (56%), administrativos (60%), juristas (63%), enfermeiros (64%) e farmacêuticos (71%). Parece ser necessário garantir uma maior dedicação dos profissionais à investigação em saúde, para que esta atividade seja potenciada.

Procurámos também recolher alguns elementos que permitissem caracterizar a maturidade organizacional das estruturas. Em termos de ferramentas de gestão, a maioria orienta já a sua produção científica em torno de um Plano de Atividades (70%) e de um Relatório de Atividades (85%), dispoñdo também de um Organograma (65%) e colaborando ativamente com outras estruturas académicas, de investigação ou assistenciais através de Afiliações ou Parcerias (55%). Por outro lado, surgem os primeiros desafios: 80% das unidades carecem ainda de Certificados de Qualidade e *software* específico para suporte à investigação e 70% sublinham também a necessidade de mais fontes de financiamento externo.

Para mitigar estas lacunas e promover uma maior profissionalização das equipas, os inquiridos destacam a capacidade de captação de financiamento externo como a área mais crítica e competência a desenvolver, tanto na sua própria instituição como a nível nacional. Segue-se a capacidade de desenvolver mais Parcerias Estratégicas e, em terceiro lugar, a Gestão de Recursos Humanos (Figura 5). Confrontados com este exercício reflexivo de identificação de prioridades para a própria instituição e para o panorama nacional, é interessante realçar que, transversalmente a todas as áreas elencadas, as estruturas têm de si próprias uma perspetiva mais favorável face ao ecossistema nacional de I&D.

Quando à capacidade produtiva das estruturas de investigação é possível sublinhar desde logo a dinâmica de crescente atividade científica no horizonte temporal contemplado (2017 a 2020), conforme se pode ver na Figura 6. Destaca-se o aumento de 35% no total de estudos clínicos desenvolvidos (com um crescimento de 66% no número de estudos de iniciativa do investigador) e um crescimento de 34% no número de participantes recrutados em ensaios clínicos.¹ Entre 2017 e 2019, o número de artigos publicados aumentou 15%,¹ o que permite corroborar a importância dada à investigação científica. Contrariamente a esta dinâmica crescente, a participação em eventos científicos diminuiu significativamente no período considerado (possivelmente fruto do contexto pandémico).

Verificou-se também que as áreas clínicas a que mais se dedicam as nossas estruturas de investigação são a Oncologia (em 12 instituições), a Cardiologia (10), a Neu-

rologia e a Gastrenterologia (ambas em 7 instituições).
 A avaliação de desempenho da estrutura e das equipas parece também estar ainda numa fase precoce. Atualmente, apenas 42% das estruturas vê o seu desempenho indexado e avaliado por métricas definidas, entre as quais o nível de produção científica (em 69% destas instituições) ou a eficiência de processo (em 38% dos casos). Apenas 53% das estruturas de investigação possuem esquemas de recompensa dos profissionais sendo que, destes, 69% deles correspondem a verbas decorrentes da realização do estudo, 25% a fundos internos específicos e 13% a prémios.

Importa também aferir a perspetiva das equipas quanto às atuais barreiras, desafios e oportunidades com que se deparam diariamente nas suas atividades de investigação. Foram realçadas a qualidade das equipas (60%) e a existência de estruturas dedicadas à investigação (40%) como os principais pontos fortes, sendo que apenas 16% realçam a importância que a instituição dá à área de investigação (Figura 7).

Existem, no entanto, desafios para uma maior dinamização da I&D, que estão assentes em três dimensões críticas: ▶

“ A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA ESTRUTURA E DAS EQUIPAS PARECE TAMBÉM ESTAR AINDA NUMA FASE PRECOCE. ATUALMENTE, APENAS 42% DAS ESTRUTURAS VÊ O SEU DESEMPENHO INDEXADO E AVALIADO POR MÉTRICAS DEFINIDAS, ENTRE AS QUAIS O NÍVEL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA (EM 69% DESTAS INSTITUIÇÕES) OU A EFICIÊNCIA DE PROCESSO (EM 38% DOS CASOS). ”



Conte connosco. Sempre.

Em mais de 50 anos de experiência, muitos foram os desafios e dificuldades que vivemos. Orgulhamo-nos de poder contar uma presença ímpar na área da Saúde, uma vasta capacidade técnica e equipas sólidas e dedicadas que nos permitem, diariamente, continuar a trabalhar para servir alimentação e bem-estar os nossos clientes, utentes e visitantes.



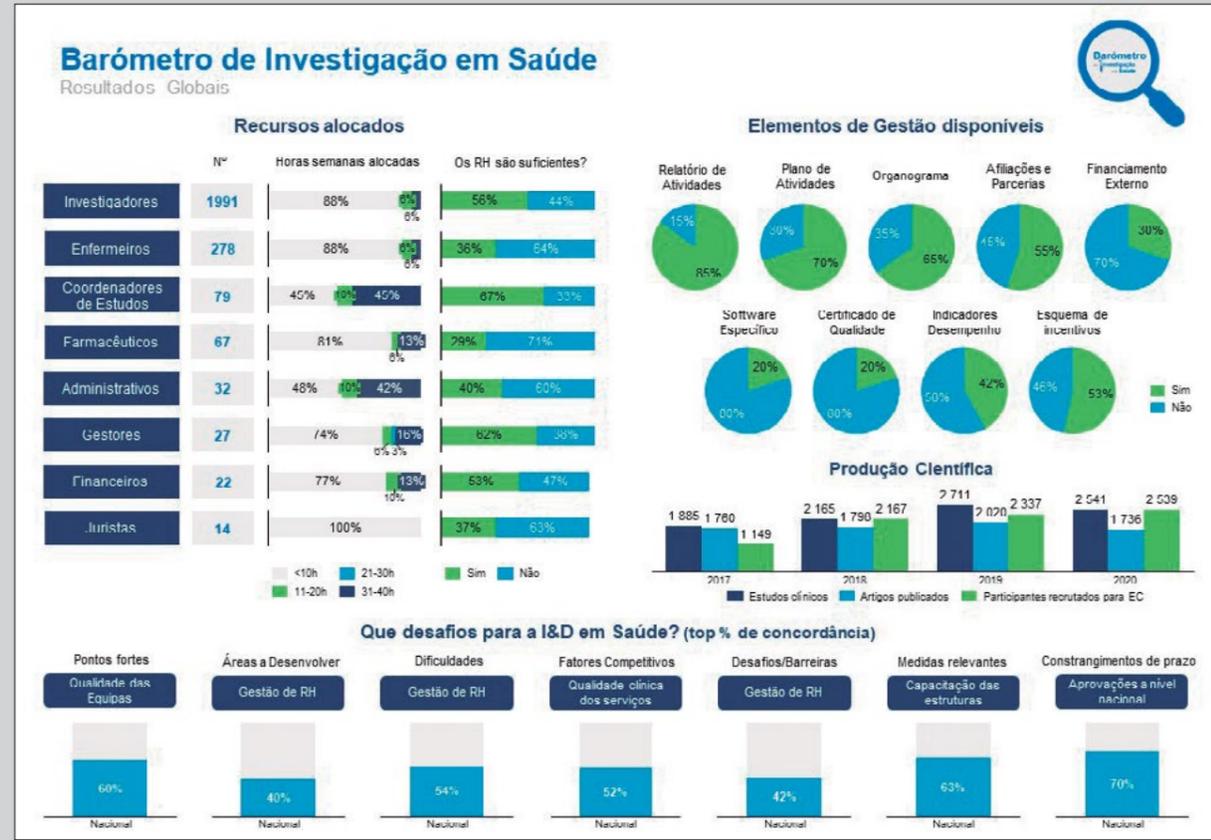


Figura 8

1. A gestão de RH (em particular necessidades de recrutamento, falta de autonomia, de mecanismos de incentivo e de tempo alocado para a investigação);

2. A necessidade de financiamento, de priorização política, de estruturas de apoio capacitadas e profissionalizadas, assim como de redes e parcerias, sendo relevante fortalecer sinergias entre academia e unidades de saúde;

3. A necessidade de agilizar os procedimentos burocráticos exigidos, associada à necessidade de “digitalizar” o setor. Os tempos de aprovação interna e externa de ensaios clínicos são identificadas como constrangimentos em 65% das estruturas (Figura 8).

Mas a estas vertentes acresce uma outra, sem a qual na prática a investigação fica igualmente comprometida: a proximidade e foco no doente. A este respeito, e reconhecendo que os doentes podem e devem desempenhar um papel central e cada vez mais ativo na investigação clínica, as estruturas realçam a necessidade de otimizar as plataformas/mecanismos de recrutamento, bem como de melhorar estratégias de comunicação e literacia.

Esta 1ª Edição do Barómetro cumpre assim a importante missão de fornecer uma caracterização atual da investigação em Saúde em Portugal, no SNS e, simultaneamente,

de apontar os desafios que, muito embora já identificados no passado, continuam a impedir uma maior competitividade do país em termos de investigação em saúde. A expectativa é, por isso, que esta 1ª Edição seja um referencial e um estímulo efetivamente mobilizador da agenda política e dos vários intervenientes em torno de um denominador comum: a ambição de tornar Portugal mais competitivo internacionalmente na Investigação em Saúde, aumentando o valor criado para os doentes, para o sistema de saúde, para a academia e para a sociedade. ●

I. INFARMED. Estatísticas de Avaliação de Ensaio Clínicos. Acedido em: junho 2021.

i. Os dados do presente questionário foram recolhidos no primeiro quadrimestre de 2021, altura em que se considera possível que algumas estruturas não tenham ainda contabilizado a totalidade da sua atividade científica do ano anterior. Assim, os valores correspondentes a 2020 podem ser ainda superiores aos apresentados.



Melhor saúde, melhor futuro.

Podemos fazer mais para ajudar a melhorar a vida das pessoas.

Impulsionados pela paixão por atingir este objetivo, na Takeda fornecemos à sociedade medicamentos inovadores capazes de mudar vidas, desde a nossa fundação em 1781.

Como empresa biofarmacêutica líder a nível global, a Takeda é inabalável na sua contribuição para trazer melhor saúde e um futuro melhor para as pessoas em todo o mundo.

www.takeda.com



C-ANPROM/PT//0426 | 04/2020
 TAKEDA FARMACÊUTICOS PORTUGAL, LDA ("Takeda Portugal") Sociedade por quotas. NIF: 502 801 204 Conservatória do Registo Comercial de Cascais n.º 502 801 204. Morada: Quinta da Fonte, Rua dos Malhões nº5, Edifício Q56 D, Pedro I, Piso 3, 2770-071 Paço de Arcos

MELHORAR A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO



Rita Veloso
Vogal Executiva, Centro Hospitalar e Universitário do Porto



Afonso Pedrosa
Diretor do Serviço de Inteligência de Dados, Centro Hospitalar Universitário São João



Carlos Sousa
Direção de Sistemas e Tecnologias de Informação, Hospital da Cruz Vermelha



Miguel Cabral de Pinho
Médico Assistente de Saúde Pública no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Maia/Valongo, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.



Teresa Magalhães
Professora Convidada e Administradora Hospitalar NOVA National School of Public Health, Public Health Research Centre, Universidade NOVA de Lisboa, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Coordenadora do Grupo de Trabalho APAH - Gestão da Informação em Saúde



Inês Dantas
Gestora de Clientes, SAP



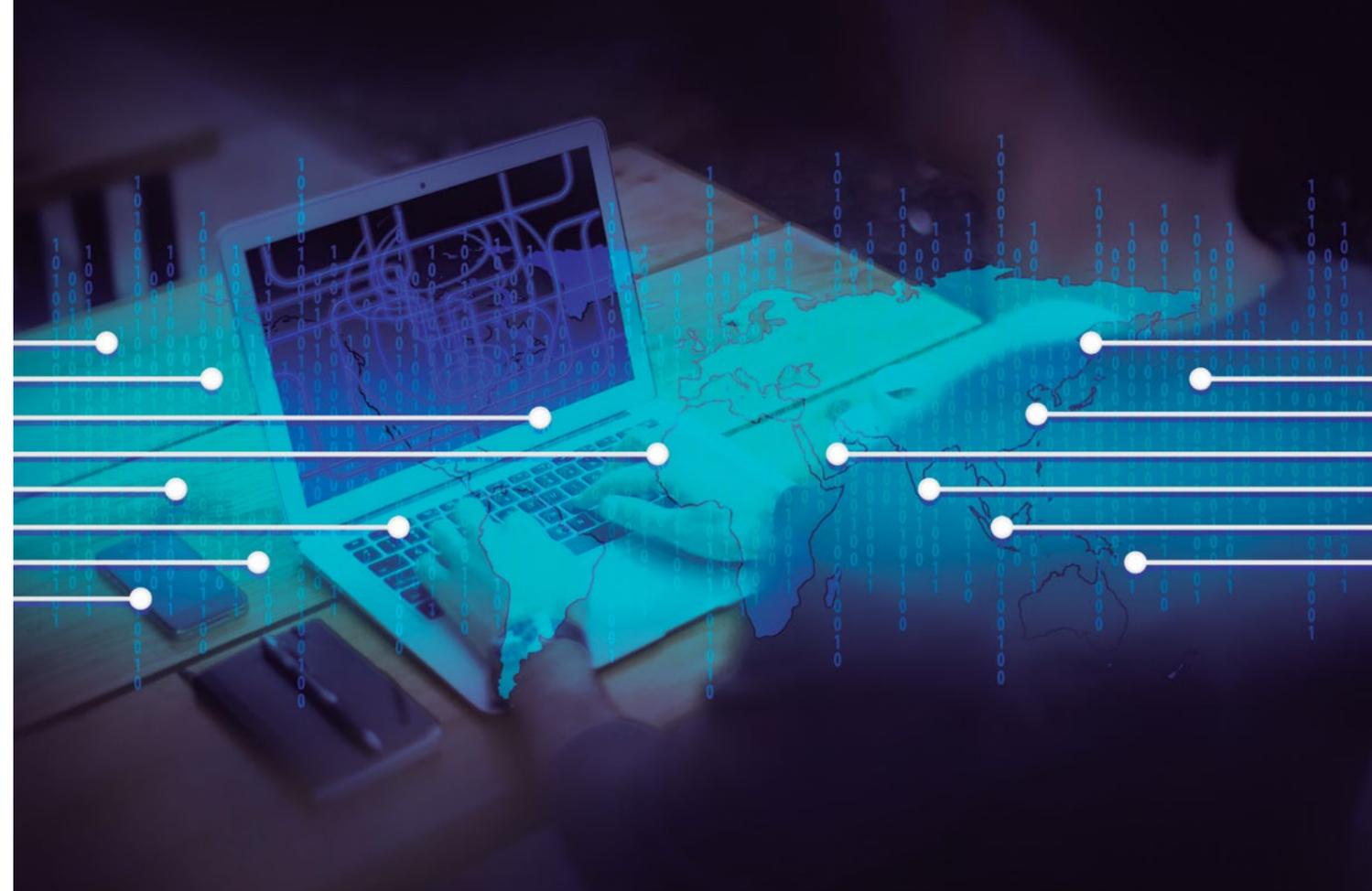
Zita Espírito Santo
Coordenadora do Gabinete de Gestão de Projetos, Investimentos e Património, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

A experiência dos profissionais de saúde com os sistemas de informação à sua disposição é hoje, mais do que nunca, motivo de debate e, muitas vezes, de insatisfação¹.

Facilmente o ecossistema de um hospital poderá contemplar mais de uma centena de aplicativos, alguns sem qualquer tipo de integração com os restantes, levando a múltiplos registos e autenticações. Em alguns casos, é preciso mesmo utilizar mais de uma dezena de aplicativos informáticos para realizar uma consulta ou uma alta

de um internamento. Esta experiência de usabilidade leva a um grande consumo de tempo que deveria ser direcionado para o doente, a um aumento da probabilidade de erro e, não menos preocupante, a um aumento da insatisfação dos profissionais de saúde, interferindo inevitável e negativamente, na necessária empatia com os doentes e no trabalho de equipa com os colegas.

Questões como a já referida diversidade de aplicações, a ausência de envolvimento dos utilizadores no desenho das interfaces, enquadrando o seu layout com o grupo profissional, o contexto clínico (ex: internamento, ambulatório, urgência), o perfil de doente e, como evidencia um estudo recente², a falta de investimento nesta dimensão (*User experience*), influenciam, entre outras, a tomada de decisão clínica e a experiência do doente. A estes fatores acresce ainda a exígua interoperabilidade interna entre serviços, departamentos e instituições do sistema de saúde, a falta de formação adequada, a escassez de recursos humanos, o facto de algumas aplicações se encontrarem obsoletas, a parca autonomia na definição de



soluções à medida das instituições ou, a dependência de fornecedores externos e a complexidade do próprio Sistema de Saúde.

Todos estes temas mantêm-se na ordem do dia, e das preocupações, para os que se dedicam ao desafio da transformação digital.

Em 2018, na abertura do Congresso da Ordem dos Médicos, o seu Bastonário, Miguel Guimarães, referiu que "mais de 50% do tempo é utilizado para estar a escrever no computador ou à procura de uma impressora que funcione"³. Aliás, um estudo sobre utilização de Processos Clínicos Eletrónicos (PCE) em dois produtos diferentes concluiu que médicos em contexto de ambulatório e num ambiente não formativo (n=573) passavam mais de cinco horas no Processo Clínico Eletrónico por cada oito horas do tempo clínico programado⁴. Sinsky e Beasley, já em 2014, comparavam o envio de mensagens por SMS enquanto se conduz (*texting while driving*) com o registo de dados enquanto se pratica a medicina (*texting while doctoring*), alertando para os riscos de daí poderiam advir⁵. No mesmo ano, num estudo⁶ realizado no nosso país, que pretendeu analisar o comportamento dos utilizadores do SClínico, foi demonstrado que, quando estes se encontram expostos durante horas consecutivas ao sistema, uma grande percentagem de profissionais fica insatisfeita devido ao cansaço e à diminuição da capacidade cognitiva por stress ou por diminuição da atenção. Sendo

ainda evidenciado que o uso do SClínico em situações de maior urgência beneficiaria claramente com formas alternativas de visualização da informação, assim como de uma melhor organização das interfaces para permitir modos mais eficientes de introdução da informação. Outros aspetos relatados prendem-se com a falta de uma visualização integral, ou holística, de todo o registo clínico do utente, por forma a correlacionar possíveis situações passadas com a situação do episódio em curso, críticas apontadas ao esquema de cores, à tipologia plana do desenho da interface e à forma de apresentação da informação, o que nos remete para a necessidade de uma nova abordagem ao desenho da interface gráfica. Num estudo realizado por Pontes, C. (2020)⁷ que visa avaliar o uso de Sistemas de Informação pelos gestores de nível intermédio em contexto hospitalar, foram identificados pelos 60 inquiridos quase 50 aplicativos diferentes de uso diário, sendo o SClínico o mais utilizado. O tempo médio de utilização destes aplicativos ultrapassa as três horas diárias, tendo um elevado peso na realização das atividades. A falta de segurança, a ausência de interoperabilidade, o acesso indevido a dados, a lentidão no acesso aos aplicativos, a falta de suporte adequado por parte dos fornecedores, o excesso de informação e a perda de dados foram apontadas como as maiores preocupações e fatores de insatisfação nesta matéria. Elencadas as principais dificuldades na usabilidade dos ▶



A UTILIZAÇÃO DE APLICAÇÕES INFORMÁTICAS DE SUPORTE AO REGISTO CLÍNICO ESTÁ, ATUALMENTE, BASTANTE GENERALIZADA, FRUTO DO INCREMENTO DA COMPLEXIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE E DA NECESSIDADE DE OTIMIZAR RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS.



sistemas de informação por parte dos profissionais de saúde, e concordando com os muitos que afirmam não se tratar de um problema de tecnologia, há que perguntar: o que faltará então?

A utilização de aplicações informáticas de suporte ao registo clínico está, atualmente, bastante generalizada, fruto do incremento da complexidade dos cuidados de saúde e da necessidade de otimizar recursos humanos e materiais. A capacidade de os profissionais de saúde acederem à informação clínica de forma expedita é um fator determinante na qualidade da prestação dos cuidados de saúde. Assim, a avaliação da usabilidade das aplicações de saúde torna-se fundamental.

Todas as atividades de um profissional de saúde geram informação e cada grupo profissional envolvido na prestação de cuidados (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de saúde, entre outros) cria e usa informação e linguagens próprias e distintas para a continuidade de cuidados de saúde (desde alergias, diagnósticos e procedimentos efetuados, prescrição habitual, entre outros). Segundo a Deloitte (2020), em Portugal, 81% dos médicos e enfermeiros consideram que a pandemia levou os hospitais a tornarem-se mais digitais, mas, ainda assim, Portugal está abaixo da média europeia na utilização de tecnologias 4.0 no setor da saúde⁸. Como principais desafios apontados destacam-se a burocracia associada aos cuidados de saúde, a procura das tecnologias certas, o treino dos profissionais para um uso correto da tecnologia e a melhoria da interoperabilidade e da utilização dos dados dos doentes.

Ao longo dos anos, o SNS tem sofrido várias alterações em matéria de SI. SONHO⁹, SAM, SAPE, SClínico são nomes sobejamente conhecidos, muitas vezes associa-

dos a tecnologias obsoletas e que levaram as instituições de saúde a implementar soluções alternativas dada a inexistência de uma política documental definida com rigor. No relatório final do *Think Tank "eHealth em Portugal: Visão 2020"*¹⁰ os resultados demonstraram que os inquiridos situavam Portugal, em matéria de adoção de *eHealth*, no estágio II, reforçando a existência de iniciativas de *eHealth* em curso apoiadas por um ambiente de utilização TIC consolidado, mas ainda algo fragmentado e com dificuldades em escalar.

Supportando os desafios até aqui elencados, um estudo muito recente¹¹ evidenciou que 98% dos enfermeiros licenciados relatam nunca ter sido incluídos no projeto ou nas decisões de tecnologia hospitalar. O mesmo estudo, mediou a usabilidade do processo clínico electrónico (PCE) percebido pelo corpo de enfermagem (n=8638), com recurso a uma métrica padronizada de usabilidade da tecnologia, a *System Usability Scale (SUS)*, correlacionando a usabilidade com o *burnout* profissional. Este trabalho permitiu relacionar os scores mais favoráveis de usabilidade do processo clínico electrónico à menor probabilidade de esgotamento. Em concreto, os investigadores inferiram uma pontuação média de usabilidade do PCE avaliada por enfermeiros em 57,6%, categorizada assim com uma nota de "F" na SUS, a faixa marginal mais baixa de usabilidade, sendo fortemente associada a esta uma maior probabilidade de *burnout* dos profissionais.

De igual modo, num estudo similar anterior¹², para mensurar a usabilidade do processo clínico electrónico apercebida por médicos norte-americanos (n=5197), com recurso à mesma metodologia, a classificação obtida foi semelhante: a usabilidade destes sistemas (PCE) recebeu uma nota F (45,9%). Foi ainda observada uma forte relação entre a usabilidade do PCE e a possibilidade de esgotamento. A Figura 1 tipifica a Usabilidade, na medida em que uma aplicação pode ser experimentada por utilizadores específicos para alcançar um determinado propósito com eficácia, eficiência e satisfação, num contexto de um dado caso de uso. Foi assim utilizada uma vez mais a Escala de Usabilidade do Sistema (SUS), reconhecido padrão pela indústria para medir a usabilidade de tecnologia. A título comparativo, no referido estudo, o resultado atribuiu a uma pesquisa do Google, a pontuação SUS=93, podendo ser descrita como estando na faixa muito aceitável, com uma nota de usabilidade de A. No entanto, o Microsoft Excel, outro exemplo referido, obteve uma pontuação SUS de 57%, o que resulta numa classificação entre os estudos com baixa aceitabilidade marginal e um grau de usabilidade de F.

Para Bruno Horta Soares, consultor sénior da IDC, a transformação digital implica que todos tenhamos o mesmo foco, porque "se todos estiverem a olhar para coisas diferentes será muito difícil". A solução passa pelo

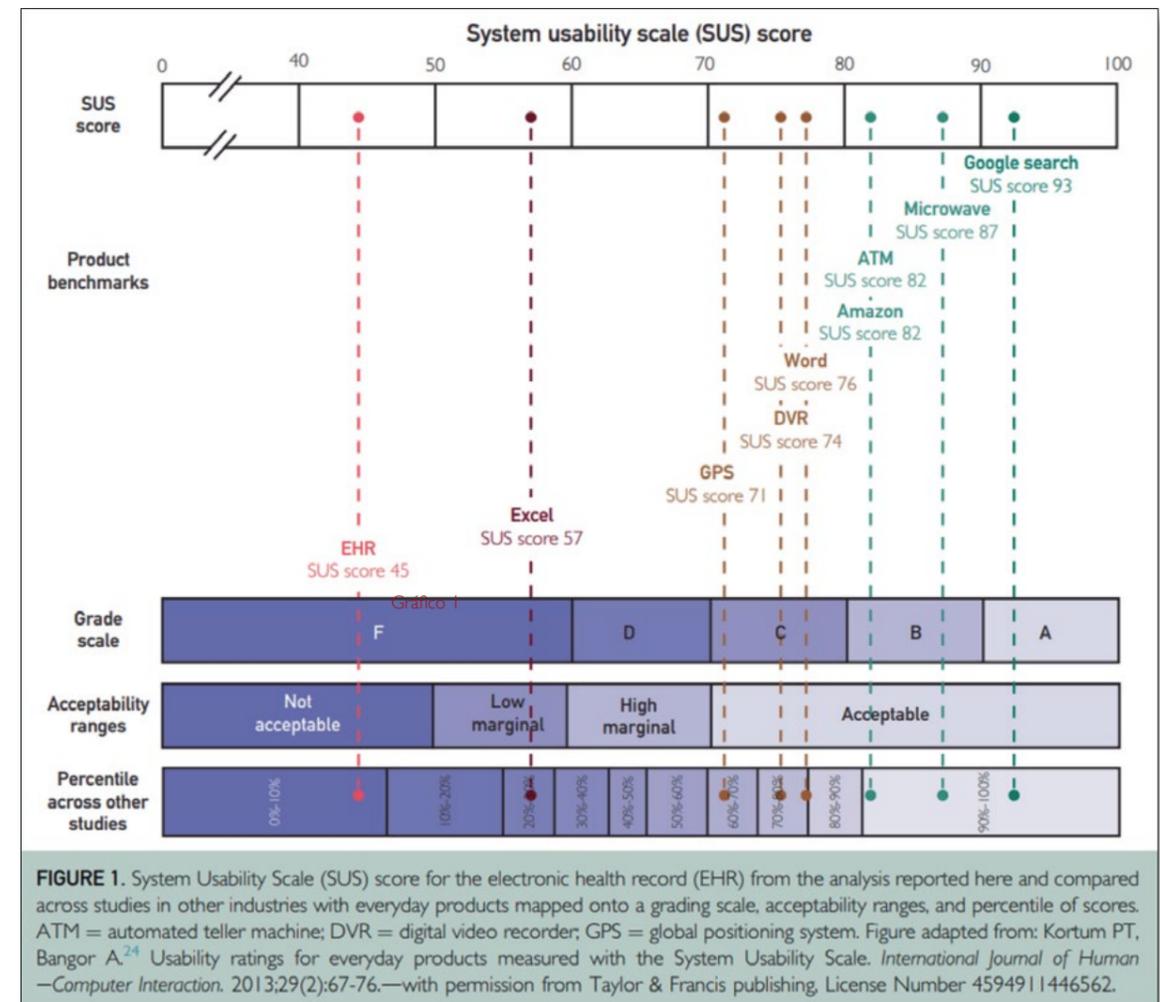


Figura 1

trabalho em equipa, pois "isolado ninguém tem dimensão para a transformação digital", lembrando que muitos dos pilares e dos aceleradores de inovação estão disponíveis desde os anos 50 ou 60, mas que só agora ficaram acessíveis a todos. É então tempo de criar soluções, posicionadas numa estrutura que, no conjunto, "permitam à nossa organização preparar-se para o futuro da transformação digital"¹³.

Entretanto, se houve algo que as instituições de saúde na Europa aprenderam com a pandemia Covid-19, e Portugal não foi exceção, foi o quão pouco preparadas estavam para usar os dados de saúde de forma mais eficaz. Não estávamos preparados para prestar cuidados com recurso à Telessaúde, em todas as suas vertentes e não somente a Teleconsulta, para integrar e interoperar por meio de troca de registos electrónicos de saúde, nem para partilhar tarefas e reorganizar equipas num ambiente não presencial. É por isso emergente que as instituições de saúde, desde as governativas, administrações centrais e regionais,

às que se dedicam à gestão da organização da saúde, se dotem de profissionais de saúde "digitais". A pandemia Covid-19 destacou assim que as instituições que apostaram na formalização de "papéis" associados à saúde digital com tempo dedicado protegido, eram mais capazes de operar na saúde por meio de mecanismos digitais¹⁴. Efetivamente a pandemia, apesar de ter descoberto estas fragilidades, foi catalisadora do desenvolvimento de sistemas de gestão de informação bastantes úteis, como é o caso do Trace Covid-19 (TC19), cujas boas práticas poderiam ser alargadas a outros sistemas de informação. O TC19, criado de raiz já no início da pandemia, tem vindo a ser alterado consoante as necessidades sentidas e de forma bastante célere. Em cada alteração mais significativa ao sistema, realizaram-se *webinars* interativos onde os utilizadores puderam esclarecer dúvidas e fazer sugestões. Muitas das alterações tiveram na base este *feedback* dado pelos utilizadores e a sua experiência, melhorando a usabilidade da plataforma. Mesmo a ▶



OBJETIVAMENTE, URGE ATUALIZAR O REGULAMENTO NACIONAL DE INTEROPERABILIDADE DIGITAL (RNID), APROVADO ATRAVÉS DA RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 2/2018, DE 1 DE MAIO, QUE DEFINE AS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E FORMATOS DIGITAIS A ADOPTAR PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.



nível do uso de vários sistemas para uma mesma tarefa, o TC19 destaca-se, pois apresenta informação resumida de outros sistemas, com base na interoperabilidade com o RNU, SINAVE Med e Lab, e registos do Centro de Contacto do SNS24. A plataforma disponibiliza ainda alguns dos registos submetidos pelo próprio utente. Quando se pretendeu explorar uma ferramenta que não estava ainda amplamente divulgada, a equipa de desenvolvimento procurou ativamente envolver num projeto piloto os profissionais que por iniciativa própria estavam a usar essa ferramenta. Infelizmente, estas práticas não têm sido usadas noutros Sistemas Informáticos, mesmo quando têm um impacto maior no Sistema de Saúde. Outra boa prática do TC19 prende-se com o acesso por via das credenciais do *email* institucional do profissional. Infelizmente, como já referimos, tal não é uma prática comum. A inexistência de uma estratégia conhecida para a gestão de identidades obriga a que de (quase) todas as vezes que os profissionais de saúde tenham de aceder a um aplicativo, o que se repete várias vezes ao longo do dia, necessitem de se autenticar com credenciais muitas vezes distintas até no seu formato. A autenticação redundante conduz a consumo de tempo e ao risco de não-conformidades com o Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD), quer pela maior probabilidade de partilha de acessos e risco de privacidade, quer pela dificuldade de auditar e rastrear acessos ou eventos transversalmente ao ecossistema de informação. Para ultrapassar este constrangimento dever-se-ia delinear um programa de gestão de identidades, com projetos locais em cada instituição e nacionais, a liderar pelos SPMS, estruturado e de longo prazo. Esse programa visaria a integração de aplicações, centralizando o acesso

a partir de portais internos das organizações, suportado no respetivo serviço de diretório (LDAP), permitindo ao utilizador, através de um único processo de autenticação, aceder aos aplicativos em funcionamento internamente, mas também às funcionalidades e repositórios transversais ao SNS (PDS, RNU, SICO, entre outros). Paralelamente, o desígnio do RGPD insta a elevar a maturidade do processo de acolhimento e integração de novos colaboradores nas organizações de saúde. Nesta matéria, destaca-se em particular o subprocesso de atribuição de credenciais de acesso ao ecossistema de informação e, naturalmente, o automatismo para a desativação dessas credenciais, com a respetiva cessação de funções. O processo interno costuma ser complexo e por vezes burocrático, e pode demorar demasiado tempo até que um novo colaborador possa finalmente dispor de permissão e meios para o acesso ao SI. Seria de considerar o desenvolvimento de um mecanismo, desencadeado pelo repositório de cadastro (RHV) e o serviço de diretório de cada instituição, senão mesmo, sem embargo da ambição, através de federação via SPMS, por suporte ao Registo Nacional de Profissionais (RNP). Como se constata, a gravidade desta limitação, vem obrigando os vários hospitais a desenvolver projetos internos e *ad-hoc* de gestão de identidades. Reconhecendo-se de antemão que só desta forma se assegurará uma fonte de verdade única, auditável e rastreável, para responder às exigências dos nossos dias, em que se exige absoluta fiabilidade, coerência e segurança na identificação dos profissionais, do seu perfil e nível de acesso ao ecossistema de informação. Só uma definição transversal e centralizada permitirá alcançar este objetivo. Apesar de ter sido discutida como objetivo, em sede de desenho da ENESIS 20|22 (Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde)¹⁵, a melhoria e inovação dos processos de trabalho dos profissionais por forma a melhorar a sua satisfação e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados, desconhece-se à data uma estratégia para a gestão de identidades. Tal obriga os profissionais de saúde a identificar-se nos aplicativos (várias vezes ao longo do dia), com credenciais muitas vezes distintas e até no seu formato ou políticas. Transversal a todas estas dimensões de usabilidade ou autenticação, a inexistência de mecanismos e normas de interoperabilidade obrigatórias para atuar no mercado de prestação de serviços de SI/TIC na saúde, dificultam o progresso e amadurecimento destas áreas. Não só porque podem perigar a legitimidade na escolha da melhor solução para uma determinada área, mas porque impedem a otimização de todo o *workflow* e otimização de registos e processos, reduzindo a proposta de valor subjacente a este tipo de tecnologias e bloqueando toda a dinâmica de inovação do mercado.



A este respeito, deveria a tutela regular em linha com os demais Estados-membro, capacitando as agências centrais (AMA, SPMS, entre outras), no sentido de regulamentar em favor da adoção de normas a implementar pelas organizações de saúde, pelos seus profissionais e pela indústria. Só assim poderemos ter um mercado competitivo, inovador e justo. Objetivamente, urge atualizar o Regulamento Nacional de Interoperabilidade Digital (RNID), aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 2/2018, de 1 de maio, que define as especificações técnicas e formatos digitais a adotar pela Administração Pública, com uma norma de interoperabilidade específica para a área da saúde. Para além desta dimensão de interoperabilidade técnica, as instituições de saúde devem ter um dicionário de dados (designação de cada variável e dados recolhidos) e um catálogo de serviços para mapear os processos de negócio e a invocação de serviços/fluxo de mensagens. Na dimensão de interoperabilidade semântica, é necessário assegurar um vocabulário médico controlado e o recurso a catálogos nacionais, de que são exemplos os recentes documentos em consulta pública (Catálogo Português de Radiologia e Catálogo Português de Gastroenterologia)¹⁶. Estas atividades devem fazer parte de um programa de interoperabilidade a médio prazo que garanta que as aplicações atuais e futuras interajam da forma desejada e sem propagar erros.

Qualquer projeto nesta área deve estar em conformidade com o RNID, suportado na implementação de Normas HL7.v2 ou HL7 FHIR, bem como com a orientação da União Europeia (IHE) - Decisão (UE) 2015/1302 da Comissão, de 28 de julho, relativa à identificação de perfis da iniciativa *Integrating the Healthcare Enterprise* para referência nos contratos públicos. Estes elementos permitirão apoiar as peças concursais, em particular os anexos técnicos, fazendo referência aos Perfis IHE desejados para implementação (em particular os 27 perfis IHE adotados pela UE)¹⁷, ou especificando objetivamente todos os atores envolvidos nas integrações, todas as normas de mensagens a usar (ex: HL7 v2, HL7 FHIR), a sequência de mensagens e quais as terminologias a adotar. Futura e paulatinamente, as instituições deverão começar a exigir aos atores de mercado o *IHE Integration Statement*¹⁸ do produto a concurso (declaração dos perfis/atores suportados) que comprove os resultados do *Connectathon*¹⁹ (evento que permite a implementação de testes para viabilizar a adoção de interoperabilidade baseada em *standards*, entre fornecedores de sistemas de informação). Finalmente, tecnologias emergentes como *voice-to-text* e soluções de apoio à decisão com inclusão de ferramentas de Inteligência Artificial irão decerto contribuir para a melhoria da experiência dos utilizadores ao reduzir tempos de uso do computador no decorrer da prestação de cuidados. ▶

Podemos dizer que na área dos Sistemas de Informação Clínicos, a era dos Processos Clínicos Eletrónicos (PCE) ainda está a dar os primeiros passos. As métricas cientificamente sólidas de utilização de um PCE são necessárias para impulsionar melhorias mensuráveis no *design* e melhorar o fluxo de trabalho clínico e de equipa. Os seus resultados devem ser precisos, confiáveis, válidos e adequadamente ajustados ao risco. Essas medidas podem ser usadas para comparar fornecedores e instâncias do mesmo produto, identificar variações e melhores práticas entre os profissionais, dar suporte ao treino de alunos e estagiários, e desencadear esforços para melhorar.

A título de exemplo, as métricas de uso de PCE podem determinar:

- O tempo gasto em atividades específicas (por exemplo, documentação clínica, gestão de caixa de entrada ou treino de horas clínicas programadas);
- Alternância de tarefas entre atividades;
- O número e as taxas de cliques do rato por tarefa;
- A influência do trabalho de equipa no tempo total de PCE do médico por dia, para citarmos alguns¹⁶.

Sabemos que melhorar a experiência dos profissionais de saúde é chave para tirar melhor partido das tecnologias existentes e prestar melhores cuidados. Enumeramos já diversas variáveis com impacto na experiência dos profissionais de saúde com os sistemas de informação. É premente medir a experiência dos profissionais para assertivamente se identificarem os fatores de maior insatisfação e agir sobre os mesmos. Urge ainda mensurar a variação da experiência na implementação de projetos de transformação digital, para se compreender que medidas têm mais impacto no aumento da satisfação. E finalmente publicar essa informação, para que quem tem de decidir sobre investimentos em tecnologias de informação possa considerar a experiência dos profissionais na definição de prioridades.

No caso de Portugal e através dos SPMS, as tecnologias de informação estão presentes em mais de 50 Instituições Hospitalares, Misericórdias e Institutos, e mais de 300 instituições de cuidados de saúde primários, chegando a mais de 73.000 utilizadores dos seus sistemas de informação. Talvez deva ser mesmo por aqui que o caminho deva ser acelerado dada a abrangência única e um enorme potencial para impactar a experiência de utilização, contribuindo para uma transformação digital mais positiva e sustentável no SNS. E tudo isto sob uma liderança forte, ousada e disruptiva. A falta de tempo ou de investimento não poderá continuar a servir de álibi para o agir tardio em certas matérias, para as quais a saúde em Portugal está, há muito, atrasada. Pelos nossos utentes, pelos nossos contribuintes, mas aqui, muito em particular, pelos nossos Profissionais de Saúde. ●

- I. System usability scale - Wikipedia
- II. <https://www.ctcmin-saude.pt/2021/01/12/consultas-publicas-catalogos-semanticos-2/>
- III. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32015D1302>
- IV. https://wiki.ihe.net/index.php/How_to_Prepere_an_IHE_Integration_Statement
- V. <https://connectathon.ihe-europe.net/>

1. Ratwani, R.M., Reider, J., Singh, H. (2019). A Decade of Health Information Technology Usability Challenges and the Path Forward. JAMA. 321(8):743-744. doi: 10.1001/jama.2019.0161.
2. Hussain, M.I., et al. (2020). How the presentation of patient information and decision-support advisories influences opioid prescribing behavior: A simulation study. J Am Med Inform Assoc. Apr 1;27(4):613-620. doi: 10.1093/jamia/oc213.
3. Lusa (2018). <https://www.dn.pt/lusa/medicos-passam-mais-de-metade-do-tempo-de-consulta-a-olhar-para-o-computado-bastonario-10092111.html> (acedido em 10/06/2021).
4. Melnick, E.R., Ong, S.Y., Fong, A., et al. (2021). Characterizing physician EHR use with vendor derived data: a feasibility study and cross-sectional analysis. JAm Med Inform Assoc. Published online April 5. doi:10.1093/jamia/ocab011.
5. Sinsky, C.A., Beasley, J.W. (2014). Texting While Doctoring. Ann Intern Med (Internet). 15 Apr;160(8):584. doi=10.7326/L14-5008-9.
6. Pavao, J. et al. (2016). "Usability study of SClinico", 2016 11th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI), pp. 1-6, doi: 10.1109/CISTI.2016.7521386.
7. Pontes, C. (2020). Avaliação do uso de Sistemas de Informação pelos gestores de nível intermédio em contexto hospitalar. Tese de Mestrado. Departamento de Sistemas de Informação da Universidade do Minho.
8. Deloitte. 2020. Digital transformation. Shaping the future of European healthcare. Deloitte Center for Health Solutions. <https://www2.deloitte.com/pt/pt/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/Digital-Transformation.html>
9. Marto, V. (2017). A Gestão da Mudança em Sistemas de Informação: a migração do sistema de gestão de doentes para a aplicação SONHO V2 no Centro Hospitalar de Leiria, EPE. Mestrado em Gestão de Sistemas de Informação Médica. Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/2698/1/Dissertação%20-%20MGSIM%20-%20Vitor%20Marto.pdf>
10. SPMS (2015). Think Tank eHealth em Portugal: Visão 2020. <http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/11/Relat%C3%B3rio-Think-Tank-eHealth-2020-v05112015.pdf>
11. Melnick, E.R., et al. (2021). The association between perceived electronic health record usability and professional burnout among US nurses. J Am Med Inform Assoc. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocab059>
12. Melnick, E.R., et al. (2020). The Association Between Perceived Electronic Health Record Usability and Professional Burnout Among US Physicians. Mayo Clin Proc. Mar;95(3):476-487. doi: 10.1016/j.mayocp.2019.09.024. Epub 2019 Nov 14. PMID: 31735343.
13. Monteiro, M.F. (2018). Informação médica será transportada pelos próprios pacientes. ComputerWorld. <https://www.computerworld.com.pt/2018/03/21/informacao-medica-vai-ser-transportada-pelos-proprios-pacientes/>
14. Martins, H. (2021). Digital Healthcare Focus: Digital Health Professionals. <https://healthmanagement.org/c/it/post/digital-healthcare-focus-digital-health-professionals>
15. SPMS (2019). ENESIS 2022. Versão preliminar. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/ENESIS2022_VersaoParaConsultaPublicaOut2019.pdf
16. Melnick, E.R., Sinsky, C.A., Krumholz, H.M. (2021). Implementing Measurement Science for Electronic Health Record Use. JAMA. Published online Apr 05. doi:10.1001/jama.2021.5487.



Crescemos para si. Crescemos consigo.

Há mais de 30 anos no mercado apresentamo-nos hoje como uma referência no setor em Portugal. Inovação e qualidade são uma preocupação constante em tudo o que fazemos.

Somos o laboratório que mais doentes trata em Portugal - o maior parceiro do SNS e das Farmácias*.

E porque queremos sempre mais, reforçamos o nosso compromisso de oferecer o maior portefólio de genéricos em Portugal.

Crescemos para si, porque agora Somos Grupo Aurobindo.

*Fonte: HmR/IQVIA.

Generis[®]

A IMPLEMENTAÇÃO DO RGPD NA SAÚDE: EM TUDO IGUAL, EM TUDO DIFERENTE?



Elisabete Castela

Encarregada da Proteção de Dados, Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

Em tudo igual

O Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, vulgarmente denominado por Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), foi publicado no Jornal Oficial da União Europeia no dia 4 de maio de 2016, tendo entrado em vigor no dia 24 de maio de 2016 e sendo obrigatório em todos os seus elementos e diretamente aplicável em todos os Estados-Membros da União Europeia a partir de 25 de maio de 2018.

O RGPD coloca às organizações um conjunto de desafios exigentes, de natureza muito diversa, e que podem requerer um esforço significativo de adaptação e transformação dessas mesmas organizações

Cada organização definirá a abordagem que terá que adotar com vista a garantir a conformidade com o Regulamento. Na prática, essa abordagem e o modo como será seguida dependerão da área de atividade da organização, da sua dimensão e complexidade, e do tipo de tratamento de dados pessoais que realize.

Com vista a auxiliar as organizações a alinharem-se com as determinações do RGPD, diversas entidades (consultoras, escritórios de advogados, agências públicas, etc.) avançaram com orientações, considerações e serviços de suporte ao processo de implementação do RGPD. De entre esses contributos, importa destacar os da Comissão Nacional de Proteção de Dados¹ e dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.²

Estes contributos auxiliam as organizações na preparação para a conformidade com o RGPD, apontando aspetos

centrais a ter em conta, sugerindo métodos de concretização e discutindo especificidades da implementação do RGPD em setores particulares. Facilmente se concluirá, no entanto, que cada organização terá que definir a sua própria abordagem com vista a garantir a conformidade com o Regulamento.

O processo de implementação do RGPD na saúde poderá/deverá seguir a metodologia aplicada noutras organizações seguindo as fases de diagnóstico, avaliação, transformação e manutenção, consubstanciadas nas diversas e múltiplas atividades que as integram.

Este processo de implementação permitirá obter um grau de conformidade com o regime de proteção de dados pessoais (RGPD e Lei nº 58/2019, de 8 de agosto - Lei Nacional de Execução).

Em tudo diferente

Mas do que falamos quando falamos de proteção de dados pessoais na Saúde? “De proteção jurídica que a lei consagra aos dados pessoais de saúde e, por outro lado, a proteção destes dados na prática clínica no sistema de saúde”.³

Sendo os dados de saúde, informação da vida pessoal privada, estes merecem uma proteção especial no quadro legal em Portugal⁴ e na União Europeia.⁵

No âmbito da proteção de dados, relevam os dados “sensíveis”, ou, na terminologia do RGPD, as categorias especiais de dados, onde estão incluídos os dados de saúde, os dados genéticos - entre outros - com fundamentos específicos para o seu tratamento.

Como regra geral, o tratamento destes tipos de dados é proibido. No entanto, os mesmos poderão ser objeto de tratamento sob certas condições, de acordo com o artigo 9º do RGPD, nomeadamente se o tratamento for necessário para efeitos de diagnóstico médico, prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou de gestão de sistemas e serviços de saúde.

No que respeita a proteção na prática clínica, assumem relevância particular o sigilo profissional e a confidencialidade espalhados nos Códigos Deontológicos⁶ dos profissionais de saúde, bem como as normas e orientações emanadas pelas entidades que supervisionam a atividade em Saúde.⁷

Mas o que distingue o processo de implementação quando aplicado na Saúde?

No âmbito dos hospitais públicos podemos afirmar que “importa atender a um vasto conjunto de normativos, de diversas ordens, que compõem uma arquitetura jurídica complexa. De diferentes ordens e de diferentes fontes e com âmbitos materiais também diferentes.”⁸

Independentemente da natureza da organização (pública ou privada) e da arquitetura jurídica a que está sujeita, consideramos fundamental atender também seguintes aspetos:

- A organização de saúde revela-se uma organização complexa, com vários poderes e saberes⁹ em que os processos de mudança se revelam difíceis de implementar;
- Além da prestação dos cuidados de saúde, outras atividades como o ensino médico e a investigação podem ter um papel relevante na sua atividade (v.g. os centros hospitalares universitários), envolvendo muitas vezes a utilização secundária de dados;
- A Saúde tem legislação específica quanto à proteção da privacidade, confidencialidade e proteção de dados e que continua em vigor. Nos termos do artigo 62º da Lei nº58/2019, as normas relativas à proteção de dados de saúde continuam em vigor em tudo o que não contrarie o disposto no RGPD e na Lei nº 58/2019, de 8 de agosto;
- Grande volume de “dados especiais” tratados - dados relativos à saúde, dados genéticos; - dados especiais exigem proteção reforçada;
- A maioria dos titulares dos dados são titulares vulneráveis;
- O modelo de prestação integrada de cuidados de saúde implica a necessidade de acesso aos dados por diferentes profissionais e consequente definição de perfis de acesso e de medidas organizativas, de acordo com o princípio *need to know*;
- Possibilidade de “conflito” entre intervenientes no âmbito da gestão de dados pessoais: encarregado da proteção de dados, responsável pelo acesso à informação, comissão de ética;
- Necessidade de adoptar medidas de segurança adequadas à “sensibilidade dos dados” e ao nível risco: muitos dos tratamentos da lista dos tratamentos sujeitos a avaliação de impacto respeitam a dados de saúde (lista constante do regulamento nº1/2018 da CNPD, Diário da República, 2ª série, nº 231, de 30 de novembro);
- Os hospitais públicos estão obrigados, enquanto entidades públicas, a designar um encarregado da proteção de dados (artigo 37º, nº1 do RGPD);
- O RGPD não se aplica a dados de saúde de pessoa falecida (considerando 27), sendo regulado pelo artigo 17º da Lei nº58/2019, obrigando à ponderação adequada de todos os direitos em causa e sempre em cumprimento dos princípios estabelecidos no artigo 5º do RGPD.

Conclusão

Longo tem sido o caminho na proteção dos dados pessoais e no seu reconhecimento como direito fundamental. A aprovação do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados e a sua aplicação direta aos Estados-Membros da União Europeia veio consolidar a necessidade de harmonizar as normas e reforçar o controlo dos dados pelos seus titulares.

Apesar dos dois anos entre a entrada em vigor e o início da sua aplicação, da existência de regulamentação específica para os dados de saúde, a maioria das organizações na área da saúde em Portugal, teve (terá) que envidar esforços para a conformidade da sua atividade com o RGPD. Certo é que a conformidade com o RGPD é um processo e não um produto, pelo que exigirá um acompanhamento, monitorização e uma capacidade de resposta a novos desafios, sempre constantes. ●

1. https://www.cnpd.pt/bin/rgpd/10_Medidas_para_preparar_RGPD_CNPD.pdf
 2. http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/03/Guia-Privacidade-SPMS-RGPD-digital_20.03.217-v.2.pdf
 3. Deodato, Sérgio (2017) - “A proteção dos dados de Saúde”, col. Argumento, Lisboa, Universidade Católica Editora, p. 9.
 4. Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, “Lei de Bases da Saúde”; Lei nº 12/2005, de 26 de janeiro, “Acesso o à Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde”; Lei nº 15/2014, de 21 de março, “Direitos e Deveres do Utente nos Serviços de Saúde”; Lei nº 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei nº 73/2015, de 27 de julho, “Lei da Investigação Clínica”; Decreto-Lei nº 131/2014 de 29 de agosto, que regulamenta a Lei nº 12/2005.
 5. Regulamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 do Parlamento Europeu e do Conselho, “Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados” (artigos 5.º, n.º 1, f) e 9.º, n.º 1 e n.º 2, alíneas h), i) e j), 3 e 4 e considerando 35, 52, 53 e 63); Regulamento de Execução (UE) n.º 520/2012 da Comissão, de 19 de junho de 2012, relativo à realização das atividades de farmacovigilância previstas no Regulamento (CE) n.º 726/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho e na Diretiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho; a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços.
 6. V. Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Regulamento nº 707/2016, publicado na 2ª série do Diário da República, em 21 de julho de 2016), Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (anexo à Lei nº156/2015, publicada na 2ª série do Diário da República, em 16 de setembro de 2015), Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011, publicado na 2ª série do Diário da República, em 20 de abril de 2011, alterado pelo Regulamento nº1119-A/2016, publicado na 2ª série, 2º suplemento, do Diário da República em 26 de dezembro de 2016) entre outros.
 7. “Privacidade da Informação no Setor da Saúde”; “Segurança da Informação - Informação ao colaborador”; Circular Normativa nº1/2017 SPMS | Medidas Excecionais de Cibersegurança, Circular Normativa nº2/2017 SPMS | Medidas Excecionais de Cibersegurança, Circular Normativa nº3/2017 SPMS | Medidas Excecionais de Cibersegurança, Circular Normativa nº4 SPMS | Medidas Excecionais de Cibersegurança”, www.ciberseguranca.spms.min-saude.pt
 8. Monge, Cláudia (2020) - “Proteção de dados de saúde nos hospitais públicos”, Revista de Direito Administrativo, maio-agosto, nº 8, AAFDL Editora.
 9. Carapinheiro, Graça (1993), “Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares”, Porto, Editora Afrontamento.

O MELHOR ESCUDO ANTICRISE É UMA IMAGEM POSITIVA



Rui Neves Moreira
Assessor de Imprensa
do Centro Hospitalar Universitário de São João

“**T**he public be informed”. Esta foi a Era lançada pelo norte-americano Ivy Lee, um dos pais das Relações Públicas e, diz a História, responsável pelo primeiro *press release* enviado às redações, em 1906, a propósito de um trágico acidente de comboio nos Estados Unidos da América, que resultou na morte de 50 pessoas. Por isso, é seguro dizer-se que a Assessoria de Imprensa e o *press release* clássico surgem de uma necessidade de informar, de comunicar. Neste caso, num contexto de crise.

Gosto de acreditar que esta Era se mantém até aos dias de hoje. Pelo menos é nela em que me insiro enquanto profissional de comunicação. Sou assessor de imprensa porque acredito, convictamente, na Assessoria de Imprensa como método, bem como nos seus instrumentos de atuação. Mas também acredito no Jornalismo livre e independente como a ferramenta mais eficaz para alcançar a população com eficácia, transparência e responsabilidade. Estas minhas duas motivações estão de mãos dadas.

Portanto, o que não se comunica não existe. Este é para mim um dos grandes desafios da década. A comunicação tem vindo a ganhar uma preponderância gigantesca num mundo cada vez mais ligado e digital. O austríaco Paul Watzlawick, um dos mais notáveis teóricos de comunicação, documenta: “É impossível não se comunicar: todo o comportamento é uma forma de comunicação. Como não existe forma contrária ao comportamento (“não-comportamento” ou “anti-comportamento”), também não existe “não-comunicação”. Então, é impossível não se comunicar”. Não poderia concordar mais. Não comunicar é uma forma de comunicar. Ter uma postura de retaguarda tem uma leitura. Tudo em comunicação

tem uma causa-efeito, mais ou menos imediato. Positivo, negativo ou neutro.

Há uma vasta e relevante literatura sobre comunicação de crise. Os seus princípios estão documentados e são transversais às morfologias de todas as crises, sejam elas catástrofes (sanitárias, naturais ou humanas), ameaças económico-financeiras, crises de honorabilidade, entre outras.

Antecipação, transparência, agilidade e qualidade informativa. São estes os princípios da comunicação de crise, tendo a mensagem como ponto de partida. A mensagem deve ser simples, clara e eficaz. A mensagem tem o poder de definir agendas, notícias, títulos, *statements* e, por consequência, resultados, efeitos e comportamentos. A mensagem resulta em informação que, no caso de uma crise, deve ser precisa, tranquilizadora e dinâmica. Qualquer ação de comunicação, seja ela ou não de crise, deve ter como foco uma mensagem ou, no máximo, não mais do que três. É fundamental definir objetivos e conhecer as ferramentas para os atingir: os instrumentos de Assessoria de Imprensa, os graus de confidencialidade (*on the record*, *off the record*, *not for attribution*, *on background*), os tipos de negociações (*exclusivo*, *primeira-mão*, *mix* de assessoria). Mas, arrisco dizer, a pandemia por Covid-19 fez sobressair dois novos princípios: o bom senso, pela responsabilidade dos temas em mãos, e a gestão de uma imagem positiva, que posicione as instituições e lhes confira notoriedade e reputação.

O melhor escudo anticrise é a gestão e a promoção de uma imagem positiva e de confiança, que envolva as pessoas interna e externamente. É a criação de uma sólida cultura de comunicação de dentro para fora, tomando as paredes invisíveis. É encontrar argumentos de comunicação constantes e dinâmicos. É encontrar o equilíbrio entre o volume e a qualidade de informação que se pre-

tende comunicar. É ser uma boa fonte e criar uma relação próxima e positiva com a Comunicação Social e, por sua vez, com a opinião pública. A criação de uma cultura de comunicação forte envolve os recursos humanos, valoriza-os. Toma-os *pivots* de informação, *decision/opinion makers* e embaixadores da marca.

Mas essa gestão significa também resolver os pequenos conflitos quotidianos, de forma a que uma pequena fogueira não se transforme num grande incêndio. Um exemplo prático desta pandemia: o caso das vacinações indevidas. O primeiro caso de vacinação indevida a ser tomado público surgiu numa instituição de saúde, após as vacinas em sobra terem sido dispensadas para a pastelaria ao lado. Rapidamente os casos de vacinações indevidas foram expostos de norte a sul do país, desvirtuando a mensagem positiva e de esperança do processo. Este é um típico fenómeno de comunicação de crise. Aliás, é também uma estratégia que desfoca o problema na instituição e o alastra ao “sistema”. Aconteceram vários casos destes ao longo da história. No futebol, nos crimes ambientais, na política.

A criação de uma imagem positiva de qualquer instituição assenta num equilíbrio complexo das várias dimensões da imagem: a real, a desejada e a percebida. Devem ser trabalhadas individualmente pelo objetivo maior da imagem positiva e sólida.

Por muita preparação e boa gestão que exista, as crises existirão sempre. É factual. São cíclicas. Para as enfrentarmos, temos de agregar todos estes princípios e documentá-los num plano de comunicação de crise e numa política estratégica de comunicação.

Foi dessa forma que o Centro Hospitalar Universitário de São João se preparou para a pandemia do ponto de vista de comunicação.

Em 2020, pela primeira vez um hospital foi a marca mais relevante em responsabilidade social: o Centro Hospitalar Universitário de São João, à frente de marcas como Pfizer, Federação Portuguesa de Futebol, Cruz Vermelha e Santa Casa. Os critérios em análise foram notoriedade, admiração, relevância, confiança, preferência e recomendação. Esta distinção premeia a postura de comunicação do hospital na resposta à pandemia e a relação com a opinião pública, os profissionais e os seus utentes.

A estratégia focou-se em três marcadores chave: abertura, sentido de responsabilidade e qualidade informativa. Não houve um único meio de comunicação que tenha manifestado interesse de conhecer a dinâmica do hospital e lhe tenha sido negado o acesso. E esta abertura ultrapassou as fronteiras de Portugal, com mais de uma dezena de reportagens internacionais, entre as quais da CGTN (canal de notícias internacional da China), da Agence France-Press, do Daily Mail, do TeleCinco e do Verdens Gang (o jornal *online* mais lido da Noruega).

“

A COMUNICAÇÃO É REFLEXO DAS LIDERANÇAS E DEVE SER UMA EXTENSÃO DAS BOAS PRÁTICAS DE QUALQUER INSTITUIÇÃO. SÓ COM UMA COMUNICAÇÃO PRÓ-ATIVA, TRANSPARENTE E COMPETENTE SE ATINGEM OS OBJETIVOS DA QUALIDADE INFORMATIVA E DA IMAGEM POSITIVA.

”

Toda a política de comunicação externa resultou em que o Centro Hospitalar Universitário de São João tenha sido o hospital português com maior impacto mediático, no contexto global e pandémico. Nos doze meses de 2020 foram registadas 18139 notícias, mais 49% face a 2019. No primeiro ano de pandemia, de acordo com a empresa Cision (dados de março de 2020 a março de 2021), o São João registou menções em 14038 notícias sobre Covid-19, mais 73% que o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e mais 108% que o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Mas, além deste impacto quantitativo, importa destacar a relevância qualitativa: mais de 99.8% das notícias foram positivas. Estes resultados, quantitativos e qualitativos, traduzem-se nos grandes objetivos de comunicação e, em particular, de Assessoria de Imprensa: posicionamento, notoriedade e reputação. Para concluir, importa destacar que uma crise é, não raras vezes, uma oportunidade de comunicação. No caso desta crise sanitária, não só uma oportunidade de colocar uma instituição no circuito mediático, mas também de incrementar um aumento do espaço, da sensibilidade e do interesse para os temas da saúde. Haverá uma resaca de comunicação de saúde no pós-pandemia e as posturas estratégicas de comunicação das instituições serão fundamentais para a continuidade das boas relações e para que os meios de comunicação atestem mais espaço nos jornais e minutos nos noticiários. A Saúde tornou-se um tema *sexy*, é necessário continuar a encontrar bons argumentos de comunicação. Que uma nova crise não seja condição!

A comunicação é reflexo das lideranças e deve ser uma extensão das boas práticas de qualquer instituição. Só com uma comunicação pró-ativa, transparente e competente se atingem os objetivos da qualidade informativa e da imagem positiva. E ganham todos: a instituição e a sociedade! ●

ESTIMATIVA DE CUSTOS DIRETOS DE INTERNAMENTO POR COVID-19 NO CHULC



Joana Seringa
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central



Sérgio Pedreiras
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central



Maria João Freitas
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central



Rosa Valente de Matos
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central



João Rocha
Escola Nacional de Saúde Pública



Rui Santana
Escola Nacional de Saúde Pública

A pandemia por Covid-19 representa uma ameaça significativa à saúde global (Lai *et al.*, 2020), com um impacto sem precedentes na sociedade, na saúde pública e na economia global (Nicola *et al.*, 2020). Os efeitos das ruturas sofridas pela economia irão certamente persistir durante um longo período (The World Bank, 2021), com implicações diretas para os sistemas de saúde e sociedade.

A pandemia resultou em mais de 180 milhões de casos confirmados e mais de 4 milhões de mortes em todo o mundo (World Health Organization, 2021). A 2 de março de 2020, Portugal registou o primeiro caso de contágio por Covid-19, sendo que até ao momento o número de casos confirmados já é superior a 900 mil e o número de óbitos a 17.000 (Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2021).

Os sistemas de saúde e hospitais em todo o mundo necessitaram de se adaptar para enfrentar os desafios desta pandemia. Destacamos, como exemplo, o aumento da capacidade de camas de unidade de cuidados intensivos (UCI), a instalação de hospitais de campanha, a criação de novos circuitos e o desenvolvimento de unidades Co-

vid-19 (Peiffer-Smadja *et al.*, 2020). A par com os desafios clínicos e organizacionais, os hospitais e sistemas de saúde viram os custos aumentarem com a necessidade de contratar profissionais de saúde e de adquirir equipamentos médicos (como por exemplo, ventiladores e equipamentos de proteção pessoal) para o tratamento de utentes com Covid-19 (Quentin *et al.*, 2020).

Estas alterações intensificaram o risco financeiro das unidades de saúde. Recorde-se que a última década foi marcada por uma austeridade externa, com perda de autonomia de gestão, existência de ciclos de endividamento e sua reposição extraordinária através de injeções de financiamento, falta de liquidez para investimento em capital fixo e perda de confiança nos processos de negociação orçamental.

No primeiro trimestre de 2020, a dívida vencida há mais de 90 dias (em atraso) pelas 54 entidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde português era superior a 169 milhões de euros (correspondendo a 11,9% do total das dívidas a fornecedores externos, que ascendia a 1,4 mil milhões de euros). A par com um prazo médio de pagamento a fornecedores de 138 dias (Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde, 2021). Em agosto

de 2020, a dívida vencida há mais de 90 dias aumentava em mais de 292 milhões de euros (correspondendo a 19,4% do total das dívidas a fornecedores externos, que ascendia a 1,5 mil milhões de euros).

Os estudos internacionais publicados até ao momento tendem a identificar o custo direto ou o custo adicional que as seguradoras terão de acomodar em relação aos internamentos por utentes com Covid-19; poucos avaliaram o impacto financeiro nos sistemas de saúde (Khan *et al.*, 2020).

Conhecer o impacto financeiro da pandemia por Covid-19 no sistema de saúde é essencial para informar e apoiar os decisores políticos sobre possíveis ajustes orçamentais e garantir a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

Para que esta tarefa seja concretizável, é fundamental a existência de instrumentos que permitam obter os custos internos das unidades de saúde. Os hospitais do SNS português, em 2021, não apresentam, salvo algumas exceções, um procedimento regular de obtenção da sua contabilidade analítica. Apesar de ser uma ferramenta de gestão clássica em qualquer organização, de apoio ao processo de tomada de decisões, não é possível conhe-

COVID-19



cer de forma célere e fiável os custos internos das estruturas, processos ou produtos hospitalares.

Neste contexto e com o intuito de contribuir para uma melhor compreensão do impacto financeiro da Covid-19, o objetivo deste estudo foi estimar o custo de internamento de utentes com Covid-19 num hospital público português, o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE (CHULC).

Para o efeito, utilizámos dados de internamento do CHULC entre 1 de março de 2020 e 31 de maio de 2020. Este centro hospitalar está localizado em Lisboa e é composto por seis hospitais: dois dedicados à assistência materno-infantil, um a patologias cardiovasculares e três de tipologia geral para atendimento de adultos. Garante uma emergência polivalente para adultos, uma emergência pediátrica e obstétrico-ginecológica, e presta cuidados de saúde em várias especialidades médicas e cirúrgicas. Este centro hospitalar conta com cerca de 1.300 camas e uma média de 3.900 internamentos por mês. Também serve como referência para outros hospitais com menor nível de diferenciação.

Os internamentos foram considerados elegíveis para o estudo se o diagnóstico principal ICD-10-CM fosse codi- ▶

	Nº (%)	Demora Média (dias)		Custos Diretos (€)	
		Média (DP)	Mediana (IIR)	Média (DP)	Mediana (IIR)
Total	223	12,69 (10,16)	10,00 (5,00-16,00)	8.177 (11.534)	4.435 (2.307-7.765)
Sexo					
Feminino	80 (35,9%)	11,80 (8,10)	9,00 (6,00-15,25)	5.587 (5.339)	4.013 (2.605-6.562)
Masculino	143 (64,1%)	13,19 (11,16)	11,00 (5,00-17,00)	9.626 (13.647)	4.804 (2.100-10.183)
Grupo Etário					
18-44	61 (27,4%)	8,84 (8,13)	6,00 (4,00-12,00)	6.296 (11.564)	2.771 (1.512-5.784)
45-64	68 (30,5%)	12,76 (10,50)	11,00 (6,00-16,00)	8.908 (11.903)	4.421 (2.422-7.381)
65-84	56 (25,1%)	16,25 (10,80)	13,50 (7,75-22,25)	11.360 (13.670)	6.876 (3.280-13.324)
≥85	38 (17,0%)	13,55 (9,70)	11,50 (6,00-19,50)	5.198 (3.975)	4.354 (2.099-5.712)

Tabela 1: Admissões por Covid-19, demora média e custos diretos.

ficado como U07.1. Foram excluídos os internamentos de utentes menores de 18 anos, internamentos com registos incompletos (grupo diagnóstico homogéneo [GDH] ausente), internamentos de utentes que foram transferidos de ou para outros hospitais ou aqueles cujo internamento foi inferior a 24 horas. Os internamentos por gravidez, parto e puerpério também foram excluídos, bem como internamentos de utentes operados. A amostra final foi composta por 223 internamentos, o que representou cerca de 2,4% do total de internamentos neste centro hospitalar no período de análise. Houve 21% dos episódios não codificados, pelo que estimamos que, nesse período, o total de internamentos do Covid-19 (sem nenhum critério de exclusão) correspondeu a 4,6% do total de internamentos.

A estimativa dos custos foi obtida tendo em consideração os seguintes critérios:

- A valorização do custo em medicamentos considerou o preço médio de compra;
- A valorização do custo com meios complementares de diagnóstico e terapêutica para cada internamento foi realizada a partir dos preços de referência da Portaria nº 254/2018;
- Os custos com recursos humanos, consumíveis clínicos e custos indiretos por não apresentarem possibilidade de imputação direta por episódio, foram divididos pelo total de dias de internamento (custo unitário por dia de internamento) e alocados a cada episódio de acordo com o número de dias de internamento de cada doente.

A maioria dos utentes internados foi do sexo masculino (64,1%) e apresentou idade compreendida entre os 45 e os 64 anos (30,5%). Cerca de 13% dos utentes com diagnóstico de Covid-19 foram admitidos em UCI, existindo registo de maior prevalência de homens (86,2%) e utentes com idade entre 65-84 anos (48,3%). A taxa de mortalidade hospitalar entre os utentes com Covid-19 foi de 9,9%.

Conforme apresentado na tabela 1, o tempo médio de

internamento foi de 12,69 dias (\pm 10,16) e o custo médio estimado por internamento foi de 8.177€ (\pm 11.534), valor substancialmente acima do preço médio de referência (portaria) ou mesmo ajustado pelo *case-mix* previsto em contrato-programa para o CHULC. Vinte e um utentes (9,4% das admissões) tiveram um custo estimado por admissão superior a 20.000€, representando 44% dos custos totais. Este valor indicia uma variabilidade assinalável que importará explorar no futuro. No que respeita às componentes de custos, os recursos humanos representaram a maior proporção dos custos totais por admissão (50,8%).

De acordo com os dados disponíveis, em Portugal, a taxa de internamento por casos confirmados de Covid-19 ronda os 13% a 16%, podendo assim sugerir-se que até ao final do ano de 2020, entre 54.682 a 67.301 doentes foram internados em hospitais, o que utilizando os valores médios agora apurados resultaria uma estimativa de custo global na ordem de 447 a 550 milhões de euros. Estes dados são preliminares, necessitam de maior detalhe e ser complementados pelos custos de investimento em equipamentos, custos de reorganização, pelos custos de oportunidade tremendos que a pandemia trouxe e aduzir estimativas relativas a outros níveis de prestação de cuidados. O conhecimento de outras realidades poderá permitir uma comparação sobre a eficiência de cada unidade na resposta a esta pandemia.

Os desafios no conhecimento sobre a resposta à pandemia e sobre os seus efeitos a médio e longo prazo são significativos. Assim sendo, a necessidade de dispor de recursos financeiros e a necessária autonomia das instituições prestadoras de cuidados de saúde, fundamentais para uma gestão efetiva das organizações de saúde, deverá ser acompanhada pelo reconhecimento das vantagens e necessidade de ter à disposição os instrumentos que permitam reduzir o risco no processo de tomada de decisões, como por exemplo, a utilização de sistemas de custeio nas nossas organizações de saúde. ●

- Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. (2021). Covid-19 Relatório de Situação no 351.
- Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. (2021). Transparência - SNS.
- Khan, A. A., Alruthia, Y., Balkhi, B., Alghadeer, S. M., Tamsah, M. H., Althunayyan, S. M., & Alsafyan, Y. M. (2020). Survival and estimation of direct medical costs of hospitalized covid-19 patients in the kingdom of saudi arabia (Short title: Covid-19 survival and cost in saudi arabia). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207458>
- Lai, C., Shih, T., Ko, W., Tang, H., & Hsueh, P. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (Covid-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, January.
- Nicola, M., Alsaifi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (Covid-19): A review. *International Journal of Surgery*, 78(January), 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.04.018>
- Peiffer-Smadja, N., Lucet, J. C., Bendjelloul, G., Bouadma, L., Gerard, S., Choquet, C., Jacques, S., Khalil, A., Maisani, P., Casalino, E., Descamps, D., Timsit, J. F., Yazdanpanah, Y., & Lescure, F. X. (2020). Challenges and issues about organizing a hospital to respond to the Covid-19 outbreak: experience from a French reference centre. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(6), 669-672. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.04.002>
- Quentin, W., Albrecht, T., Bezzina, A., Bryndova, L., Dimova, A., Gerkens, S., Kowalska-Bobko, I., Mantwill, S., Or, Z., Rajan, S., Theodorou, M., Tynkkynen, L.-K., Waitzberg, R., & Winkelmann, J. (2020). Adjusting hospital inpatient payment systems for Covid-19. *Eurohealth*, 26(2), 88-92.
- The World Bank. (2021). Global Economic Prospects. In *The World Bank* (Issue January). <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-1612-3>
- World Health Organization. (2021). WHO Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>



O nosso conhecimento em antivirais ao serviço da saúde pública

A Gilead é uma empresa biofarmacêutica que ao longo de mais de 30 anos tem procurado inovar, transformar e simplificar tratamentos para doenças potencialmente fatais.

Esta procura incessante pela inovação tem-nos permitido alcançar avanços científicos e clínicos que se julgavam impossíveis, até mesmo em contexto de pandemia, como o que atualmente vivemos.

Todos os dias, procuramos contribuir para um mundo melhor e mais saudável para todos. Este é o nosso compromisso.



SERVIR O INTERESSE DA POPULAÇÃO E DAS COMUNIDADES



Sara Letras

Médica Assistente de Saúde Pública - Unidade de Saúde Local do Litoral Alentejano, membro da direção da Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública (ANMSP)

A Saúde Pública do século XXI terá de ser a Saúde Pública que melhor serve o interesse da saúde da população e as das comunidades.

Consagrado pela Declaração de Alma-Ata, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) representam o acesso e entrada do cidadão nos serviços de saúde, desenvolvendo-se a partir daí, todas as funções dos cuidados de saúde, entre as quais, a prevenção da doença, até à continuidade de cuidados, sendo, para além dos cuidados de saúde primários, a Saúde Pública, a área que representa uma capacidade e possibilidade de mudança e evolução mais profunda, com maiores horizontes e efetividade nos resultados em saúde.

Interessa à população presente no país, a melhor eficiência do Sistema Nacional de Saúde (SNS), mas também a efetividade dos e de programas de saúde. A implementação local no terreno, faz-se, tradicionalmente, de forma pouco integrada, entre CSP e Hospitais. É prioritário mudar esta visão. A implementação de programas transversais direcionados para a comunidade, que partem do problema, considerando assim como essencial, a caracterização e estudo do problema e respetivo impacto a nível dos serviços de saúde, permite, a correta identificação dos fatores de risco desse mesmo problema, mas também a identificação de necessidades e posteriores soluções para a sua mitigação.

O desenvolvimento dos processos de trabalho, através da criação de equipas multidisciplinares, uma realidade nas Unidades Locais de Saúde (ULS), e também com representação das várias unidades funcionais, foi um progresso, na forma de intervenção em saúde, seja no âmbito da gestão ou na prevenção da doença. Já no âmbito da promoção da saúde, é condição *sine qua non* a visão alargada, polivalente, possibilitada pelo cruzamen-

to do conhecimento, intersecção ou intervenção que se constrói, pelos vários níveis.

A Saúde Pública tem como base a construção dessa capacidade e metodologia de trabalho, convergindo a resposta dos vários sectores no bem comum, a saúde das populações. Quando se pensa em Saúde Pública nos serviços de saúde, é inevitável a projecção no futuro dessa capacidade própria e respetivas ferramentas, nos diferentes níveis de saúde, hospitalares, cuidados de saúde primários, de um só modo de pensar saúde, a saúde da população. Para isso, a implementação de programas transversais, é uma forma de potenciar esse pensamento. A estrutura integrativa do conhecimento e competências dos diferentes serviços e níveis de saúde, na criação destes programas transversais, é possível numa Unidade Local de Saúde. E ser médico de Saúde Pública numa Unidade Local de Saúde, permite esta experiência.

Uma ULS tem um desenho de organização que potencia esta abordagem virada para os problemas de saúde na comunidade, e através de modelos de desenvolvimento organizacionais que permitam essa mesma intervenção, com base num planeamento integrativo das diferentes visões e diagnóstico de situação das respetivas áreas dos serviços de saúde e da população ou comunidade.

O Planeamento em Saúde - função essencial da Saúde Pública

O domínio da ferramenta Epidemiologia, a investigação das principais causas de mortalidade, assim como o estudo da carga de doença, aliado ao conhecimento do território e características socio e geodemográficas, permite um domínio do conhecimento dos problemas de saúde na respetiva população. A identificação e avaliação das necessidades técnicas em saúde da população, a morbilidade, a carga de doença também a nível dos cuidados hospitalares, indicam o caminho que se deve

criar para a melhoria dos resultados.

A peça chave para a mudança é a concretização dos Planos Locais de Saúde (PLS), que permitem a criação do vector da evolução. Numa ULS, o desenho de implementação de um Plano Local de Saúde, para além da abordagem dos principais problemas de saúde, identificados na população, comunidade e respetivos parceiros, possibilita integrar igualmente as necessidades de intervenção a nível da resposta dos serviços de saúde, nomeadamente hospitalares. Concretizar a interface entre a comunidade e os cuidados de saúde seja CSP ou hospitalares, ou se quisermos pensar na vanguarda, nos serviços de saúde como um todo, a Saúde Pública representa a disciplina que melhor poderá executar essa *interface*.

O longo trabalho a nível da saúde comunitária, o conhecimento dos diferentes contextos, laboral, escolar, lares, estabelecimentos prisionais, entre outros, permitem à especialidade médica de Saúde Pública, o conhecimento onde se desenrolam e originam os problemas em saúde. Para além disso, a construção da rede de parceiros na comunidade, *stakeholders* e estruturas, que a Saúde

Pública pode agregar, permite uma maior expansão dos resultados em saúde.

A Saúde Pública numa Unidade Local de Saúde

A visão abrangente da Saúde Pública numa estrutura ULS, permite acrescentar em vários domínios: a importância na contribuição para a definição do plano estratégico institucional; o desenvolvimento de uma visão de eficiência, desde logo pela importância económica da Saúde Pública através da prevenção. A sobrecarga e *stress* nos cuidados de saúde secundários e terciários, são desafios à sustentabilidade financeira de uma instituição, sendo urgente o investimento na prevenção de doença e a promoção da saúde, áreas nucleares da especialidade médica de Saúde Pública. A criação de programas de prevenção de doença dirigidos e desenhados para população abrangida, permitem potenciar a sustentabilidade financeira de uma instituição de saúde, sendo estratégias essenciais para esse objetivo.

A criação de programas transversais, em articulação entre os cuidados hospitalares virados para a integração do cuidado assistencial e a prevenção de doença, aliados ▶

SAVE THE DATE

FÓRUM DO MEDICAMENTO

Academia das Ciências, LISBOA
19 novembro 2021

ACESSO AO MEDICAMENTO: NOVAS OPORTUNIDADES

Organização

APAH

Patrocínio

AstraZeneca



IMPORTA REFERIR, COMO LIMITAÇÃO DAS ULS, A VULNERABILIDADE DA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS NA PREVENÇÃO EM FAVORECIMENTO DA GESTÃO DE DOENÇA, ESPECIALMENTE, EM SITUAÇÕES DE STRESS.



a estratégias de intervenção na comunidade. Por exemplo, um programa de prevenção da obesidade infantil, tem pertinência com a integração da visão da prevenção da doença, passando pela educação para a saúde. A concretização no terreno, de estratégias a nível da comunidade, em Promoção da Saúde, adequadas à população ou grupos populacionais alvo, poderá conduzir a uma menor incidência de obesidade no adulto, diabetes mellitus ou doença cardiovascular na saúde do adulto, com menor morbidade a longo prazo, na mesma população. O investimento em programas de Saúde Escolar, Saúde Oral, são um construtivo essencial no planeamento da eficiência do SNS, com ganhos financeiros a longo prazo.

As Unidades Locais de Saúde são representadas na sua direção clínica, pela área hospitalar e de cuidados de saúde primários. É necessário criar uma representação na área Saúde Pública, uma mudança estratégica para uma efetiva implementação de programas transversais direcionados aos problemas em saúde da população. Para além das competências e orgânica das Unidades de Saúde Pública, a saúde pública, ao nível de uma ULS, ou seja do cruzamento dos diferentes níveis de saúde, intervém, entre outras, em áreas como:

- Controlo de infeção (Programa de Prevenção Controlo Infeção e Resistência aos Antimicrobianos);
- Qualidade em Saúde;
- Prevenção das Doenças Transmissíveis e Vigilância Epidemiológica;
- Epidemiologia Hospitalar;

- Controlo do Risco não clínico, ambiental (ex.: Legionella);
- Saúde Ocupacional.

A qualidade clínica, organizacional, a segurança do utente e profissional, concretizada pela implementação dos planos de segurança e qualidade, pelas Comissões de Qualidade e Segurança, é um veículo para o potencial de desenvolvimento organizacional. A qualificação e acreditação das unidades de saúde, permitem assegurar a avaliação de parâmetros que promovem a garantia do acesso do cidadão aos cuidados de saúde com melhoria contínua dos cuidados, e em proximidade da comunidade, permitindo alcançar a longo prazo, impacto em ganhos em saúde, tais como o aumento da esperança de vida, na diminuição da mortalidade e morbidade.

Desafios

Importa referir, como limitação das ULS, a vulnerabilidade da alocação dos recursos humanos na prevenção em favorecimento da gestão de doença, especialmente, em situações de stress. A resposta no imediato é necessária, ou seja, em contexto hospitalar, e dada a escassez de recursos, a manutenção da resposta a nível da prevenção, é, geralmente, restringida a um plano secundário. A volatilidade da capacidade de resposta, impede a manutenção do potencial de desenvolvimento, dificultando a manutenção dos programas de promoção de saúde. Uma solução para o crescimento dos ganhos em saúde, poderá estar na concertação da interface desses programas por parte dos serviços de saúde, com as entidades ou parceiros na comunidade, mas para tal, é necessária a sustentabilidade dessa resposta, para a qual, é vital, a dotação na área de prevenção, de recursos humanos e financeiros adequados.

A Saúde Pública deve assumir a liderança nas unidades de saúde. A oportunidade de desenvolvimento, a fundamentação e apoio à decisão através do planeamento, permite o crescimento organizacional, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, e os resultados em saúde.

A criação e desenvolvimento de programas que integrem a visão da prevenção, até à avaliação dos cuidados de saúde prestados, adequados ao contexto geodemográfico e socioeconómico, atendendo à priorização pela respetiva carga global de doença, permite uma maior eficiência na resposta em saúde.

Essa possibilidade existe numa ULS e este é o tipo de estrutura organizacional de saúde existente, com maior capacidade para a concretização destes programas, pois a integração do planeamento a nível da decisão e gestão dos cuidados já é, embora com um caminho de desenvolvimento a percorrer, uma realidade. ●

JÁ DISPONÍVEL

A GESTÃO DE SAÚDE BASEADA NO VALOR CASOS E EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

COORDENAÇÃO
FRANCISCO ROCHA GONÇALVES

APAH
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

ALMEDINA

COVID-19: DESAFIOS E OPORTUNIDADES



Cristina Pratas
Adjunta do Conselho de Administração do Serviço
de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH)

Em 2 de março de 2020, foram oficialmente reportados os primeiros casos em Portugal de doentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou a doença como pandemia. Tinham sido reportados mais de 118 mil infeções, crescentes em 114 países, com o registo de 4.291 casos de mortes, a maioria dos quais na China, onde a doença terá surgido.¹

Era o início de uma grave crise de saúde pública global, de dimensões colossais, em relação à qual permanecem muitas incertezas clínicas e científicas, mas seguramente com consequências económicas e sociais devastadoras. Em Portugal, e noutras partes do mundo, iniciou-se então um processo de reorganização das estruturas de saúde, assim como de outros setores da vida nacional, de modo a enfrentar o impacto da pandemia.

O Sistema de Saúde, e o Serviço Nacional de Saúde em particular, concentraram-se no plano de reorganização das equipas de profissionais e nos aspetos logísticos no âmbito da prestação direta de cuidados de saúde.

Colocando à prova a capacidade e o engenho das Administrações Hospitalares por todo o país, na maioria dos hospitais do setor público, e em alguns do setor privado e social, estabeleceram-se planos de contingência, com suspensão parcial da atividade programada, tentou-se reforçar as equipas, ajustaram-se os planos de férias e organizou-se a possibilidade de realizar algumas teleconsultas, como alternativa ou complemento dos meios convencionais à disposição do doente.

Mas, para além da prestação de cuidados diretos de saúde, o funcionamento das instituições hospitalares depende de outras áreas, instrumentais àquela, designadamente

te Engenharia, Gestão e Tratamento de Roupas, Nutrição, Gestão de Resíduos, Limpeza e Desinfecção, Gestão de Parques de Estacionamento, Gestão de Arquivos e Armazéns, normalmente contratualizados pelos estabelecimentos de saúde. São os serviços “invisíveis” aos olhos dos doentes, discretos na sua existência, mas cruciais na resposta hospitalar.

Por isso também estes serviços tiveram de se adaptar perante as novas circunstâncias, num exercício de resiliência, de uma forma rápida, eficaz e eficiente.

A área da Nutrição Hospitalar será o exemplo da adaptação mais exigente, perante a redução de consumo de refeições pelos doentes e perante a adoção pelos próprios profissionais de novos hábitos de alimentação fora dos refeitórios das instituições. O que impõe uma reflexão cuidada, no sentido de reinvenção desta prestação, em adaptação ao novo paradigma.

Também a Gestão dos Parques de Estacionamento Hospitalares foi sujeita a alterações substanciais, decorrentes não só da menor demanda de utentes, como, em alguns casos, pela ocupação daqueles espaços por estruturas de campanha provisória, com natural redução da área disponível para estacionamento de veículos.

Outro desafio apresentado, foi a circunstância de nem sempre ter sido prontamente reconhecida a vulnerabilidade dos trabalhadores das áreas instrumentais, mesmo aqueles que, juntamente com os profissionais com vínculo laboral aos hospitais, trabalhavam em “Serviços Covid”. E na verdade, são todos “profissionais de saúde”, nos termos do n.º 1 da Base 28.^a, da Lei de Bases da Saúde. A sua exclusão, por exemplo, das prioridades de acesso à vacina contra a Covid-19, poderia comprometer a prestação de cuidados diretos de saúde, com consequências imprevisíveis.



Contudo, como em todas as crises, também agora nascem oportunidades e novos olhares para algumas das vertentes desta atividade complementar.

Com efeito, a atual situação de calamidade sanitária terá sensibilizado o reconhecimento das entidades responsáveis, para a importância no combate à pandemia da área de Limpeza e Desinfecção Hospitalar, contribuindo decisivamente para a segurança e conforto dos utentes e profissionais.

Os serviços de Segurança e Controlo Técnico viram também o seu contributo reforçado, no cumprimento de regras e procedimentos que acrescentaram proteção e segurança de instalações e equipamentos, minimizando o risco de infeção e contágio no acesso e nos circuitos estabelecidos nas unidades de saúde.

As exigências determinadas pela inesperada sobrecarga de doentes graves, desencadearam um esforço excepcional, sem paralelo na História do SNS, impondo a reorganização das estruturas de apoio, através da centralização e recuperação de inúmeros equipamentos hospitalares (camas, ventiladores, monitores, entre outros) essenciais ao suporte de vida. Numa ação concertada, foram ainda montadas instalações de retaguarda e gerida a distribuição nacional de dispositivos médicos, equipamentos de proteção individual e donativos da Sociedade Civil ao SNS.

A constituição da “Task Force” para a concretização de um “Plano de vacinação contra a Covid-19 em Portugal”, ao abrigo do Despacho n.º 11737/2020, de 26.11.2020 (atualizado pelo Despacho n.º 1448-A/2021, de 04.02.2021 e pelo Despacho n.º 3906/2021, de 19.04.2021), foi uma outra demonstração da capacidade de organização do SNS e dos seus serviços de apoio.

Paralelamente, por Despacho n.º 2922/2021, de 18.03.2021, a Task Force para a promoção do “Plano de Operacionali-

zação da Estratégia de Testagem em Portugal” tomou evidente a capacidade de intervenção de um serviço público de saúde, num momento de aflição nacional.

Será igualmente justo referir o contributo inestimável das Forças Armadas no sucesso de múltiplas ações de combate ao flagelo da pandemia, com os excelentes resultados já publicamente demonstrados.

É possível concluir hoje, mau grado alguns erros já reconhecidos e a imprevisibilidade da evolução da pandemia ainda em curso, a importância do SNS e dos apoios com ele contratualizados, na luta desencadeada pelas Autoridades de Saúde, através da capacidade instaladas nos Centros Hospitalares e Unidades de Saúde públicas e privadas.

É oportuna, pois, uma menção honrosa às Administrações Hospitalares que souberam gerir com os meios de que dispunham ou foram colocados à sua disposição, tamanha adversidade, minimizando os custos económicos e financeiros e combatendo a morbilidade e mortalidade da doença, o melhor que souberam e puderam, com sabedoria e imaginação.

Será de evidenciar o sentimento generalizado de recuperação de confiança no SNS que, num dos maiores desafios da sua História, certamente terá recolhido a aprendizagem das falhas ocorridas e não deixará de estar prevenido para a reparação das sequelas clínicas supervenientes, incluindo a atenção devida àquelas patologias que ficaram para trás, preteridas pela emergência Covid-19.

Por último, uma palavra de apreço e gratidão a todos os profissionais que heroicamente sacrificaram as suas vidas ao serviço de uma causa pública, ultrapassando os seus próprios limites, num momento de profunda crise. Que os desafios e oportunidades não tenham sido em vão. ●

1. In <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>

O PAPEL DAS INTERVENÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE: PALHAÇOS D'OPITAL

“

O CONFORTO É ALGO A QUE OS SERES HUMANOS QUEREM ACEDER DESDE QUE NASCEM. É POR ISSO QUE... UM DOENTE IDOSO SE ACALMA QUANDO É TOCADO NA MÃO OU OUVI PALAVRAS DELICADAS.

Malinowski & Stamler, 2002

”



Isabel Rosado
Co-founder & CEO Palhaços d'Opital

O problema social identificado, e que originou a **Associação Palhaços d'Opital**, é a falta de cuidados emocionais à população sénior em contexto hospitalar, a necessária humanização dos serviços hospitalares e um cada vez maior tempo de permanência neste meio desta população, sendo que a maioria destas pessoas estão afastadas dos seus locais de residência, sentindo-se sozinhas e desacompanhadas. Estas condições conduzem a um estado anímico generalizado de tristeza/depressão que irá condicionar negativamente, muitas vezes de forma irreversível, a recuperação dos pacientes.

As taxas e a duração de internamento hospitalar são claramente superiores nas pessoas idosas, por comparação com as observadas noutros grupos etários (Revista portuguesa de saúde pública), sendo esta a faixa etária que mais sobrecarrega o SNS e a mais afetada com a atual pandemia. Alguns dados hospitalares portugueses indicam que mais de um terço do total das altas hospitalares corresponde a pessoas com mais de 65 anos, sendo que cerca de 53% têm períodos de internamento superiores a 20 dias.

No hospital, os profissionais de saúde, estando focados

na doença e no seu tratamento, deixam ficar esquecido o lado saudável e a importância do mesmo para a melhoria do bem-estar do utente.

Os ambientes hospitalares não são positivos por natureza, são ambientes pesados, de sofrimento, de contacto com a dor. Quer os profissionais de saúde, quer os pacientes encontram-se diariamente neste ambiente, que é propício a estados depressivos, sendo que todo o trabalho que possa ser feito para retirar ou minimizar esta carga negativa, neste ambiente, é salutar. A injeção de positividade, de um ambiente mais leve, e de alegria, a criação de momentos de abstração da dor/doença, a capacidade de fazer sorrir irá sempre ter um impacto positivo no estado anímico e emocional de todos os que se encontram no ambiente hospitalar.

A **Palhaços d'Opital** é a única organização de Doutores Palhaço existente, em território nacional, focada no público adulto e sénior hospitalizado. Somos uma organização de artistas profissionais, que criam performances artísticas para o ambiente hospitalar e institucional, para um público adulto e sénior. Por ano fazemos cerca de 250 horas de formação. As quartas-feiras são sempre de formação: de manhã os nossos Doutores Palhaço têm aulas de ukelele e de canto e voz, de tarde preparam



e trabalham as performances/dinâmicas artísticas. Cada performance leva cerca de 6 meses de trabalho, passando por várias fases: elaboração, testagem em “laboratório artístico”; aperfeiçoamento, testagem em hospital, aperfeiçoamento e finalização/apresentação.

Para além deste público-alvo principal, existe outro conjunto de pessoas que beneficiam direta ou indiretamente com as nossas intervenções. As ações desenvolvidas por estes profissionais da área artística, Doutores Palhaço, não só impactam diretamente no doente, como também se alastram aos seus familiares e cuidadores formais e informais. Por outro lado, temos os profissionais que trabalham no hospital que também procuram o apoio na **Palhaços d'Opital** para ajudar a melhorar o seu desempenho. A formação junto dos profissionais de saúde é um trabalho que também é desenvolvido nos hospitais parceiros, sempre que nos é solicitado.

Atualmente a **Palhaços d'Opital** tem como parceiros 5 unidades hospitalares, na região centro (IPO Coimbra, Centro Hospitalar Tondela Viseu, Centro Hospitalar Baixo Vouga e Hospital Distrital da Figueira da Foz) e na região norte (Unidade Local de Saúde de Matosinhos). Hospitais parceiros são hospitais com que temos estabelecido um protocolo de colaboração. A **Palhaços d'Opital** oferece os seus serviços gratuitamente aos seus hospitais, pelo que é da responsabilidade da própria organização a angariação de fundos que possibilitem a continuação do seu trabalho. O nosso crescimento está intimamente ligado com o estabelecimento de parcerias com empresas, concurso a candidaturas e fundos, campanhas de angariação de donativos, que possibilitam o

“São gente que nos faz sentir bem! Conseguem provocar um sorriso na nossa face, quando os olhos querem chorar!”

Dr. Rui Miguel Cruz, Enfermeiro Diretor do Hospital Distrital da Figueira da Foz

financiamento das nossas atividades.

A **Palhaços d'Opital** tem, neste momento, um ambicioso plano de replicação que visa alargar o serviço a mais unidades de saúde no país. Este plano é motivado pela notória melhoria da qualidade de vida dos utentes visitados, pelo *feedback* extremamente positivo que temos recebido de todos os profissionais de saúde dos hospitais parceiros, que já visitamos regularmente, e também pelo fato de que existem demasiadas pessoas a necessitar deste tipo de intervenção.

Com as adaptações impostas pela pandemia veio a produção de conteúdos para o digital, os quais são disponibilizados gratuitamente no nosso canal Youtube, o d'Opital TV e, através dos canais de circuito interno de alguns hospitais, chegam a utentes, familiares e profissionais de saúde por todo o país. Este canal foi dado a conhecer, via *mail*, a todos os hospitais nacionais, sendo já vários os que encontraram nestes conteúdos uma forma de melhorar o estado anímico nas suas unidades hospitalares.

Estes conteúdos também têm sido utilizados/reproduzidos por instituições que acolhem seniores, contribuindo para momentos de Alegria, Humor e Afetos. ▶

O ator Ruy de Carvalho é o padrinho da **Palhaços d'Opital** quem tem como embaixadores Nilton, Pedro Abrunhosa, Sónia Santos e tem ainda contado com o apoio de Sofia Cerveira, Gonçalo Dinis, Joana Cruz, Rodrigo Gomes, André Sardet, Carlão, Diapasão, UHF e Victor de Sousa em alguns dos seus vídeos e eventos. São 8 anos de existência; 5 hospitais parceiros; mais de 590 visitas aos hospitais parceiros; mais de 2.860 horas em ambiente hospitalar; mais de 576.500 pessoas alcançadas. ●



Conheçam o nosso trabalho no site:
www.palhacosdopital.pt
 E nas nossas redes sociais:
<https://www.facebook.com/PalhacosdOpital/>
https://www.instagram.com/palhacos_d_opital/
<https://pt.linkedin.com/company/palhacosdopital>

“Falar dos Palhaços d’Opital (PdO) é falar de uma parceria com inegáveis benefícios para os doentes e para a comunidade hospitalar do IPO de Coimbra (IPOC).

Este Instituto pauta-se, no desenvolvimento da sua atividade, por um conjunto de valores, entre os quais o da humanização dos cuidados, que é parte do capital cultural da instituição e se assume como um referencial de atuação.

Ora, os PdO apoiam o IPOC no cumprimento dessa missão, proporcionando momentos de alegria e bem-estar, já que a sua intervenção lúdica, contribui para o estado anímico dos doentes e da comunidade hospitalar. Está mesmo a ser desenvolvido um estudo científico no IPOC, com biomarcadores, para se perceber o impacto destas interações nos nossos doentes. Por outro lado, a sua intervenção também contribui para nos amarrar sorrisos tomando, sempre que vêm ao IPO, o dia dos profissionais de saúde um dia diferente.

A sua colaboração vem de diversas formas, nomeadamente através de visitas regulares aos serviços da instituição. Embora estando preconizadas visitas quinzenais, no contexto da pandemia e aquando da primeira vaga, as visitas foram suspensas. No entanto, dada a grande capacidade dos PdO adaptarem a sua atuação a cada utente e cada situação, mesmo neste período, foi criada uma alternativa para chegar aos doentes: o canal d’Opital TV, projeto a que o IPOC foi o primeiro hospital a aderir.

As visitas foram retomadas, em julho, passando a ser semanais, com intervenções nas salas de espera

do ambulatório e no Hospital de Dia. Além destas visitas regulares, no protocolo de cooperação celebrado com o IPOC estão previstas, ainda, outras ações como a participação em festas promovidas para os doentes, nomeadamente a festa de Natal e a participação em seminários, *workshops* e outras atividades, nomeadamente na difusão de algumas campanhas ou mensagens de sensibilização. A ajuda dos PdO vai, por vezes, mesmo para além do espectro desta intervenção lúdica, sendo parceiros do IPOC noutras iniciativas. Destaca-se a este propósito, por exemplo, o concurso organizado pela PDO designado “entre paredes d’opital” que veio permitir transformar o espaço de duas salas de espera da consulta, num ambiente mais acolhedor e promotor do bem-estar, trazendo arte para o hospital. Graças a esta iniciativa promovida pela PdO, os quatro artistas vencedores do concurso valorizaram com intervenções artísticas plásticas duas salas de espera do IPO. Como disse em tempos um pensador “Pela forma como trabalha se avalia o artista” (Jean de La Fontaine). Pois, se tivesse que resumir numa palavra os PDO, destacaria precisamente a sua capacidade de trabalho com enorme profissionalismo. Estes artistas têm formação especializada em meio hospitalar e a sua colaboração é sempre feita em articulação com os profissionais de saúde do IPO. E quanto a mim é esse o verdadeiro segredo do sucesso da sua intervenção. Um enorme bem-haja aos PdO!”

Margarida Ornelas, Presidente do Conselho de Administração do IPOC



HEALTH MANAGEMENT: MANAGING THE PRESENT AND SHAPING THE FUTURE



15-17 SEPTEMBER 2021

OUR ANNUAL CONFERENCE
THROUGH THE LENS OF

Lisbon, Portugal



Register at
www.ehmaconference.org

400+ participants from the full healthcare ecosystem

90+ scientific presentations

15+ workshops, debates and discussions

5 plenary sessions

50+ renowned speakers from:

- World Health Organization
- European Commission
- European Observatory on Health Systems and Policies
- Karolinska University Hospital
- European Society of Intensive Care Medicine
- London School of Economics
- Good Governance Institute

CO-HOSTED BY



Escola Nacional de Saúde Pública
 UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



AUTOREPORT & TRACE COVID-19



Bruno Trigo
Diretor de Sistemas de Informação,
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde



Duarte Sequeira
Diretor do Centro Nacional de TeleSaúde,
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde



Válter R. Fonseca
Diretor do Departamento da Qualidade
na Saúde, Direção-Geral da Saúde

Após as primeiras informações sobre a Emergência de Saúde Pública causada pela Covid-19, o alerta de pressão, sem precedentes, nas infraestruturas da saúde surgiu juntamente com a necessidade de impor medidas de confinamento para controlar a transmissão de um novo vírus. Os primeiros países atingidos pela pandemia verificaram, por um lado, o grande risco de rutura dos sistemas de saúde, mas por outro a elevada prevalência de doença ligeira, sem necessidade de internamento hospitalar. Por isso, era determinante o desenho de um modelo de resposta que permitisse:

- Controlar a epidemia, apoiando o rastreio de contactos, sem rutura do SNS;
- Seguir os doentes ligeiros à distância, em segurança e com qualidade, sem necessidade de deslocações aos serviços de saúde;
- Proteger as instituições de saúde, de modo a assegurar, tanto quanto possível, a continuidade dos cuidados não-Covid-19.

Em março de 2020, face ao aumento de casos de infeção por Sars-CoV-2 em Portugal, a DGS desenhou um modelo de abordagem dos casos suspeitos e confirmados de infeção assente nas premissas referidas, através da Norma N.º 004/2020, definindo o circuito de triagem, vigilância e cuidados para estas pessoas ao longo de todos os níveis do sistema de saúde e, integrando o modelo assistencial com o modelo de gestão desta emergência de saúde pública.

A resposta concertada para o país

A concretização do modelo de resposta carecia de uma solução tecnológica que permitisse sobretudo a vigilância de doentes suspeitos e confirmados de Covid-19 e dos seus contactos, à distância, de forma segura e com qualidade. Em alinhamento com a DGS, a SPMS inicia o desenvolvimento e implementação das soluções Auto-report & Trace COVID-19, um serviço integrado de resposta à Covid-19 que combinam o *expertise* dos SPMS

em TIC e Telessaúde com competência para a definição das condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde e para a vigilância epidemiológica e coordenação dos sistemas de alerta e resposta apropriada a emergências de saúde pública, da DGS.

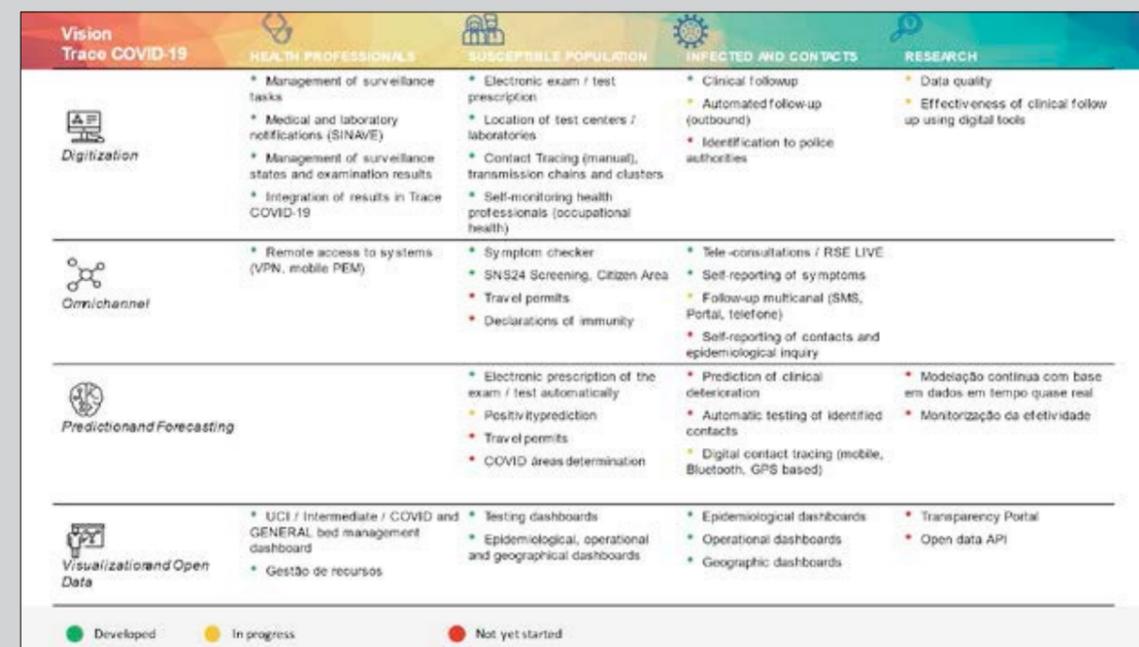
De acordo com a Norma DGS N.º 004/2020 foi desenvolvida uma plataforma informática - Trace COVID-19 - pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e SPMS, EPE, que permite apoiar os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, incluindo as Unidades de Saúde Pública, para realizarem uma vigilância clínica e de saúde pública adequada, incluindo o respetivo rastreio de contactos.

Esta plataforma foi integrada com o sistema de triagem remoto (SNS24) permitindo gerir o circuito completo do utente no sistema de saúde: desde a triagem telefónica até ao seguimento após a alta hospitalar por Covid-19, nos casos de doença moderada ou grave com critérios de internamento, estabelecidos pela Norma 004/2020 da DGS.

A plataforma permite uma verdadeira integração digital dos vários níveis de cuidados do sistema de saúde, já que os doentes com alta hospitalar e necessidade de seguimento clínico podem manter o seu seguimento por profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, através do Trace COVID-19.

Através de um conjunto de regras definidas de acordo com o modelo estabelecido pela Norma 004/2020 da DGS, o sistema gera tarefas de forma automática para garantir o adequado acompanhamento clínico e de saúde pública, incluindo a vigilância do aparecimento e/ou agravamento de sintomas, e a emissão de testes laboratoriais. Esta ferramenta permite obter uma visão consolidada do país e integra um conjunto de funcionalidades, destacando-se como principais:

1. Gestão de tarefas para profissionais de saúde;
2. Gestão de utentes em vigilância, acompanhamento da sua evolução;



Visão Trace COVID-19 (versão EN), desenhada em 2020.

3. Gestão de casos confirmados e seus contactos (*contact-tracing*);
4. Transferência e referenciação entre níveis de cuidados;
5. Vigilância de casos suspeitos, confirmados e contactos;
6. Auto-reporte de sintomas;
7. Auto-reporte de contactos de caso confirmado (ferramenta de apoio aos inquéritos epidemiológicos);
8. Emissão de testes Covid-19;
9. Emissão de Declarações de Isolamento Profilático;
10. Integração de utentes que contactam o SNS24;
11. Integração de dados epidemiológicos de casos;
12. Apuramento de casos recuperados;
13. Comunicação com utentes por SMS e *email*;
14. Geração de códigos para a aplicação Stayaway Covid;
15. Dashboards de indicadores geográficos, epidemiológicos e operacionais para suporte à decisão dos níveis local, regional e nacional.

O Trace COVID-19 é uma plataforma que surgiu para dar apoio na monitorização dos doentes, maioritariamente com doença ligeira, suspeitos ou contactos de casos confirmados de Covid-19, que estão no seu domicílio. Esta plataforma foi desenvolvida num esforço conjunto entre a DGS e a SPMS na primeira quinzena de março de 2020, inspirada no piloto desenvolvido no ACeS Amadora da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, que contribuiu de forma decisiva para as fases iniciais de conceção e disseminação.

Os dados no apoio à decisão

A importância de dados de qualidade para a decisão em

saúde assumiu uma relevância sem precedentes nesta pandemia. A par da vigilância à distância, num modelo de telessaúde, a transformação digital permite a utilização de quantidades significativas de dados, em tempo real, aliados a dimensões inovadoras como a georeferenciação, um contributo útil para a identificação e interrupção de cadeias de transmissão. Deste modo, foram disponibilizados *dashboards* de *epidemic intelligence* aos níveis de decisão nacional, regional e local, com dezenas de indicadores úteis ao acompanhamento da evolução da situação.

Os dados de mais de 8.000.000 de registos colhidos e tratados através da plataforma Trace COVID-19 são utilizados para ações concretas de resposta à pandemia, permitindo a utilização de dados nacionais na geração de evidência para a decisão, como é o caso da atualização dos sintomas definidores de Covid-19 e os critérios de fim do isolamento, que suportaram as atualizações da Norma 004/2020 da DGS ao longo da pandemia.

Envolvimento do cidadão

Cada vez mais o cidadão tem um papel ativo no sistema de saúde, mesmo em situações de isolamento. A plataforma Trace COVID-19 permite capacitar o cidadão na gestão da sua situação, o que contribui para uma resposta mais eficiente à pandemia, sobretudo libertando profissionais de saúde altamente diferenciados para outras atividades clínicas, sem comprometer a segurança ou a qualidade do cidadão.

A funcionalidade de auto-reporte de sintomas, ativada para casos suspeitos, confirmados e contactos de casos con- ▶



fimados, permite apoiar a auto-vigilância destes utentes. O funcionamento é simples, através do preenchimento de um questionário de sintomas, diariamente, cujas instruções são enviadas por *email* e SMS. Ao longo do tempo verificou-se um aumento expressivo do número de auto-reportes (média de 20.000 por dia) e de pessoas a utilizar esta funcionalidade (57.000/semana pico nas semanas de janeiro de 2021). A contribuição de auto-reportes no total de vigilâncias realizadas tem vindo a aumentar, fixando-se agora em cerca de 20%, ou seja, em cada 100 vigilâncias realizadas no TC-19, 20 foram por auto-reporte. Também no início de 2021, atingiu-se a barreira de 1 milhão de auto-reportes submetidos, sendo que mais de 305.000 pessoas já utilizaram a funcionalidade.

O auto-reporte substitui, para utentes com baixo risco, a necessidade de um telefonema e registo, por parte de um profissional de saúde, cuja duração média está estimada em 5 minutos. Quando um auto-reporte submetido revela agravamento de sintomas, existe um sistema de alertas para o médico que entrará em contacto telefónico com o doente para avaliação clínica remota. Deste modo, é aliviada a pressão assistencial dos profissionais de saúde, que podem dirigir a sua atividade para doentes com critérios clínicos de maior gravidade, numa poupança equivalente ao trabalho de 200 profissionais (a trabalhar 8 horas por dia) que, de outra forma, teriam de estar a fazer este contacto telefónico.

Mais recentemente, foi também desenvolvida um formulário, de preenchimento pelas pessoas com Covid-19, para apoio ao inquérito epidemiológico, que visa reforçar a capacidade de rastreio de contactos das unidades de

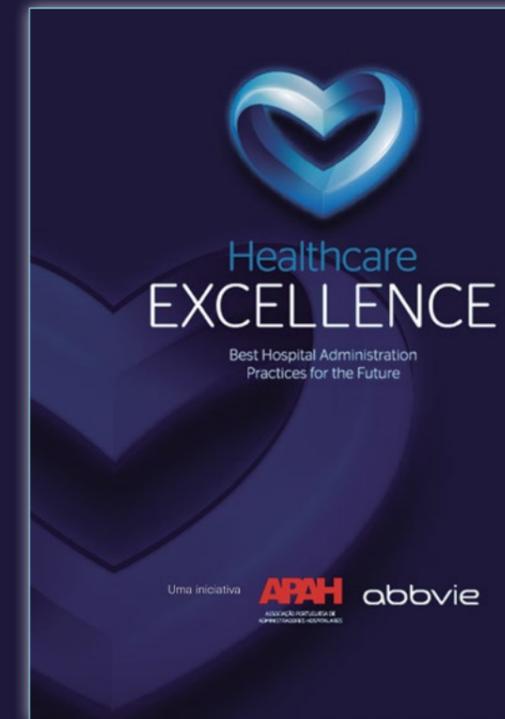
saúde pública. Através deste formulário, os casos positivos colaboram na aceleração do rastreio dos seus contactos próximos. Atualmente, cerca de 20% dos casos positivos preenche este inquérito, facilitando o trabalho das equipas de Saúde Pública.

A importância da gestão da mudança em contexto de instabilidade

A criação de novos processos e a implementação de tecnologia têm sucesso quando há um envolvimento regular e comprometido com as pessoas. A comunicação clara sobre o circuito de cuidados, iniciado pelo SNS24 e o modelo de acompanhamento dos casos suspeitos, casos confirmados e seus contactos foi um elemento-chave nesta resposta inovadora de telessaúde.

Por outro lado, o contributo dedicado e o envolvimento dos profissionais de saúde em mais de uma dezena de *webinars*, que contaram com a presença de mais de 10.000 profissionais de saúde que utilizavam a plataforma Trace COVID-19 foi essencial para construir soluções que respondessem às necessidades concretas que foram sentidas e que determinassem a adoção destas práticas no dia-a-dia, num verdadeiro processo de melhoria contínua da qualidade. Para tal, o estabelecimento de uma visão a médio prazo, desde logo em março de 2020 foi crucial para trilhar o caminho que, um ano depois, continua a ser feito.

Hoje, ainda que ressaltando a necessidade de equipas dedicadas a esta atividade, mais de 90% dos profissionais de saúde que utiliza esta solução tecnológica considera que este sistema teve um impacto positivo ou muito positivo na gestão da pandemia. ●



PRÉMIO HEALTHCARE EXCELLENCE VOLTA A RECONHECER AS MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE

Pelo oitavo ano consecutivo, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) e a biofarmacêutica AbbVie promovem o Prémio Healthcare Excellence.

Depois de uma edição que atingiu um número recorde de candidaturas - 70 no total, a iniciativa volta a reconhecer projetos nacionais, desenvolvidos e implementados no âmbito da garantia do acesso, da qualidade e da integração e gestão de respostas às necessidades dos utentes no atual contexto de pandemia.

Nesta nova edição, foram recebidas 35 candidaturas numa nova demonstração da resiliência e inovação por parte das organizações públicas, sociais e privadas em Portugal. Assim, uma vez mais, a iniciativa espera reconhecer os muitos projetos nascidos no contexto pandémico com o propósito de continuar a garantir o

acesso aos cuidados de saúde de todos os doentes - Covid e não-Covid.

No próximo dia 20 de outubro, Coimbra recebe, no Hotel Vila Galé, a cerimónia final da 8.ª edição do Prémio Healthcare Excellence. Nesta reunião final serão apresentados os projetos finalistas e anunciado o grande vencedor da iniciativa.

Para além da qualidade da apresentação final dos projetos candidatos, a inovação e a replicabilidade em outras instituições de saúde são também critérios de avaliação. A decisão final ficará a cargo do ilustre painel de jurados formado por Delfim Rodrigues, vice-presidente da APAH, Dulce Salzedas, jornalista da SIC, Victor Herdeiro, presidente da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e Carla Nunes, presidente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Reunião Final
20 de outubro 2021
Coimbra Hotel Vila Galé

Júri



Delfim Rodrigues
Vice-Presidente da APAH



Dulce Salzedas
Jornalista da SIC



Victor Herdeiro
Presidente da ACSS



Carla Nunes
Presidente da ENSP

APAH PROMOVE CONFERÊNCIA DEDICADA AO FUTURO DA SAÚDE

Em 2021, num contexto de mudanças e desafios face ao futuro, decorrente da pandemia Covid-19, a APAH realizou, de 25 a 28 de maio, a sua **9.ª Conferência de Valor**, em formato *online*, subordinada ao tema “**Construir o Futuro da Saúde**”.

A 9.ª Conferência de VALOR APAH foi presidida por **José Carlos Lopes Martins**, Sócio de Mérito (sócio n.º 44) e Presidente da APAH (1986-1989) a quem coube a abertura e a apresentação das conclusões que de seguida se transcrevem:

“Chega assim ao fim a 9.ª Conferência de Valor.

Construir o Futuro da Saúde foi o tema que nos propusemos a abordar num contexto de mudanças e desafios face ao futuro. Procurámos trazer até nós a necessária discussão sobre:

- **Modelos de governação**, envolvendo o sector social e comunitário e a participação do cidadão;
- **Modelos de gestão** privilegiando a motivação e o desenvolvimento do capital humano em saúde;
- **Modelos de financiamento** baseado em resultados;
- E a discussão emergente sobre a **Transição Digital na Saúde** e novas soluções inovadoras.

Pensar e discutir o futuro da saúde é preparar o nosso sistema de saúde e fazê-lo evoluir para que seja mais resiliente. Fazê-lo crescer para que vá sempre e cada vez mais ao encontro das expectativas dos nossos doentes. É por eles que diariamente trabalhamos. O sistema como o conhecemos hoje não serve as exigências dos doentes do futuro. Há que planear, extrair lições das nossas experiências e construir agora o futuro.

Nestes quatro dias de conferência tivemos mais de **40 oradores** e mais de **1.000 participantes**. Realizámos cerca de **20 atividades em e-learning** em tempo real versando sobre as mais diferentes áreas: Centros de Responsabilidade Integrada, simulação e predição de resultados, estratificação da carga de morbilidade de base populacional, avaliação de fontes de informação, comunicação de crise, motivação e gestão da mudança, diplomacia de vacinas, Investigação e Financiamento, entre tantos outros temas apresentados de forma magistral pelos nossos oradores convidados.



Nas **APAH talks** tivemos momentos verdadeiramente inspiradores:

Paulo Portas falou-nos da agenda para o futuro e de como a Pandemia constitui um desafio para os decisores, uns com melhor performance do que outros. Na sua verdadeiramente inspiradora intervenção, fomos alertados para os desafios que nos espera em termos de organização e prestação de cuidados aos doentes no futuro, pois os dados demográficos do Relatório da Comissão Europeia assim o apontam. As consequências para a Saúde pública devido ao envelhecimento são previsíveis e há que agir e liderar sob o princípio das *lessons learned*. A indispensável articulação entre o sector social e da saúde, o seu enquadramento legal, têm de começar a ser preparados. Ficou o alerta, e também o agradecimento aos Administradores Hospitalares no combate à pandemia, enaltecendo o papel da ferramenta ADAPT, desenvolvida pela APAH.

As Eurodeputadas **Maria Manuela Leitão Marques** e **Lídia Pereira**, apresentaram a sua visão sobre o recuperação e resiliência dos países da Zona Euro, em particular do contexto português, focando a importância de nos prepararmos para a transição digital e para a existência de apoios europeus para essa tão importante transformação.

À semelhança de edições anteriores, apresentámos o **Barómetro dos Internamentos Sociais** e debatemos “Como construir um novo ecossistema de governação saúde & social”. Continuamos a ter um elevado número de internamentos sociais, mais de 850 no dia 17 de março, o que significa um impacto de mais de 100 milhões para o SNS. Os motivos já todos os conhecemos: são principalmente a incapacidade de resposta da Rede Nacional Cuidados Continuados e Integrados e da rede de ERPIS Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. Estes resultados trazem mais uma vez o reforço da necessidade urgente da articulação entre a saúde e o sector social.

Apresentámos os projetos vencedores da **Bolsa “Desenvolvimento do Capital Humano em Saúde”**, contribuindo assim para o surgimento de novas lideranças na Saúde em Portugal. Formar e acompanhar os nossos



talentos continua a ser uma prioridade para a APAH. A já conhecida iniciativa APAH, **3F Financiamento, Fórmula para o Futuro** trouxe-nos os resultados preliminares do Projeto FAROL, no IPO do Porto, para o desenho de um novo modelo de financiamento para o cancro do pulmão, com vista à valorização dos resultados em saúde, mostrando que é possível financiar o valor e não o volume.

O **Prémio Saúde Sustentável** celebra este ano a sua 10ª edição e já premiou mais de 70 instituições prestadoras de cuidados de saúde. Nesta conferência revisitámos alguns dos projetos vencedores de edições anteriores para perceber em que medida os mesmos se continuaram a desenvolver e consolidaram no terreno. A principal questão suscitada ao longo da sessão foi precisamente de que forma poderemos contornar as ainda existentes barreiras na escalabilidade das boas-práticas, que muitas vezes não passam de projetos-piloto restritos à dimensão da instituição de saúde que as promove/desenvolve. Mais um desafio para o futuro.

Percebemos ainda quais os caminhos para a **transição digital na saúde** e qual o roteiro para a construção da mudança. Concluímos que o previsto no **plano de recuperação e resiliência** deve ser apenas um ponto de partida para que os hospitais se preparem para a transformação digital. Para que essa transformação seja possível, será fundamental que invistam mais recursos nesta ▶





dimensão, particularmente tendo em conta o impacto que poderá ter na melhoria da prestação de cuidados. Tivemos ainda a oportunidade de assistir à demonstração, por parte da Microsoft, de uma série de **soluções tecnológicas** que já estão à nossa disposição, com evidência clara do seu impacto na prestação de cuidados. Nesta conferência também atribuímos, juntamente com a ENSP, a IQVIA e a IASIST, o **Prémio Coriolano Ferreira 2021** para a melhor tese em Administração Hospitalar à aluna **Rita Salgado**: “Caracterização das Admissões à Urgência nos 30 dias após a alta do internamento no Centro Hospitalar Universitário do Algarve”. Demos continuidade às nossas publicações lançando juntamente com PAfIC, ENSP e a Almedina o livro “**Handbook de integração de cuidados**”, coordenado pelo **Rui Santana**, dando merecido destaque à integração de cuidados e à forma como esta dimensão pode ser usada como elemento transformador da forma como prestamos cuidados de saúde. Como enunciado no prefácio escrito pela **Adelaide Belo**, “a integração de cuidados é necessária quando a fragmentação da prestação é de tal modo desajustada às necessidades das pessoas que se toma subótima ou mesmo adversa, com impacto nas experiências dos utentes e nos resultados em saúde”. Sentidamente **homenageámos** um dos melhores de nós, o **Professor Vasco Reis**, figura maior da Saúde Pública e da Administração Hospitalar, que não era “pessimista em relação ao futuro dos sistemas de saúde”.

Foi possível juntar os Ex-Presidentes e outras figuras maiores da associação para **celebrar os 40 anos da Associação**, atribuindo-lhes uma medalha comemorativa como sinal da nossa gratidão pelo seu contributo para o crescimento da nossa Associação. O facto de estarmos aqui hoje, em muito se deve ao seu empenho e dedicação. Foram e continuam a ser uma das nossas inspirações para construir o futuro. Pelo seu contexto, pela vastidão e qualidade do seu programa, foi difícil organizar esta conferência. Uma palavra de **agradecimento para as dezenas de parceiros** que fizeram este caminho connosco, que apostaram na APAH como um veículo de disseminação de boas práticas, aos que dedicaram tempo para, com a APAH, partilharem o seu conhecimento, mas também para a equipa da APAH que, uma vez mais, com elevado brio, profissionalismo e dedicação, levou este barco a bom porto: Miguel Costa Lopes, Alexandra dos Santos e Sofia Marques, muito obrigado por tudo o que fizeram. Foram quatro dias de aprendizagem, de partilha, de inspiração para que todos tenhamos a audácia de não desistir desta bondosa utopia que foi (e continua a ser) o Serviço Nacional de Saúde. Como escreveu o Prof. Vasco Reis “Não é fácil, ao fim de estes anos todos, dizer que chegámos aqui. E chegámos. Agora, vamos lá ver. Vamos continuar? Vamos.” Muito obrigado. E até breve! ●

9ª CONFERÊNCIA DE VALOR APAH

25 a 28 de maio de 2021
CONSTRUIR O FUTURO DA SAÚDE

Chairman Lopes Martins

4 DIAS

40 ORADORES

1000 INSCRITOS

3 APAH Talks & Inspiring

19 WORKSHOPS

50 PARCEIROS

15 EXPOSITORES

38 HORAS FORMATIVAS

2 PRÉMIOS

6 Pitches Healthcare Solutions

10 PLENÁRIAS

“Integração de cuidados”
Lançamento (do livro)

PATROCINADO POR

APOIO INSTITUCIONAL

www.apah.pt

INCENTIVAR O DESENVOLVIMENTO DO CAPITAL HUMANO NA SAÚDE



Alberto Silva



Diogo Silva



Isabel Azevedo

Fundadores da Nobox

Em novembro de 2020, a APAH, com o apoio da Gilead e com a consultoria técnica da Nobox, anunciou a abertura da Bolsa Capital Humano em Saúde, um projeto que pretende reconhecer e potenciar o capital humano do SNS, dotando os seus profissionais das competências necessárias para liderarem e implementarem projetos que promovam uma mudança positiva nas suas realidades.

Apesar desta ser já uma necessidade bem identificada e sentida por quem trabalha nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, a pandemia não só reforçou esta carência como também fez emergir profissionais que em

plena crise se revelaram verdadeiros líderes. Esta bolsa foi pensada e desenhada para desenvolver competências nos profissionais de saúde para que possam contribuir **proactivamente nos processos de transformação em curso nas suas instituições de saúde.**

Projetos vencedores

De um total de 16 candidaturas foram selecionados 2 projetos vencedores: “**Centro de (Des)Envolvimento Humano para a Saúde**”, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), e “**O impacto da comunicação na motivação e na satisfação como fator crítico de sucesso no desempenho dos profissionais**”, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULS Matosinhos). O projeto do CHUA pretende promover um maior alinhamento entre a visão e missão do CHUA com a atividade e necessidades dos seus profissionais e chefias intermédias. Para isso, desenvolverem três grandes iniciativas: Espaço Potencial Humano, Espaço Pausa Consciente, Espaço Somos Um. Dentro de cada uma destas iniciativas, vão ser desenvolvidas diferentes atividades totalmente dedicadas aos profissionais, tais como um Programa de Desenvolvimento para Chefias Intermédias e um Programa de Desenvolvimento de Conflitos Saudáveis.

O projeto da ULS Matosinhos tem como principal objetivo promover uma maior conciliação entre a vida pessoal e profissional dos seus colaboradores, através da disponibilização múltiplas ferramentas que facilitarão este processo e que estarão à disposição das equipas e das suas chefias.

Mobilizar e envolver profissionais

Numa fase inicial, as equipas de projeto, com o apoio da Nobox, organizaram um conjunto de atividades que permitiram uma auscultação estruturada e representativa

dos profissionais abrangidos pelos projetos, que culminou num levantamento de necessidades, problemas e ideias. Subsequentemente, os projetos foram enriquecidos com estes resultados, em particular adaptando a comunicação e a estratégia de implementação a áreas piloto. Este processo foi importante, pois aproximou os objetivos dos projetos aos interesses e particularidades dos serviços que serão alvo das mudanças requeridas pelos projetos. Esta dinâmica promoveu uma maior identificação e envolvimento dos profissionais dos diversos serviços com o projeto, determinantes aumentar o compromisso com a implementação.

Formar líderes para a mudança

Após a fase de mobilização, iniciou-se a formação às equipas de projeto e elementos dos serviços onde os projetos estão a ser implementados, com os objetivos de alinhar conceitos, desenvolver competências de liderança de equipas e disponibilizar ferramentas de apoio à implementação dos projetos. Nesta etapa da formação, os participantes conheceram novas estratégias de liderança, adaptadas a diferentes contextos e situações, descobriram metodologias de organização das equipas e desenvolveram competências de desenvolvimento de confiança e conflitos saudáveis no seio das suas equipas. Para além da passagem de conhecimento, estas formações têm sido também muito estimulantes pela aprendizagem cruzada e interprofissional que ocorre, pois são uma das raras oportunidades que elementos da administração, corpo clínico e corpo não clínico têm para discutir e partilhar ideias e impressões sobre estes temas, num ambiente confortável e totalmente contextualizado nos problemas do seu dia-a-dia.

Balanco global e próximas metas

Globalmente, as equipas de projeto têm transmitido uma grande satisfação com a Bolsa, pois tem permitido não só uma potenciação dos ganhos e resultados dos projetos, como também um crescimento e desenvolvimento importante das equipas.

Até ao final de setembro, as equipas de projeto apresentarão os resultados preliminares do seu trabalho, e não podíamos estar mais entusiasmados com isso. ●



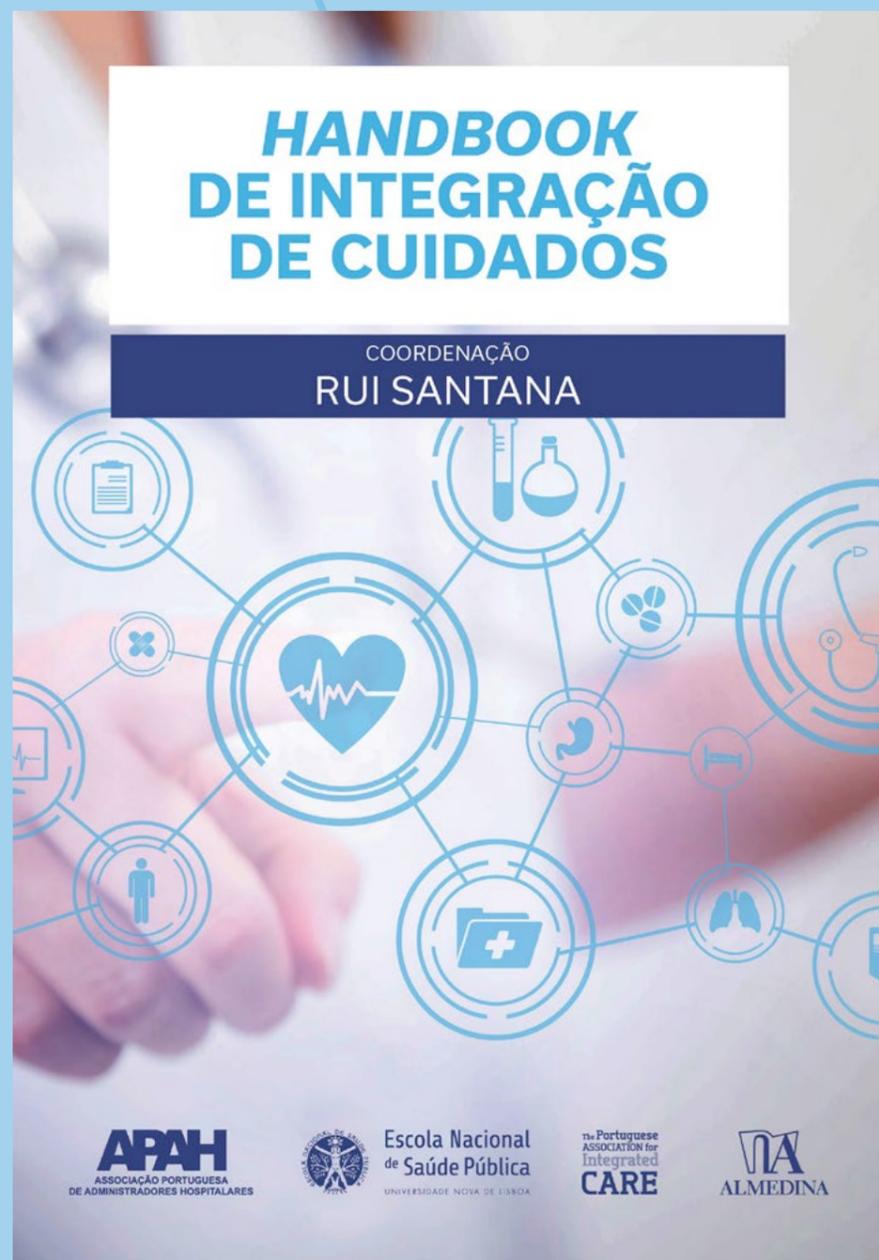
ferrovial
serviços

Soluções de A a Z para infraestruturas e cidades

Há mais de 30 anos em Portugal, a Ferrovial Serviços é uma empresa que cumpre com os standards mais exigentes de qualidade. A ampla variedade de serviços inclui as áreas de Urbanos, Industriais, Gestão e Tratamento de Resíduos, e Infraestruturas. Esteja onde estiver, o nosso compromisso consigo é total.

www.ferrovialservicos.pt

JÁ DISPONÍVEL



IBERDATA
HOSPITALAR

**Manutenção Hospitalar
Integral**

**O seu hospital sempre pronto
todos os dias - todo o ano**

Investigação e Formação | Tecnologias da Informação | Consultoria e Assessoria

Desenvolvemos e transformamos continuamente serviços de gestão e manutenção de equipamento médico, evoluindo com confiança para o hospital do futuro, assentes na solidez da nossa experiência

A Iberdata parabeniza a APAH pelos 28 anos da sua revista Gestão Hospitalar!

uma empresa

GEE
GRUPO EMPRESARIAL ELECTROMÉDICO

www.iberdata.pt

ALMEDINA

ALMADA · BRAGA · COIMBRA · LISBOA · PORTO · V.N. GAIA

almedina.net

Cuidados de Saúde Especializados

- | Genéricos Injetáveis
- | Biossimilares
- | Nutrição Clínica [Parentérica . Entérica]
- | Tecnologias [Perfusão . Transfusão]



Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda.
Zona Industrial do Lagedo
3465-157 Santiago de Besteiros, Portugal
NIF: 504293753
Telefone: +351 214 241 280 | Fax: +351 214 241 290
fkportugal@fresenius-kabi.com
www.fresenius-kabi.pt



**FRESENIUS
KABI**

caring for life