

ABRIL MAIO JUNHO 2022

Edição Trimestral

Nº 29

GESTÃO HOSPITALAR

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

APAH ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

VACINAÇÃO
MODELO DE
GOVERNAÇÃO
DA INFORMAÇÃO

UNIDADES DE SAÚDE
CERTIFICAÇÃO
E ACREDITAÇÃO
DA QUALIDADE

RECURSOS HUMANOS
AMBIENTES DE
TRABALHO SAUDÁVEIS

Xavier Barreto, Presidente da APAH

UMA APAH FORTE E INTERVENTIVA



DELABIE

**HIGIENE
CONFORTO
SEGURANÇA**

Torneiras para Estabelecimentos de Saúde

Torneiras para profissionais de saúde
Torneiras para quartos de internamento
Equipamentos sanitários em Inox

Acessibilidade e autonomia

Barras de apoio e rebatíveis
Bancos de duche
Acessórios de higiene para locais públicos

DELABIE, especialista em **torneiras e equipamentos sanitários para estabelecimentos de saúde**, oferece soluções únicas que dão resposta às problemáticas específicas de Higiene, Conforto e Segurança anti-queimaduras.

Mais informações em delabie.pt

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

Xavier Barreto

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Bruno Moita, Miguel Lopes, Sandra Olim

COORDENAÇÃO TÉCNICA

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

2.200 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

GH SUMÁRIO

ABRIL MAIO JUNHO 2022

- 4 **Editorial**
Um compromisso para o futuro
- 6 **História da Saúde**
O Hospital de Dona Estefânia e o seu carácter inovador em Portugal
- 8 **Iniciativa APAH | Eleições**
Eleição e tomada de posse dos órgãos sociais APAH para o triénio 2022-2025
- 10 **Associados**
Sócios de honra e mérito
- 12 **História APAH**
Quarta década da APAH: visão, integração, reconhecimento e concretização
- 16 **Entrevista**
Xavier Barreto, Presidente da APAH
- 22 **Voz do Cidadão**
Pela melhoria da qualidade de vida dos doentes
- 24 **Relações Laborais**
Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis
- 28 **PRR Diabetes**
Reconstruir a resposta à diabetes em Portugal
- 32 **Certificação**
Modelo de certificação de unidades de saúde do Ministério da Saúde
- 35 **Espaço ENSP**
PaRIS: estudo internacional de experiências de utentes nos serviços de saúde
- 36 **Gestão**
Unidades Locais de Saúde: ganhos económicos e ganhos em saúde
- 42 **Opinião**
Modelo de governação da informação no processo de vacinação
- 46 **Iniciativa APAH | Prémio Healthcare Excellence: Menção Honrosa**
Cirurgia de ambulatório e hospitalização domiciliária em doentes em idade geriátrica com cancro da mama
- 50 **Direito Biomédico**
Alguns desafios da medicina personalizada de precisão para a administração hospitalar
- 54 **Auditoria Interna**
Sistemas de informação e segurança e RGPD no setor da saúde
- 58 **Proteção de dados**
Proteção de dados na Administração Pública: caso prático do INEM
- 60 **Iniciativa APAH | Prémio Coriolano Ferreira**
Gestão das organizações de saúde é um desafio constante
- 62 **Iniciativa APAH | Liderança**
Podemos ter Liderança sem *Lean*, mas poderemos ter *Lean* sem Liderança?



Xavier Barreto
Presidente da APAH

UM COMPROMISSO PARA O FUTURO

A posse de uma nova Direção constitui sempre um momento de renovação, de expectativa e de esperança na vida de uma Associação. A nossa primeira palavra é, por isso, de agradecimento aos colegas que acreditaram e confiaram no nosso projeto. Quero dizer-vos que, ao longo dos próximos três anos, tudo faremos para estar à altura do mandato que nos entregaram. Ao nível pessoal, não posso também deixar de endereçar os meus agradecimentos à Direção cessante, bem como aos restantes órgãos sociais. O Alexandre Lourenço e restantes elementos dos órgãos sociais, elevaram o nome e o prestígio da **APAH**. Foi um privilégio ter trabalhado com eles ao longo dos últimos três anos. Agradeço ainda aos colaboradores da **APAH**, Miguel Lopes, Sofia Marques e Alexandra Santos. O seu empenho e dedicação foram uma inspiração constante para a estrutura da **APAH**.

Aceitei este desafio por ter a plena convicção de que não estarei sozinho. Conto com uma equipa excecional, que aceitou dividir comigo esta jornada. Conto também com os restantes órgãos sociais agora eleitos, que serão nossos parceiros nesta caminhada. Contaremos também seguramente com o apoio de todos os que se revêm numa Associação forte, interventiva e comprometida com os interesses dos Associados.

A **APAH** tem um legado a defender. Eduardo Sá Ferreira, Santos Cardoso, Lopes Martins, Jorge Varanda, Manuel Delgado, Pedro Lopes, Marta Temido e Alexandre Lourenço, e respetivas equipas, construíram uma identidade. Uma mensagem sólida e consistente, que é hoje reconhecida por todos. Uma mensagem agregadora dos sectores mais dinâmicos da área da saúde em Portugal e que nos interpela a trabalharmos em conjunto,

sem medos e sem preconceitos, para entregarmos o melhor resultado possível aos nossos doentes.

Ser portador desta mensagem, ser representante dos nossos colegas é, para mim, uma enorme honra.

É também uma enorme responsabilidade. Iniciamos agora um novo mandato, pleno de desafios para esta nova direção. O nosso compromisso foi expresso durante a campanha eleitoral. As propostas que fizemos não serão letra morta. Serão o guião pelo qual guiaremos a nossa ação.

Tendo a revisão da carreira como ponto central dos nossos esforços, mas sem descurar o investimento em formação e capacitação dos nossos colegas, procuraremos reforçar a proximidade entre associados, criando novos espaços para a partilha de boas práticas e soluções. Procuraremos dar mais visibilidade ao trabalho do Administrador Hospitalar, no sentido de aumentar a sua importância e reconhecimento social. Procuraremos ainda reforçar as parcerias com outras organizações profissionais, mas também com as associações de doentes com quem temos realizado um trabalho muito gratificante e que, em breve, estaremos em condições de apresentar a todos.

De todos os desafios, nenhum será maior do que o da revisão da carreira. Não é aceitável, à luz da moderna administração pública, que os Administradores Hospitalares continuem privados de uma carreira digna. Será este o foco principal da nossa ação e ao qual todos os restantes necessariamente se subordinarão, ainda que sem prejuízo dos valores que sempre defendemos.

Seremos fortes na defesa da nossa profissão na certeza, porém, de que a magnitude dessa força será sempre potenciada pelo Vosso apoio e colaboração.

Bem hajam e obrigado. ●



Crescemos para si. Crescemos consigo.

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

Generis, o laboratório cujas soluções terapêuticas mais doentes tratam 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 medicamentos em Portugal.

*Fonte: HmR/IQVIA.


Generis[®]
Grupo Aurobindo

Generis Farmacêutica, S.A. - Rua João de Deus, 19, 2700-487 Amadora www.generis.pt

○ HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA E O SEU CARÁCTER INOVADOR EM PORTUGAL



Jorge Varanda
Presidente da APAH (1988-1992), Sócio de Mérito da APAH

O Hospital de Dona Estefânia inaugurou em Portugal o modelo de hospital pavilhonar, cujos exemplares representativos posteriores incluem os Pavilhões do Parque (Hospital Real D. Carlos I) e o Hospital de Santo Isidoro nas Caldas da Rainha e já no final do ciclo, os Hospitais da Tocha e o de Júlio de Matos. Cerca de cento e sessenta anos depois de ter sido inaugurado pelo Rei D. Luís acaba, entretanto, de ser anunciada a construção do Hospital Oriental de Lisboa, o qual vai pôr fim à dispersão hospitalar originada pela destruição do Hospital de Todos os Santos quando do terramoto de Lisboa de 1755. Com esse futuro hospital prevê-se o desaparecimento do Hospital de Dona Estefânia, como unidade fisicamente separada do que em tempos se designou de Hospitais Cívicos de Lisboa ou de S. José e anexos.

Na origem da evolução que conduziu aos hospitais pavilhonares está a construção no Reino Unido do Royal Naval Hospital, de Stonehouse, entre 1758 e 1765, possuindo enfermarias separadas com a finalidade de maximizar a ventilação e minimizar a infecção, antecipando o conceito de hospital pavilhonar. Cerca de trinta anos depois, em 1788, o médico francês Jacques-René Tenon publicou a "Mémoire sur les Hôpitaux de Paris", referente à situação dos hospitais em Paris, com atenção às suas condições de higiene, cuidados prestados aos doentes e condições ambientais. Esta obra foi um marco que influenciou a concepção de novos hospitais no contexto francês.

Foi o filósofo Michel Foucault, na sua obra "Microfísica do Poder", quem designou de "máquina de curar" esse novo arquétipo que vinha contrariar e substituir os locais de morte que os hospitais foram durante séculos. Os hospi-

tais pavilhonares foram uma resposta às condições físicas e organizacionais que transformavam os hospitais em lugares de risco elevado de morte, em vez de recuperação da saúde. O desconhecimento dos agentes infecciosos atrasou a compreensão dos problemas e a descoberta de soluções apropriadas para os mesmos.

Foi lenta a evolução, conjugando teorias com descobertas que se foram sucedendo no campo da Medicina. Nesse caminho, confrontaram-se duas teorias, a dos miasmas e a dos germes, como origem das infecções que tantas mortes causavam. Ao longo do século XIX houve confronto entre essas duas correntes explicativas, num contexto de situações epidémicas que atingiram as comunidades. Para o esclarecimento definitivo do problema muito contribuíram as descobertas de Koch e a publicação dos seus Postulados em 1890.

Curiosa é a relação da enfermeira Florence Nightingale com a teoria dos miasmas, ela que fora de uma eficácia reconhecida na criação de condições higiénicas para o tratamento de militares feridos na Guerra da Crimeia, ocorrida entre 1853 e 1856.

Um pouco antes da criação do Hospital de Dona Estefânia, Portugal é flagelado por duas epidemias, uma de cólera, que grassa de 1853 a 1856, e outra de febre amarela, principalmente em 1856/1857. Durante esses anos o monarca, em vez de se refugiar num palácio, percorria os hospitais e demorava-se à cabeceira dos doentes, o que lhe trouxe muita popularidade. Essa prática acabou por dar origem às doenças que levaram à morte quer da Rainha, quer do Rei, ela de difteria, que poderá ter sido contraída numa inauguração de caminhos de ferro no Alentejo, e ele de febre tifoide.

Regressemos, porém, aos factos que deram origem ao Hospital de Dona Estefânia. Não será necessário empreender uma fuga a esses factos para dizer que o Hospital de Dona Estefânia resultou do amor que uniu a Rainha que deu o nome ao Hospital e o Rei D. Pedro V. Tudo foi fugaz para eles nessa curta época em que os dois estiveram à frente de Portugal: o Rei esteve em funções seis anos desde a sua maioridade, o casamento real ocorreu na Igreja de São Domingos em 1858 e acabaram por falecer, um e três anos depois, ela em 17 de Julho



de 1859 e ele em 11 de Novembro de 1861, sem filhos. Sucedeu a D. Pedro V seu irmão, o rei D. Luís, a quem competiu a inauguração do Hospital de Dona Estefânia. Há uma visita ao Hospital de São José, em que os Reis ficaram chocados com o internamento de crianças numa enfermaria de adultos, sendo a sua primeira reacção a criação de uma enfermaria só para crianças, para a qual a Rainha ofereceu o dote que lhe havia sido oferecido pelo povo de Lisboa. Seguiu-se o passo seguinte, a criação de um hospital pediátrico. Numa decisão, como na outra, há, desde logo, uma inovação que é a da autonomização da Pediatria, como especialidade própria. A construção de um hospital pediátrico em Lisboa era uma ideia moderna e enquadrava-se no movimento da construção de hospitais pediátricos nos países mais avançados e em geral nas respectivas capitais. Paris, Londres, Berlim, Filadélfia, Viena, Boston, S. Petersburgo foram cidades que tiveram hospitais pediátricos, entre 1802 e 1869.

Para a construção do Hospital de Dona Estefânia, os Reis não estiveram sozinhos, tendo organizado para o efeito uma Comissão presidida por D. Pedro V, constituída por Bernardino António Gomes, médico da Real Câmara, lente da Escola Médico-Cirúrgica e presidente da Sociedade de Ciências Médicas, pelos médicos Barral, Kessler, Simas, pelo Conde da Ponte, par do reino e vedor da casa real portuguesa e por Filipe Folque, cientista e Director-geral dos Trabalhos Geodésicos.

Por meio de contactos com outras famílias reais da Europa, D. Pedro V obteve projetos e plantas hospitalares de técnicos competentes de Londres, Berlim e Paris. O projeto escolhido foi o de Albert Jenkins Humbert (1822-1877), que era o arquiteto predileto do príncipe Alber-

to de Saxe-Coburgo-Gota, marido da rainha Vitória do Reino Unido. A construção do Hospital custou mais de 250 milhões de réis, dos quais 20 milhões foram doados pelo pai de Dona Estefânia, o príncipe Carlos António de Hohenzollern-Sigmaringen. O terreno escolhido pertencia à Casa Real portuguesa, a Quinta da Bemposta.

O edifício original do hospital tinha o formato de uma cruz, com quatro porções principais, e havia dois andares de enfermarias. Cada enfermaria tinha 45 metros de extensão, podendo abrigar cerca de 32 camas. O hospital detinha ainda um sistema de ventilação, essencial para manter a higiene do ambiente. As casas de banho possuíam banheiras em mármore, canalização da água e luz que funcionava a gás de resíduos de petróleo.

Na sua totalidade, o hospital foi construído em cima de abóbodas, para minimizar a humidade e eliminar possíveis infecções a partir do solo. A famosa Florence Nightingale chegou a elogiar as enfermarias do então Hospital da Bemposta, que seriam, como dizia, as melhores da Europa. O projecto desenhado por Albert Jenkins Humbert, arquitecto da casa real inglesa, começou a ser construído em 1860, na parte norte da quinta do Paço Real da Bemposta chamada Quinta Velha. Só mais tarde, em 1877, no dia do 18.º aniversário da morte de Dona Estefânia será inaugurado pelo Rei D. Luís e a Rainha D. Maria Pia, constituindo uma rara construção hospitalar da cidade de Lisboa, planeada especificamente para o efeito.

É esta a história simples e comovente do Hospital de Dona Estefânia, conquistado para Lisboa pelo espírito aberto, moderno e sensível aos problemas sociais de um jovem casal real a quem as condições de saúde da época proporcionaram um tempo muito limitado de vida. ●

ELEIÇÃO E TOMADA DE POSSE DOS ÓRGÃOS SOCIAIS APAH PARA O TRIÉNIO 2022-2025

Teve lugar no passado dia 29 de junho de 2022, no Auditório Coriolano Ferreira, na Escola Nacional de Saúde Pública, a cerimónia de Posse dos novos Órgãos Sociais da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) para o triénio 2022-2025.

A cerimónia decorrente do ato eleitoral realizado a 31 de maio de 2022 que elegeu como vencedora a Lista encabeçada por Xavier Barreto, com 64,3%, face à Lista alternativa, encabeçada por Diana Breda, com 35,5%, assume-se como uma lista de continuidade face ao trabalho desenvolvido nos últimos anos.

Assumindo o compromisso da revisão da carreira de Administração Hospitalar como fundamental e prioritário para a qualificação da gestão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a nova direção da APAH pretende ainda implementar um programa de formação e capacitação dos seus associados, reforçar a proximidade entre associados, criando novos espaços para a partilha de boas práticas e soluções, e dar mais visibilidade ao trabalho do Administrador Hospitalar, no sentido de aumentar a sua importância e reconhecimento social. Saúde digital, ciência de dados e inteligência artificial, contratação pública, gestão de projetos, gestão de investigação e inovação, gestão da qualidade, criação de valor em saúde e desenho e melhoria de processos, são algumas das áreas sobre as quais incidirá este programa de formação e capacitação, que será destinado a todos os associados da APAH.

Na ocasião, o novo presidente da APAH, Xavier Barreto, dirigiu-se a todos os associados e individualidades presentes reforçando que “de todos os desafios, nenhum será maior do que o da revisão da carreira. Não é aceitável, à luz da moderna administração pública, que os Administradores Hospitalares continuem privados de uma carreira digna. Não é aceitável que dedicados servidores da causa pública continuem a ser privados das progressões na carreira que lhes são justamente devidas. Não existe qualquer razão para que a nossa carreira não seja revista, à semelhança do que ocorreu

NOVOS ÓRGÃOS SOCIAIS

Mesa da Assembleia Geral

Presidente: Alexandre José Lourenço Carvalho

Secretário: Manuela Fernanda Mota Pinto

Secretário: Diogo Luís Casa Nova da Saudade Vieira

Secretário Suplente: Teresa do Carmo Sousa

Magalhães Barbosa

Direção

Presidente: Agostinho Xavier Dourado Barreto

Vice-Presidente: Catarina Duarte Galhardo Baptista

Secretária: Raquel dos Santos Almeida Chantre

Tesoureiro: Catarina Isabel Garcia Paulino

Vogal: Bruno Domingues Moita

Vogal: Joana Oliveira Martins Xavier da Cunha Campos

Vogal: Sandra Luísa Pita de Olim

Vogal Suplente: Daniel Alexandre Galiano Galvöeira

Vogal Suplente: Leandro Frederico Fonseca

Antunes Luís

Conselho Fiscal e de Disciplina

Presidente: Delfim Pereira Neto Rodrigues

Vogal: Licínio Oliveira de Carvalho

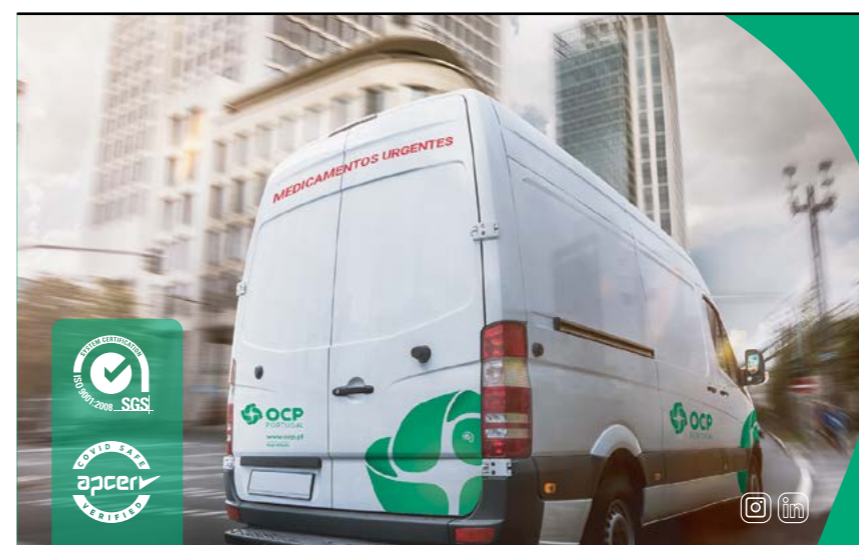
Vogal: Paulo Jorge Espiga Alexandre

Vogal Suplente: Eduardo de Brito Alçada Castela

com todas as restantes carreiras da saúde. Temos, por isso, uma grande expectativa no processo de revisão da carreira que agora está em curso. Ter Administradores Hospitalares a gerir serviços de saúde é a garantia que necessitamos de ter, quer para garantir serviços de saúde mais eficientes, como para ir adaptando e inovando o nosso modelo de prestação de cuidados. A carreira não pode por isso ser entendida como uma questão corporativa, mas antes como uma necessidade imperativa do SNS, para que funcione melhor e com maiores níveis de eficiência.” ●



↑ Cerimónia de Posse dos novos Órgãos Sociais da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH)



Distribuidor Farmacêutico de Serviço Completo.

O Parceiro na Saúde.

www.ocp.pt



Daniel G., Espanha

ABORDAR AS NECESSIDADES DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA EM TODO O MUNDO

A doença renal crónica (DRC) é relativamente frequente no adulto, com prevalência até 13%,¹ que aumenta conforme a população envelhece. A Vifor Pharma está empenhada em levar a inovação a doentes renais de todo o mundo, disponibilizando a mais ampla variedade de produtos e soluções nas inúmeras patologias relacionadas com o declínio da função renal.

Para saber mais, consulte viforpharma.com

¹Hill NR et al PLOS ONE, DOI:10.1371/journal.pone.0158765

SÓCIOS DE HONRA



António Correia de Campos



Augusto Mantas¹



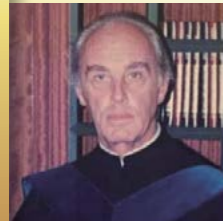
Coriolano Ferreira²



Don C. Holloway Jr.



Eduardo Caetano³



José Caldeira da Silva

¹ 1926-1997
² 1916-1996
³ 1922-2010

SÓCIOS DE HONRA E MÉRITO DA APAH



SÓCIOS DE MÉRITO



Ana Escoval



António Menezes Duarte



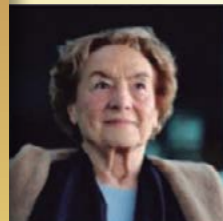
Artur Morais Vaz



Delfim Cardoso



Eduardo Sá Ferreira¹



Fernanda Dias



Francisco Ventura Ramos



João Santos Cardoso²



João Urbano³



Jorge Simões



Jorge Varanda⁴



José Carlos Lopes Martins⁵



José Meneses Correia



José Nogueira da Rocha



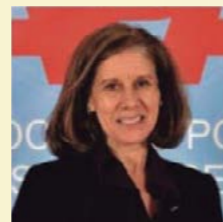
Júlio Pereira dos Reis



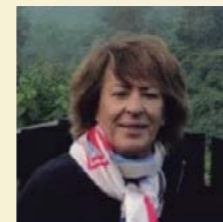
Manuel Delgado⁶



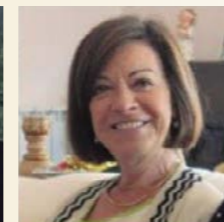
Margarida Bentes⁷



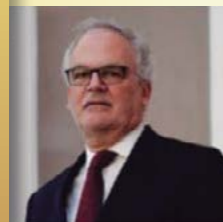
Maria de Fátima Nogueira⁸



Maria Helena Reis Marques



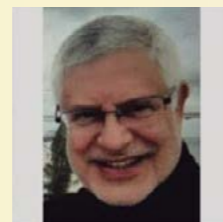
Paula de Sousa



Pedro Lopes⁹



Raúl Moreno Rodrigues



Rui Moutinho



Vasco Reis¹⁰

¹ 1937-2020
Presidente da APAH (1981-1984)
² 1933-2018
Presidente da APAH (1984-1986)
³ 1940-2016
⁴ Presidente da APAH (1988-1992)
⁵ Presidente da APAH (1986-1988)
⁶ Presidente da APAH (1992-2008)
⁷ 1956-2009
⁸ 1959-2016
⁹ Presidente da APAH (2008-2013)
¹⁰ 1942-2021

QUARTA DÉCADA DA APAH: VISÃO, INTEGRAÇÃO, RECONHECIMENTO E CONCRETIZAÇÃO



Carla Pedro
Jornalista

Na sua quarta década de existência, entre outubro de 2011 e outubro de 2021, a **APAH** ferveceu com novas ideias, *inputs*, desafios e superações, num caminho de cada vez maior reconhecimento e visibilidade dos seus profissionais.

Presidida ao longo desses dez anos por Pedro Lopes (2008/2013), Marta Temido (2013/2016) e Alexandre Lourenço (2016/maio de 2022), as questões da carreira e da revisão dos estatutos da **APAH** mantiveram a **Associação** focada na procura de uma união trazida pelo debate. Pelo meio, uma nova Lei de Bases e a realização de importantes eventos levaram a que os anos de 2011 a 2021 catapultassem a **Associação** para patamares ainda mais desafiantes e enriquecedores.

“A **Associação** ultrapassou de uma forma muito consistente e muito forte a sua limitação no seio de uma classe profissional e saiu desse círculo corporativo para passar a ser um ator fundamental no campo da saúde”, considera José Carlos Lopes Martins.

Também Jorge Varanda aponta essa integração. “A **APAH** está integrada no sistema”, diz. “Hoje, toda a gente acha natural que haja administradores nos hospitais, coisa que não era assim no começo”.

Reconhecimento é, mesmo, uma palavra de ordem quando se fala deste percurso de 40 anos. “Neste momento a **APAH** tem um grande reconhecimento por todas as ordens, associações e sociedades. E acho que o reconhecimento dos administradores hoje é maior, mas também pelo papel que desenvolvem, pelo seu trabalho, pela sua atitude”, sublinha Pedro Lopes.

Delfim Rodrigues chama a atenção para esse mesmo aspeto. “A **APAH** deu um salto qualitativo enorme”, aponta. “Um hospital de média-grande dimensão alberga no

seu seio em torno de 120 profissões. Só na área dos meios complementares de diagnóstico são mais de 50. E o que a **APAH** tem conseguido fazer é transformar-se, num sentido evolutivo, num elemento agregador de todas essas profissões”.

A **APAH** tem sabido, igualmente, marcar presença e fazer-se ouvir nas questões mais prementes das políticas de saúde. Um exemplo foi a participação, com propostas, no debate que veio a dar lugar a uma nova Lei de Bases da Saúde, aprovada em 2019, que reviu o entendimento e jogo de forças entre setor público e privado. O debate público trazido por esta revisão durou quase dois anos. Neste âmbito, a **APAH** foi ouvida na Assembleia da República, na voz de Alexandre Lourenço, centrando-se na modernização do sistema de saúde português de forma a garantir respostas mais adequadas e flexíveis às necessidades dos cidadãos.

A questão da carreira

Também a revisão da carreira de administração hospitalar é um debate de há longos anos. Manuela Mota Pinto considera, nesse campo, que a proposta feita ao Ministério da Saúde da criação de um Grupo de Trabalho para o efeito é uma das iniciativas de relevo da **Associação**.

Esse Grupo de Trabalho, nomeado pelo Ministério em 2016, foi coordenado por Teresa Sustelo e integrava também Manuela Mota Pinto, Carlos Gante, Margarida Omelas e Emanuel Barros. Deu depois origem a uma proposta de revisão da carreira, que foi homologada em 2017 pelo então Secretário de Estado da Saúde, Manuel Delgado, e posteriormente enviado pelo Ministro Adalberto Campos Fernandes para o Ministério das Finanças. Manuel Delgado recorda-se bem desse momento. “Quando estive no Governo, conseguimos discutir com a **APAH** um modelo de revisão e refrescamento da própria carreira, do próprio diploma da carreira de administrador hospitalar. Mas o que é facto é que depois saí do Governo, o Ministro Adalberto Campos Fernandes também acabou por sair e não tivemos oportunidade de concretizar a iniciativa que nós próprios, Governo, tínhamos iniciado. E foi pena, porque talvez tivesse sido uma boa oportunidade para o fazermos”.

Para Maria Helena Reis Marques, o primeiro e principal desafio da **APAH** tem sido precisamente a defesa da

nova carreira e a sua implementação nos hospitais, em constante diálogo com os serviços centrais. Mas também salienta que “a **Associação** tem enfrentado, e ainda enfrenta, resistências locais ao papel do administrador hospitalar por parte de outros poderes estabelecidos”.

O percurso não tem sido fácil em qualquer das frentes. No entender do Professor José Nogueira da Rocha, “a **APAH** tem sentido algumas dificuldades no seu percurso, a começar - sem ser a menor - por nem sempre os associados assumirem o papel e a postura que deviam assumir. Isto é, o interesse que deviam ter por uma organização que foi criada para os proteger. Isto acontece com a maioria das associações e também acontece aqui”. A questão da carreira é igualmente apontada por Júlio Reis: “Reconheço que os tempos políticos não correm de feição para as carreiras profissionais, já que prevalecem os contratos individuais de trabalho, à margem do que possa estar instituído em termos de carreira. Mas, apesar das dificuldades, a **APAH** deve continuar a insistir”. Rosa Reis Marques chama também a atenção para o facto de a carreira estar estagnada, mas considera que, neste momento, “há condições para se equacionar soluções”. Esta é, pois, uma questão que a **APAH** mantém em mãos. “O desafio que a **APAH** ainda enfrenta, e que tem sido uma luta nos últimos anos, é o da consolidação e revisão da própria carreira”, diz Margarida França.

A revisão dos estatutos da APAH

Entre os sócios da **APAH**, a discussão sobre a revisão dos estatutos gerou sempre bastante interesse, discussão e participação. A mais recente iniciativa aconteceu com a última direção da **Associação** (mandato 2019/2022) e conforme previsto no seu programa de mandato. Nessa sequência, e após profunda e cuidada reflexão sobre o modelo a propor, a direção da **APAH** apresentou a sua proposta, em junho de 2020, tendo nos meses seguintes promovido o esclarecimento e a recolha de contributos organizando várias sessões de discussão para o efeito.

Sobre este assunto, Delfim Rodrigues realça que os tempos mudaram. A seu ver, “as profissões não se podem fechar e acantonar sobre si”. “E também a profissão dos administradores hospitalares não pode correr esse risco de se fechar sobre si, tem de se abrir”.

Já Maria Armanda Miranda é da opinião de que “a **APAH** deve manter a defesa e promoção dos administradores hospitalares”. “Deve resistir às pressões para apoiar outras entidades - entenda-se universidades privadas”, considera.

Por sua vez, Lopes Martins aborda o assunto destacando que a **Associação** continua ainda com uma pecha, do seu ponto de vista, também ela discutível internamente. “E tem-se discutido: são membros da **APAH** os administradores licenciados pela ENSP. Pessoalmente, sei que



EAHM 2018. Comissão Organizadora

isto está muito longe de ser consensual. Administradores hospitalares são quem administra os hospitais. Deve haver, do meu ponto de vista, uma maior abertura, porque não se deve confundir a **APAH** com a associação dos antigos alunos do curso de Administração Hospitalar”. Manuela Mota Pinto lembra, a este propósito, que “o diploma e os estatutos que regem a carreira datam do início dos anos 80” e que, em 40 anos, “tudo - mas mesmo tudo - muda”. “Mudou a tipologia de doentes, a organização hospitalar, a dos cuidados de saúde primários, mudaram-se paradigmas de trabalho e mudaram também as outras carreiras. Mudou a forma de prestar cuidados de saúde, a inovação tecnológica é enorme e constante. A **APAH** e os administradores hospitalares contribuíram em muito para todas essas mudanças e também, ao longo dos anos, mudámos no dia a dia o exercício profissional. Mas toda esta mudança impõe evoluir - e evoluir está na revisão da carreira e dos estatutos, de modo a que estes reflitam formalmente as exigências atuais”, aponta. ▶



EAHM 2018. Conferência Gestão em Saúde países de língua portuguesa

Visibilidade crescente da APAH

Muitos outros desafios têm surgido e sido superados com êxito. É o caso do reconhecimento crescente da **Associação** como um parceiro a ouvir. “Um desafio que estou convencida que foi conseguido foi o reforço da visibilidade da **APAH**”, declara Margarida França. Também Júlio Reis considera que “a **APAH** tem contribuído, mais atualmente, para uma maior visibilidade do profissional de administração hospitalar, através das inúmeras intervenções públicas que têm acontecido nos *media*”. Manuel Delgado é da mesma opinião: “a **APAH** nunca teve tanta visibilidade e força como agora”. E para essa visibilidade contribuíram também as inúmeras iniciativas de grande cobertura e participação realizadas pela **Associação**, que se solidificaram e cresceram - muitas delas ganhando balanço para prosseguirem nos próximos anos. Foi o caso do Congresso europeu no Estoril.

O Congresso europeu no Estoril

Em 2018, Portugal voltou a acolher o Congresso da Associação Europeia de Gestores Hospitalares, que decorreu entre os dias 26 e 28 de setembro, no Centro de Congressos do Estoril. Foi a terceira vez que a **APAH** organizou este evento bienal. A primeira foi em 1984 e teve lugar em Espinho, tendo a segunda acontecido em 1999 - com Lisboa a ser o local eleito para a sua realização. “Inovar em Saúde Pública: Redefinir o papel dos hospitais” foi o tema deste 27.º Congresso da EAHM, com a comissão organizadora local a ser presidida por Victor Herdeiro, então vice-presidente da **APAH**. O encontro



EAHM 2018. Alexandre Lourenço, Presidente da APAH, Gerry O'Dwyer, Presidente da EAHM e Victor Herdeiro, Presidente do Congresso

reuniu mais de 1.000 gestores e diretores hospitalares de mais de 45 países, incluindo membros da Comissão Europeia, da Organização Mundial de Saúde e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, da Comissão Europeia e da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, e que teve por objetivo o debate e partilha de experiências sobre a gestão das organizações de saúde. Foi ainda dado ênfase ao papel das instituições hospitalares enquanto agentes de inovação em saúde populacional. Victor Herdeiro não esquece esse acontecimento, ainda hoje muito lembrado pelos colegas europeus. “Nos anos em que estive na direção da **APAH** com o Alexandre Lourenço, o desafio maior que tive foi o de organizar esse Congresso. Foi uma tarefa muito exigente, em que contei sempre com o apoio incedível do Miguel Lopes”, diz. “Foi um êxito absoluto”, salienta. “Foi um congresso magnífico, com uma dimensão enorme”, comenta, por sua vez, Margarida França. “A possibilidade de se fazer um congresso internacional em Portugal é extraordinariamente importante. Trouxe muito conhecimento e permitiu-nos trocar experiências para fora do país. Nós já não fazemos nada sozinhos”, realça.

As Conferências de Valor e o Caminho dos Hospitais

A **APAH** tem realizado e co-organizado inúmeras iniciativas ao longo da sua existência, mas Victor Herdeiro destacaria o Caminho dos Hospitais e as Conferências de Valor APAH - que começaram em 2017, com três ciclos de conferências, e que em 2021 contavam já com o seu nono ciclo.

Também Nogueira da Rocha cita as Conferências de Valor como “uma das iniciativas mais importantes que a **APAH** tem tido, quer pela sua temática muito diversificada e atual, quer pelas pessoas chamadas a intervir”.

O Prémio Healthcare Excellence

Margarida França aponta outra iniciativa da **APAH** de que gosta particularmente, que é o Prémio Healthcare Excellence - em parceria com a biofarmacêutica AbbVie. A 1.ª edição recorde-se, decorreu em 2014 no Palace Hotel Monte Real, em Leiria.

Delfim Rodrigues é da mesma opinião. “Outro exemplo de grande agregação que a **APAH** tem conseguido dar ao SNS - em termos mais globais - traduz-se precisamente no Prémio Healthcare Excellence”.

A publicação de obras e outras iniciativas

A publicação de obras tem sido outra das vertentes de atuação da **APAH** ao longo das suas quatro décadas de existência. Desde logo a destacar a revista e, paralelamente, um conjunto de vários livros temáticos.

Entre muitas outras iniciativas da **APAH** destaca-se o de-

envolvimento de inúmeros estudos sobre o sistema de saúde, muitos deles com o suporte de parceiros incontáveis. É o caso do Barómetro de Internamentos Sociais e da ferramenta ADAPTT Surge Planning Support Tool, bem como o trabalho de proximidade com os doentes e seus representantes.

Também a Academia APAH é uma plataforma que tem vindo a revelar-se de crescente importância. A **Associação** conta ainda com uma presença permanente nas redes sociais Facebook, LinkedIn, Twitter, Instagram e no YouTube com o Canal APAH - Gestão em Saúde.

A Medalha de Serviços Distintos

A **APAH** tem vindo a ser reconhecida pelo seu mérito, não só entre os seus pares, mas também num palco mais vasto. Prova disso está o facto de ter sido distinguida em 2019 com a Medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde - Grau Ouro. Nas palavras do Ministério da Saúde aquando desta distinção, a **APAH** “assume liderança no debate sobre os desafios na administração e gestão das instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde”.

Vários administradores hospitalares e sócios honorários da **APAH** têm também vindo a ser agraciados com esta Medalha de Serviços Distintos. É com o trabalho, empenho, dádiva e conhecimentos destes e muitos outros profissionais que o caminho da administração hospitalar tem sido trilhado em Portugal.

Muitos desses vultos já não estão, infelizmente, entre nós. É o caso do Professor Coriolano Ferreira, Professor Caldeira da Silva, Professor Augusto Mantas, Dr. Eduardo Sá Ferreira e Professor Vasco Reis, entre muitos outros grandes homens e mulheres que deixaram excelentes memórias e muitas saudades.

A visão, a concretização

Quarenta anos depois da sua criação, a **APAH** está de parabéns. Enfrentou períodos difíceis, duros e desafiantes, mas conseguiu manter-se de pé, ajudando a elevar o papel dos administradores hospitalares.

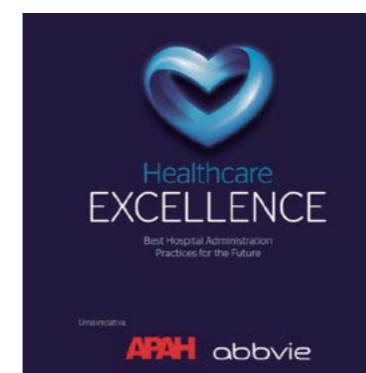


↑ Medalha de Ouro do Ministério da Saúde, Serviços Distintos

“Ao longo dos seus 40 anos de história, foram vários os momentos em que a **APAH** se empenhou intensamente na defesa da melhoria das condições profissionais dos administradores hospitalares e em que a sua intervenção foi coroada de êxito”, considera Rui Moutinho. E para Delfim Rodrigues, o importante, em tudo o que se conseguiu nestes 40 anos, foi tirar partido das energias que estão no terreno.

É indiscutível que “a **APAH** está mais dinâmica e mais forte do que nunca”, diz Artur Morais Vaz. “É de relevar também a estratégia que a **APAH** e os seus corpos diretivos têm adotado nos últimos anos, que, de facto, tem dado uma visibilidade, um prestígio e uma capacidade de intervenção absolutamente substanciais à **APAH** e aos administradores hospitalares”.

Já Fernanda Dias sublinha que “a **APAH** está de parabéns pela ação e trabalho desenvolvidos pelas sucessivas gerações de colegas”. Para a primeira outorgante da escritura de constituição da **APAH**, a 13 de outubro de 1981, “provavelmente, nem tudo foi conseguido. Há, e sempre houve, barreiras que serão um bom desafio para os próximos 40 anos”. Mas “valeu a pena!”. ●



↑ Prémio Healthcare Excellence, Academia APAH, Caminho dos Hospitais



PRESIDENTE DA APAH

XAVIER BARRETO

“É URGENTE REVER A CARREIRA DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR”

Assumindo que a revisão da carreira do Administrador Hospitalar constitui a grande prioridade do seu mandato, **Xavier Barreto** considera que já passou o tempo dos grupos de trabalho e das reflexões, sendo agora hora para publicar o diploma que regulamenta o processo. Com um ambicioso programa para os próximos três anos, o **Presidente** da **APAH** preconiza uma associação forte, interventiva e independente que dê continuidade ao dinamismo das direções anteriores na defesa dos seus Associados e do setor.

Foi eleito presidente da APAH. O que o motivou a lançar-se neste desafio?

Motivou-me o percurso que a **APAH** tem feito nos últimos anos e o facto de acreditar que posso contribuir para que essa dinâmica continue em crescendo. Motivou-me também a ideia de manter a **APAH** como uma associação forte, interventiva e independente. Foi assim que os seus fundadores a pensaram. Quando lemos as memórias dos seus fundadores, mas também do seu primeiro presidente, Eduardo Sá Ferreira, é perceptível o que estava no seu pensamento: criar uma associação que defendesse a boa gestão em saúde, que defendesse o SNS, mas que defendesse, acima de tudo, os administradores hospitalares. Tal implica um compromisso com os interesses dos associados que estou absolutamente disponível para assumir. Naturalmente não teria avançado se não tivesse reunido uma equipa de excelência. Isso foi determinante. Administradores Hospitalares (AH) reconhecidos pelos seus pares, comprometidos com o projeto da **Associação** e disponíveis para contribuir para este projeto. Realço também o incentivo e apoio que me foi dado pela anterior direção, liderada pelo Alexandre Lourenço. Foi o Alexandre que me convidou para a direção no mandato anterior e foi com os meus colegas da anterior direção que aprendi a importância de vestir a camisola da **APAH**.

Ao longo dos últimos 20 anos, apesar das alterações significativas na organização e estatutos de gestão dos hospitais, o interesse da tutela em fazer acompanhar essas alterações com a revisão da carreira de Administração Hospitalar foi muito diminuto. A revisão da carreira, que foi regulamentada em 1981, foi por si elencada como o objetivo principal do seu mandato. Quais os principais motivos que identifica para este desinteresse e abandono do modelo de carreira inicialmente projetado?

A carreira de Administração Hospitalar foi criada para dotar o SNS de profissionais que o pudessem gerir. Constituiu-se como um grupo dirigente, com formação e competências específicas, que desempenhavam uma função técnica indispensável e resistente às influências políticas. Uma carreira da administração pública, que baseia a sua ação na evidência e na boa prática, sem condicionamentos de outro tipo. Esta ideia, bondosa, fazia sentido em 1980 e

continua a fazer sentido hoje. Diria até que, hoje, faz mais sentido do que nunca.

Infelizmente, nem todos acompanham esta ideia. Há quem entenda que deve prevalecer a contratação baseada na proximidade política, a nomeação de conhecidos, amigos e curiosos da gestão. Os resultados são os que se conhecem. Foi-se desestruturando a carreira de Administração Hospitalar e o SNS foi perdendo capacidade de gestão.

A gestão intermédia, a competência com que se gerem serviços, unidades, departamentos, centros clínicos, faz toda a diferença nos resultados. Dispor de um profissional competente, com formação específica, que perceba quer os processos de prestação de cuidados, como a gestão dos recursos que lhe estão associados, gera eficiência e melhora os resultados. Os sucessivos governos têm ignorado isto, em favor de uma política de clientelismo e desvalorização da boa gestão em saúde. Acredito que isso contribuiu de forma determinante para os problemas que o SNS enfrenta hoje.

No próximo dia 5 de agosto, reuniremos com a Sra. SES, Dr.ª Fátima Fonseca, e procuraremos transmitir-lhe a urgência em avançar com a revisão da carreira. Já não estamos no tempo dos grupos de trabalho e das reflexões sobre o que deve ser a carreira. Esse trabalho já foi feito, e bem, em 2017. Importa agora publicar o diploma de revisão da carreira.

Afirmação da profissão

O que pensa sobre a politização na ocupação dos cargos de gestão das unidades prestadoras de cuidados e o seu impacto na efetividade e eficiência da gestão da coisa pública? Neste quadro, como vê a relação da carreira de Administração Hospitalar, técnica e altamente especializada, com órgãos de gestão que não raras vezes apresentam deficientes graus de conhecimento e preparação técnica na área da saúde?

Como vos disse, a desestruturação da carreira interessa essencialmente a quem pretende promover essa politização da gestão. São também aqueles que tendem a substituir os AH por outros profissionais, geralmente mais alinhados com a posição da chefia, mesmo que essa posição esteja completamente desfasada das boas práticas de gestão. São aqueles que tendem a não ver para além da folha ▶



“

TER UMA ASSOCIAÇÃO FORTE
É UM IMPORTANTE FATOR PARA
AFIRMAÇÃO DA NOSSA PROFISSÃO

”

de Excel ou que, vendo, subjugam o seu brio profissional ao cumprimento de agendas que nem sempre cumprem a defesa do SNS. A responsabilidade dos Administradores Hospitalares vai para além disso e por isso é por vezes vista como voz incómoda. O resultado é o que temos visto. Realço que este problema vem de trás e não é específico de um determinado governo. Temos que ir combatendo esta tendência. Isso faz-se provando, todos os dias, nos nossos locais de trabalho, a importância daquilo que fazemos. Apesar de tudo, penso que a profissão manteve o seu caráter; os seus valores, não se dobrando a outras lógicas e mantendo o rigor que a caracteriza. É um dos aspetos que mais nos diferencia.

Acredito que a força que a profissão ganhou nos últimos anos, deu mais resiliência aos nossos colegas. Ter uma associação forte é um importante fator para afirmação da nossa profissão.

Além da necessária harmonização dos regimes contratuais que outras alterações à carreira de Administração Hospitalar entende necessárias para a adaptar à realidade atual e futura?

A nossa proposta é aquela aprovada em Assembleia Geral em 2017. Harmoniza os regimes e prevê um concurso centralizado a nível nacional, muito semelhante àquele que se faz para os médicos especialistas. Inclui uma metodologia para avaliação de desempenho e para progressão na carreira. Há questões por resolver: como se coloca na carreira um colega em CIT com contrato há mais de 20

anos que, por ausência da tutela de atualização ou revisão da carreira, nunca foi avaliado nem progrediu na carreira? Como se integra na carreira um colega que, sendo diplomado em Administração Hospitalar e estando a desempenhar o conteúdo funcional de AH, está, no entanto, contratado como técnico superior?

São questões que terão que ser resolvidas no processo negocial e para as quais temos naturalmente propostas. Assim a tutela as queira resolver.

Cada vez mais existem AH a exercer funções em ACES, ACSS, SPMS, etc. Pode a revisão da carreira abarcar também estas situações?

A carreira deve abarcar todas essas áreas, incluindo desempenho de funções em estruturas centrais como a ACSS. Não faz grande sentido que, por exemplo, a ACSS continue a recrutar AH através de processos de mobilidade, até porque a necessidade é permanente. Quer o conteúdo funcional, como as vagas a abrir em sede de concurso centralizado, devem incluir todos os locais e instituições onde os AH têm trabalhado e acrescentam valor.

Estratégia clara

O mandato da Direção que lidera tem uma duração de três anos. Daqui a três anos o que espera ter alcançado e que dificuldades conta encontrar no processo?

O que determinará a nossa ação será o programa que apresentámos durante a campanha eleitoral. É essa a nossa baliza, é isso que esperamos ter implementado dentro de

três anos. Divido o que nos espera em dois grandes grupos. Um primeiro que só depende de nós. A organização do programa de formação contínua, a criação de evidência através das conferências e outras iniciativas, a coorganização do Congresso Mundial dos Hospitais em 2023, entre várias outras iniciativas, dependem essencialmente do nosso trabalho. Não tenho dúvidas de que alcançaremos todos esses objetivos. Para além de todas estas questões, temos a carreira. É o ponto mais importante do nosso programa e será claramente onde investiremos o nosso maior esforço. Mas mentiria se dissesse que depende só da APAH. Depende da vontade e disponibilidade da tutela. Manteremos os sócios informados sobre o processo e serão eles a decidir as ações a encetar em cada momento. A tutela recentemente reiterou aquilo que nos tem vindo a dizer nos últimos meses: existe interesse em rever a carreira. Mas só descansaremos no dia em que essa revisão estiver publicada em Diário da República.

Que áreas emergentes no domínio da saúde em sua opinião apresentarão os maiores desafios à gestão?

Existem várias oportunidades para transformar a prestação de cuidados. Para transformar a forma como gerimos e como organizamos a nossa resposta.

A ciência de dados e o uso de algoritmos de inteligência artificial pode ter um impacto enorme na prestação de cuidados. Temos os dados e podemos usá-los para desenvolver ferramentas de apoio aos nossos profissionais de saúde, para triar melhor os nossos doentes, para fazer diagnósticos mais precisos ou determinar quais são os melhores tratamentos para cada doente.

A transformação dos percursos clínicos na prestação de cuidados com o apoio de ferramentas digitais, será também um aspeto de fundamental importância. Dou-vos um exemplo concreto: o acompanhamento de doentes crónicos. Nos próximos anos, o SNS não terá capacidade para manter o nível de acompanhamento necessário aos nossos doentes crónicos. O desenvolvimento de ferramentas digitais (aplicações móveis, wearables ou outros equipamentos *Internet of Things*), que permitam acompanhar os doentes, em proximidade, e sem recorrer de forma presencial permanente aos serviços hospitalares será um aspeto crucial a curto prazo. Trata-se de transformar a forma como prestamos cuidados e não apenas de desmaterializar processos. Se for só esta desmaterialização processual, então acrescenta-se muito pouco valor à saúde dos doentes e dos cidadãos.

É também importante rever a forma como promovemos a incorporação de inovação nas nossas instituições. A nível local, criando enquadramento para que isso aconteça e criando estruturas dedicadas, dando tempo aos profissionais para que se dediquem a esta área, e a nível central, definindo uma estratégia que reduza as barreiras atual-

mente existentes. Temos que evoluir do paradigma de barreira essencialmente relacionada com a disponibilidade orçamental, para um novo modelo assente em parcerias e acordos para partilha de risco, que faça a inovação chegar mais rapidamente aos doentes.

Outro aspeto fundamental será o de incorporar a visão dos nossos doentes, reorientando o nosso trabalho em função dos seus interesses. Um sistema orientado em função do valor criado para o doente demorará, certamente, tempo a criar, mas, temos que começar por algum lado. Diria que o mais premente, será iniciar a recolha de informação (*Patient Reported Outcome Measures, Patient Reported Experience Measures*, e outros instrumentos). Mesmo que não tenha um efeito imediato na organização ou no financiamento, criará a base para que a médio prazo possamos pensar nesse tipo de evolução.

Por último, é urgente discutir a alocação de tarefas aos diferentes profissionais de saúde. Não estamos a aproveitar o potencial que existe no sistema. A carência de recursos humanos obrigar-nos-á, a curto prazo, a discutir este tema. Era melhor que o fizéssemos desde já, ao invés de o fazermos pressionados pela próxima crise.

Todas estas áreas são fundamentais e, para todas elas, não parece haver uma estratégia clara por parte da tutela. São oportunidades que não podemos perder, porque po- ▶

PERFIL

Xavier Barreto é Licenciado em Ciências Farmacêuticas e pós-graduado em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e em Gestão e Direção de Serviços de Saúde pela Porto Business School da Universidade do Porto. É ainda diplomado em Estudos Avançados em Investigação em Ciências da Saúde, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Barcelona e Especialista em Produção Lean pela Escola de Engenharia da Universidade do Minho. Atualmente é Diretor do Centro de Ambulatório do Centro Hospitalar e Universitário de São João EPE e docente convidado da Escola Superior de Enfermagem do Porto da Universidade do Porto. Foi membro do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar e tem desempenhado funções de administração em unidades hospitalares públicas e privadas. É membro do comité executivo da Associação Europeia de Administradores Hospitalares e, desde o dia 1 de junho, é presidente da Direção da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH).



dem, de facto, transformar o SNS. Se não tivermos uma estratégia clara e colocada no terreno desde já, dentro de dez anos ainda estaremos a discutir as crises do SNS.

Foco nos doentes

A realidade da gestão atual do sistema de saúde é cada vez mais complexa e a tomada de decisão de gestão é exigida cada vez mais com maior rapidez e flexibilidade. Tal é compaginável com um sistema assente numa estrutura de decisão altamente centralizada e assente em elevada carga burocrática?

Não, não é compaginável. Temos defendido um sistema ágil, descentralizado, baseado na autonomia dos conselhos de administração/direções executivas. As melhores decisões são tomadas por aqueles que conhecem os problemas de perto. Estão em melhor posição para fazer escolhas, em função dos recursos disponíveis e dos custos de oportunidade de cada opção. O controlo central que se tem sentido, prejudica a decisão, mas prejudica também a eficiência do SNS. Não tem qualquer tipo de vantagem, nem sequer de ordem financeira.

Portugal tem pilotado um conjunto de experiências relativamente inovadoras no âmbito da organização e estruturação dos cuidados de saúde. Relembramos o Regime Remuneratório Experimental nos CSP, as ULS, a empresarialização dos hospitais, as USF, os CRI. Apesar desta aparente capacidade de inovação organizacional, a evidência do impacto destas experiências na melhoria dos cuidados, aumento da acessibilidade e satisfação de utentes e utilizadores, é escassa e os bons exemplos apresentam bastante dificuldade em ser replicados. Que fatores acha que mais contribuem para tal?

O principal problema é não existir uma cultura clara de avaliação destas diferentes experiências. Não se gera evidência e por isso, andamos todos entretidos com opiniões,

ao invés de trabalharmos com conclusões claras relativamente a cada um destes modelos. Dou-lhe o exemplo das ULS. São melhores? Melhoraram a integração de cuidados? Em que dimensões? Que impacto tiveram em termos de acesso ou produtividade? O pagamento por capitação, cria incentivos para a criação de mais valor na perspetiva dos doentes? Faço estas perguntas sem qualquer juízo de valor sobre as ULS. Apenas pretendo evidenciar que não existe uma avaliação das experiências, nem conclusões sobre o que podem acrescentar. Não há uma ideia clara sobre qual o caminho a seguir.

A discussão da organização do sistema de saúde e da forma como é gerido, do plano macro ao micro, é consistentemente feito com fraca participação do doente e das suas famílias. Como acha que o balanceamento desta participação com a análise e contributos dos especialistas pode maximizar a satisfação das necessidades dos doentes? Como assegurar que outros setores que ativamente influenciam as condições de saúde das comunidades integram ativamente a prestação de cuidados de saúde?

A discussão relativa à organização das respostas assistenciais deveria nascer sempre daquilo que interessa aos doentes. Para isso, temos que os envolver, temos que lhes perguntar. Não é isso que tem acontecido em Portugal. Em muitos hospitais, nem os Conselhos Consultivos funcionam. Faz todo o sentido que os doentes sejam envolvidos no desenho do processo, logo à partida, quando estamos a definir ou a rever um percurso clínico, designadamente porque isso concorre para melhores resultados. Como disse anteriormente, temos um logo caminho a fazer.

Acredito que a incorporação na contratualização de indicadores que reflitam os interesses dos doentes, tenderia a promover uma mudança mais rápida nesta dimensão. Esses indicadores poderiam começar pela satisfação (à semelhança do que já é feito em vários sistemas de saúde em todo o mundo), mas sem se limitar a esta dimensão. O tema "satisfação" tem que passar a estar na agenda de todos os prestadores de cuidados e, para isso, temos que criar incentivos.

Também falta fazer praticamente tudo no que respeita à integração com outros setores, particularmente com o setor social. Falta articular o sector da saúde com o sector social para atuar sobre os determinantes de saúde. Não faz sentido não existir uma atuação concertada e sistemática para os utilizadores frequentes (designadamente dos SU) que não controlam adequadamente as suas doenças crónicas, por falta de condições socioeconómicas. Porque não têm rendimento para comprar medicamentos, porque não dispõem de uma habitação condigna, entre muitas outras razões. Temos de formalizar mecanismos

de referenciação entre hospitais e redes de apoio social de base local, para garantir um correto acompanhamento destes doentes.

Idem para a articulação entre cuidados de saúde e outras entidades a nível local. Dou-lhe o exemplo das farmácias. Sabendo que parte da falta de controlo das doenças crónicas se deve a má utilização de fármacos e má adesão à terapêutica, não faria sentido existir uma relação mais próxima entre as farmácias e as equipas que acompanham esses doentes nos seus hospitais? Naturalmente que sim.

Reforma do SNS

Um tema sempre quente na área da saúde prende-se com a relação do Serviço Nacional de Saúde com o setor privado de prestação de cuidados de saúde. Se por um lado a garantia de acesso a cuidados de saúde é muitas vezes assegurada através de prestadores privados contratados pelo estado, tal constitui um reforço financeiro ao setor privado que com frequência o utiliza para disputar recursos ao SNS. Esta é uma armadilha à qual o Sistema de Saúde como um todo esteja condenado? O que acha sobre as PPP na área da saúde e sobre os resultados positivos que frequentemente são referidos?

Só estamos condenados a essa realidade se não fizermos nada para a alterar. Se queremos aumentar a competitividade do setor público, para que não seja constantemente obrigado a recorrer ao privado para garantir o acesso dos seus doentes aos cuidados, temos que fazer as reformas de que o SNS necessita. Essencialmente em três áreas críticas: ferramentas de governação, financiamento e Recursos Humanos. Dando autonomia aos hospitais para que tomem as decisões mais custo-efetivas e mais lógicas de acordo com os seus planos estratégicos. Garantindo o financiamento de que necessitam para ir ao encontro das necessidades em saúde dos seus doentes. Dando margem para que os hospitais valorizem mais o trabalho dos seus profissionais, particularmente através da incorporação do mérito e desempenho nas suas remunerações.

As PPP tiveram de facto bons resultados e isso aconteceu porque tinham ferramentas de gestão. Tinham capacidade para decidir; não estavam sujeitas ao "jugo" do Terreiro do Paço e atraíram os melhores profissionais, pagando-lhes de acordo com o seu desempenho. Isto fez, e faz, toda a diferença. É urgente implementar estas mudanças, sob pena da sangria de profissionais não parar. Se não se olhar para isto de forma disruptiva, em pouco tempo poderemos chegar a um ponto de não retorno.

Outro tema quente é o do modelo de financiamento dos hospitais. A suborçamentação é reconhecida por todos os agentes e os instrumentos previsionais de gestão e contratualização têm fraca aderência à realidade. Existe um paradoxo de termos, um modelo de financia-

mento desajustado e problemas de gestão nos hospitais, que continuarão a absorver crescentemente recursos financeiros. Como enfrentar este paradoxo?

Há muitos anos que o modelo de financiamento foi sendo substituído por uma mera distribuição de verbas, geralmente assente nos montantes do ano anterior: Não existe uma verdadeira discussão sobre necessidades em saúde, sobre investimentos ou sobre inovação, ficando a saúde condicionada àquilo que é o entendimento do Ministério das Finanças. Reparem que já nem se disfarça a falência do modelo: o Índice de *Case Mix* usado nos Contrato Programa é o de 2015 e a tutela parece achar isso aceitável. Os custos têm vindo a subir; em recursos humanos e medicamentos de forma particular; e o financiamento está balizado pela disponibilidade orçamental. Consequentemente, os hospitais têm acumulado dívidas. Esta asfixia financeira vai sendo aliviada com aumentos de capital *ad hoc* para fazer face a dívidas crescentes. Tudo isto prejudica a eficiência do setor: Ninguém consegue negociar preços com um fornecedor a quem se deve milhões.



HÁ MUITOS ANOS QUE O MODELO DE FINANCIAMENTO FOI SENDO SUBSTITUÍDO POR UMA MERA DISTRIBUIÇÃO DE VERBAS



O financiamento devia começar por assentar num processo claro, transparente e resultante das necessidades em saúde da população. Deveria incorporar novas métricas de desempenho, aumentando a percentagem que está afeta a indicadores de qualidade e eficiência. Deveria incorporar métricas que interessam aos doentes. Em grande parte das linhas de atividade ainda não temos condições para pagar em função do valor para o doente, mas podemos pelo menos introduzir a satisfação como novo determinante de incentivos. Pode ser financeiramente neutro, se o configurarmos como um incentivo móvel, retirado do orçamento global e disponibilizado apenas àqueles que melhorarem. Nem todos terão as mesmas condições, mas um sistema que valorize ganhos incrementais, que tenham em conta o ponto de partida de cada unidade, ajuda a mitigar esse viés e a incentivar a melhoria contínua.

Todo o processo deve ser previsível, plurianual e ter como pressuposto a aprovação dos Planos de Atividades e Orçamento, dando aos hospitais a autonomia necessária para a gestão dos seus recursos. Reparem que nada disto é novo. Basta haver vontade política para avançar. ●

PELA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES



Jaime Melancia
Presidente da PSOPortugal - Associação Portuguesa da Psoríase

A PSOPortugal - Associação Portuguesa da Psoríase é uma IPSS da saúde, fundada em 2005. Temos como principais objetivos a promoção da melhoria da qualidade de vida e a defesa dos direitos dos portadores de psoríase no seu contexto pessoal, profissional e social. Para isso, ajudamos a promover iniciativas de caráter social e cultural com o propósito de esclarecer e sensibilizar a opinião pública acerca das características da doença. Cooperamos também com as entidades técnicas de saúde no desenvolvimento e na investigação da doença, disponibilizando informação aos técnicos de saúde, bem como aos doentes, dos resultados das aplicações de vários tipos de terapêuticas, assim como na melhoria do acesso às consultas e tratamentos.

Fruto do esforço da PSOPortugal junto dos grupos parlamentares, conseguiu-se que fosse aprovada a Lei n.º 6/2010 de 7 de maio, que enquadrou no escalão A de comparticipação os medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos, de aplicação tópica e sistémica, quando destinados aos doentes portadores de psoríase. Infelizmente, toda a terapêutica auxiliar do tratamento da psoríase, como os cremes, loções e champôs, além de não ser comparticipada, tem a taxa máxima do IVA. No sentido de minimizar o esforço financeiro dos associados da PSOPortugal com os seus tratamentos, estabelecemos protocolos e acordos de cooperação com estabelecimentos de saúde, nomeadamente farmácias, clínicas, termas e outros, que permitem facilitar aos nossos associados o acesso a cuidados de saúde. Neste âmbito, foi desenvolvido o programa “A cuidar da sua pele” que permite aos nossos associados usufruir de descontos na aquisição de cremes hidratantes, champôs e outros auxiliares terapêuticos, que constam de uma tabela de comparticipações elaborada e disponibilizada pela PSOPortugal.

A PSOPortugal tem vindo a desenvolver inúmeras iniciativas para informar os doentes e familiares sobre a doença, mas também, para desmistificar o estigma e a desinformação que ainda existe na sociedade. Para isso, temos desenvolvido campanhas de esclarecimento com o apoio de especialistas, nomeadamente dermatologistas, reumatologistas, psicólogos, entre outros. Em 2020, lançámos uma série de seis episódios para tirar dúvidas colocadas por doentes nas nossas redes.

Nesta série, damos resposta a inúmeros temas, como o diagnóstico, os tratamentos, o estilo de vida, a resiliência, o impacto do verão e a relação da doença com a Covid-19. Contámos, como sempre e desde a nossa fundação, com a colaboração do Dr. Paulo Ferreira, consultor científico da PSOPortugal.

Em 2021, decidimos dar especial atenção aos doentes mais jovens e realizámos um estudo para tentar perceber como lidam com a psoríase. Fruto do conhecimento que obtivemos, preparámos a campanha “PSOFriends” que recriou um ambiente jovem e adequado à interação entre si, à semelhança do que nos habituou a série em que se inspira. Uma série que retrata a força da amizade e a importância da empatia, que derruba mitos e preconceitos. E vai mesmo mais além, mostrando que ninguém está sozinho e que a aceitação existe, a dos outros e, acima de tudo, a de si próprio. Com leveza e descontração, PSOFriends ajuda a sociedade a perceber que a psoríase não é contagiosa, não é descuido, não é desleixo. Os episódios têm entre 15 e 20 minutos de duração cada, e estão disponíveis no site psoportugal.pt. Este ano iremos levar o conceito às escolas com o Programa de Talento “PSOFriends - Faz uma Cena” que irá dar continuidade à abordagem dos jovens doentes psoriáticos, tendo por base o valiosíssimo ativo que é a série “PSOFriends”. Assim, pretendemos conseguir uma presença relevante nas escolas e um envolvimento efetivo dos estudantes, com o objetivo de motivar mudanças comportamentais. E vamos fazê-lo de uma forma divertida e positiva para estimular novos sentimentos em relação à doença e promover a empatia e a inclusão.

Todos os anos, desde a fundação da PSOPortugal, realizamos o Encontro Nacional onde os nossos associados e familiares podem aprofundar os seus conhecimentos sobre a doença psoriática e partilhar as suas experiências. Em simultâneo, editamos a revista Psoríase, que

tem por objetivo informar os doentes, profissionais de saúde e entidades sobre a doença psoriática nos seus aspetos médicos, sociais e políticos. O Encontro integra-se nas comemorações do Dia Mundial da Psoríase, 29 de outubro. Embora este dia permita ter um foco especial na problemática dos doentes psoriáticos, as nossas atividades desenrolam-se ao longo do ano em diversas iniciativas, nomeadamente a participação em programas de televisão e entrevistas várias, newsletters e posts nas redes sociais. A PSOPortugal colabora também nas jornadas organizadas pelo Professor Doutor Tiago Torres, presidente do Grupo Português de Psoríase da SPDV - “Uma manhã com a psoríase”, um evento que reúne no Porto, no início do ano, doentes e médicos e tem como principal objetivo dar a conhecer aos doentes as particularidades da psoríase, bem como as doenças associadas e as possíveis formas de tratamento.

A psoríase é uma doença inflamatória, predominantemente autoimune, que afeta sobretudo a pele e que pode surgir em qualquer idade. É uma doença crónica não contagiosa, mas que tem tratamento. O seu aspeto, extensão, evolução e gravidade são muito variáveis, caracterizando-se, geralmente, pelo aparecimento de lesões vermelhas, espessas e descamativas, que afetam preferencialmente os cotovelos, joelhos, região lombar e couro cabeludo. Nos casos mais graves, estas lesões podem cobrir extensas áreas do corpo. As unhas são também frequentemente afetadas, com alterações que podem variar entre o quase impercetível e a sua destruição. Fruto da falta de informação, a psoríase é uma doença que ainda suscita alguns preconceitos e estigmas. O stress, alguns tipos de fármacos e fatores que afetem o sistema imunitário podem desencadear a psoríase. Sabe-se que esta doença é mais frequente em países frios - a ausência da luz solar e uma maior secura da pele provocada pelas baixas temperaturas e a exposição a aquecimentos podem favorecer o desenvolvimento de psoríase. A obesidade também está presente em muitos doentes com psoríase, o que poderá ser explicado pelo facto da obesidade poder provocar inflamação crónica, que, por sua vez, pode agravar a psoríase.

Em Portugal, estima-se que afete mais de 200 mil pessoas. Não sendo adequadamente tratada, a psoríase pode evoluir para situações graves que causam grande desconforto e dor. O diagnóstico médico atempado da psoríase é essencial e, aliado a uma terapêutica correta, previne o sofrimento desnecessário dos doentes, os problemas articulares graves e irreversíveis, e claro, o descontrolo da doença. Para além das consequências físicas, podem também existir graves consequências psicológicas. Muitos doentes afirmam que sentem o forte impacto psicológico da doença e isso está muitíssimo relacionado com o facto de a doença interferir na relação

com o outro, de ter impacto em situações de exposição do corpo, como a ida à praia, de ainda ser fator de discriminação no local de trabalho ou no acesso a ele, de influenciar a vida íntima e sexual do indivíduo, e em muitas outras situações sociais. Obviamente, estes e outros exemplos, como as perturbações no sono, levam a que haja elevados níveis de depressão associados à doença e um estado de tristeza acentuado, que inclusivamente influencia a relação médico-doente.

As reações de terceiros têm grande impacto na saúde mental dos doentes devido à falta de conhecimento, daí a importância do trabalho de divulgação que tem de ser desenvolvido, nomeadamente através das redes sociais, sem dúvida o meio de comunicação mais acessível, mas que não chega a todos. É importante não descurar a necessidade de fazer chegar esse conhecimento a todos os outros que não navegam pelas redes digitais e que



são muitas vezes os que mais carecem dessa informação. Apesar das associações de doentes dedicarem e concentrarem os seus esforços na problemática relacionada com a patologia ou patologias dos doentes que representam, é muito importante que as questões transversais (acesso aos cuidados de saúde, tratamentos, assistência social e outros), que visam colocar o doente no centro das decisões em saúde sejam discutidas e consensualizadas em conjunto por todas as associações de doentes. No que se refere às doenças crónicas, as associações reunidas na FENCOC - Federação Nacional das Associações de Doenças Crónicas, elaboraram um documento base do que poderá vir a ser o Estatuto do Doente Crónico que permitirá a todos os portadores de doença crónica serem tratados numa base de equidade, acrescida das especificidades de cada doença. Sendo sempre de louvar a dedicação de cada um de nós em prol do bem estar dos doentes que representamos, não tenho dúvidas que é no trabalho colaborativo entre as associações de doentes que melhor conseguimos defender as nossas causas e direitos e contribuir, assim, para a melhoria da qualidade de vida de todos nós. ●

LABORATÓRIO PORTUGUÊS DE AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS

Tânia Gaspar¹Maria do Céu Machado²Miguel Xavier³Saúl Jesus⁴Margarida Gaspar de Matos⁵Mário Caldeira Dias⁶Manuela Faia Correia⁷José Luís Pais Ribeiro⁸João Areosa⁹Helena Canhão¹⁰

Introdução

As organizações e as pessoas deparam-se com crescentes desafios económicos, sociais e ambientais. Todos estes desafios refletem-se na saúde e bem-estar das pessoas e das organizações. Consequentemente, a qualidade da resposta e desempenho dos profissionais e das organizações estão associados à sua saúde, capacidade e expectativas.

O **Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis (LABPATS)** pretende ser um contributo para a compreensão e promoção do bem-estar e saúde dos profissionais e organizações.

O **LABPATS** tem como objetivo o estudo aprofundado, sistemático e ecológico da saúde e bem-estar dos profissionais e das organizações e a colaboração na promoção e proteção da saúde e dos riscos em contexto laboral em Portugal.

Pretende caracterizar a situação nacional ao nível das necessidades de intervenção e da fundamentação, *design/estruturação*, avaliação e inovação de programas de intervenção e políticas com impacto na saúde e bem-estar, desenvolvimento saudável e sustentável dos profissionais e das organizações em constante ligação à sociedade, numa lógica ancorada no *triple bottom line* (*Profit, People, Planet*).

O **LABPATS** reúne personalidades, investigadores, instituições académicas e de investigação, organizações, associações e entidades governamentais e não governamentais especialistas. Esta organização em rede permite uma abordagem multidisciplinar, uma importante articulação e conjugação de conhecimentos e competências e uma gestão flexível dos recursos disponíveis.

O **LABPATS** tem os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar as necessidades ao nível da promoção da saúde e proteção da doença, dos riscos psicossociais no trabalho dos profissionais e das organizações em Portugal relacionando com o desempenho;
- Avaliar as respostas e respetiva adequabilidade às necessidades;
- Identificar e disseminar boas práticas;
- Propor medidas adequadas às entidades competentes;
- Identificar e propor áreas/temas relevantes e emergentes para investigação e desenvolvimento;
- Estudar aprofundadamente a relação entre o bem-estar e produtividade numa perspetiva estratégica;
- Divulgar dados em relatório anual;
- Formação e consultoria na área dos ambientes de trabalho saudáveis;
- Dar pareceres sobre assuntos relevantes na área dos ambientes de trabalho saudáveis.

O **LABPATS** tem os seguintes eixos de atuação:

Eixo 1: Investigação e Desenvolvimento - identificar e propor áreas/temas relevantes e emergentes para investigação e desenvolvimento.

Eixo 2: Informação/formação - reunir e divulgar informação disponível ao nível de investigação e intervenção, disseminar boas práticas, dinamizar ou apoiar eventos científicos e profissionais (*workshops*, encontros, congressos, etc.).

Eixo 3: Consultoria - *policy advice*; proposta de programa e medidas; consultoria e apoio à implementação e avaliação de programas e medidas.

Eixo 4: Internacionalização - desenvolvimento de parcerias internacionais para rede de Observatório.

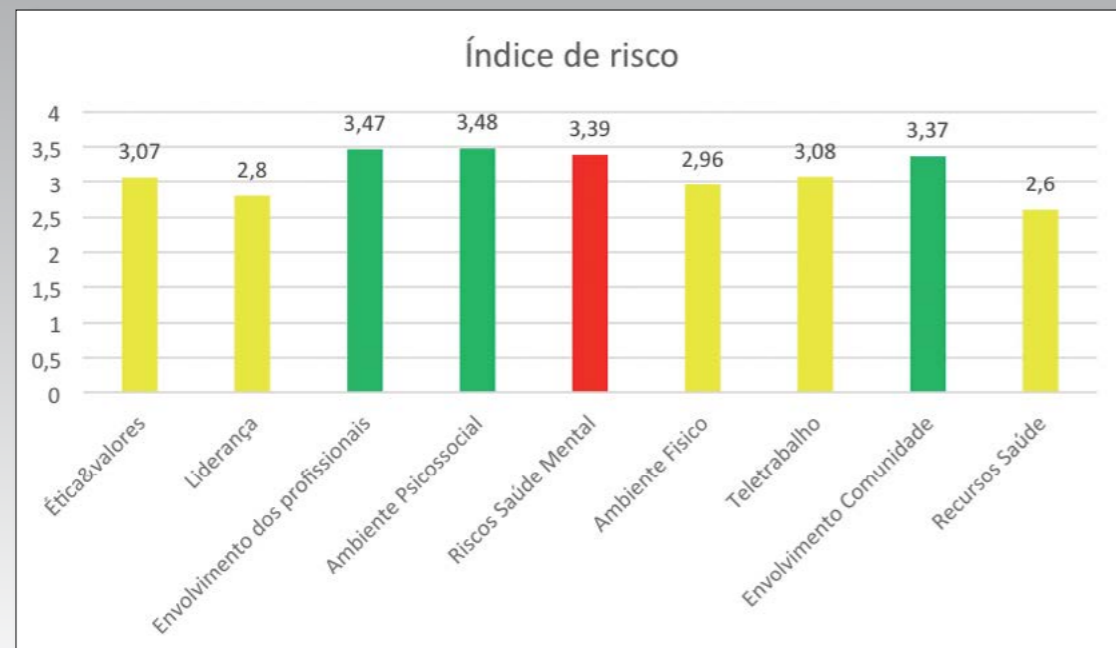
O **LABPATS** realiza o diagnóstico e a monitorização com recurso ao Instrumento Ecosistemas de Ambientes de Trabalho Saudáveis (EATS) publicado por Gaspar *et al.* (2022). O Instrumento Ecosistemas de Ambientes de Trabalho Saudáveis (EATS) é constituído por um total de 62 itens organizados em 9 dimensões, tendo como base o modelo dos *Healthy Workplaces* proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010). A dimensão Ética e Valores é constituída por 8 itens, o Compromisso com a Liderança por 6 itens, o Envolvimento dos Trabalhadores por 7 itens, os Riscos Psicossociais

do Trabalho relacionados com o conteúdo do trabalho e relações com a liderança tem 12 itens, os Riscos Psicossociais do Trabalho relacionados com o Bem-estar e Saúde Mental têm 5 itens, o ambiente Físico tem 5 itens, o teletrabalho tem 3 itens, o Envolvimento com a Comunidade 12 itens e os Recursos para a Saúde Pessoal tem 4 itens.

Estudo de caso: Ambientes de Trabalho Saudáveis em Hospitais do Serviço Nacional de Saúde

O instrumento EATS foi aplicado a Hospitais públicos do SNS. O estudo envolveu 628 participantes, profissionais de 8 Hospitais Públicos do Serviço Nacional de Saúde, 483 (76,9%) do sexo feminino. A idade dos trabalhadores varia entre os 20 e os 69 anos, com média de 43,03 anos e desvio padrão de 10,05.

O presente estudo permitiu fazer um retrato das Organizações de Saúde do Serviço Nacional de Saúde como Ambientes de Trabalho Saudáveis numa perspetiva sistémica e multidimensional tendo em conta a ética e valores da organização, o compromisso da liderança, o envolvimento dos profissionais, o ambiente e riscos psicossociais do trabalho, o envolvimento com a comunidade e responsabilidade social, o ambiente físico, os recursos para a saúde, adaptação ao teletrabalho e va- ▶



riáveis complementares relevantes, tais como níveis de *Engagement*, *Burnout*, *Presentismo* e *Absentismo*.

Ao nível das dimensões dos Ambientes de Trabalho Saudáveis, verificamos valores elevados no sentido positivo (> 3,32) nas dimensões: Envolvimento do Profissional, Ambiente Psicossocial e Envolvimento com a Comunidade. Encontramos valores moderados (entre 1,66 e 3,32) para as seguintes dimensões: Ética e Valores, Compromisso da Liderança, Ambiente Físico, Teletrabalho e Recursos para a Saúde Pessoal. A dimensão que revela valores de maior risco é o Risco Psicossocial relacionado com a Saúde Mental.

Índice de Risco nas Organizações Hospitalares do SNS

As dimensões do Ambiente de Trabalho relacionam-se e influenciam-se entre si, salienta-se a correlação entre a Ética e Valores e o Compromisso com a Liderança ($r=0,84$), e o Envolvimento do Trabalhador ($r=0,62$), a correlação entre Compromisso com a Liderança e o Envolvimento do Trabalhador ($r=0,60$), e a correlação entre o Ambiente Psicossocial, Conteúdo do Trabalho & Relação Liderança e a ética e Valores ($r=0,62$) e o Compromisso da Liderança ($r=0,66$), e o Envolvimento do Trabalhador ($r=0,67$).

Quando comparamos grupos em relação às dimensões dos Ambientes de Trabalho Saudáveis verificamos que não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários. Em relação ao género, verificamos que em relação às dimensões Ética & Valo-

res, Envolvimento do Trabalhador e Envolvimento Comunidade são as mulheres que tem uma perceção mais favorável quando comparadas com os homens. Em relação à doença crónica, são os trabalhadores com doença crónica que apresentam um maior risco psicossocial do trabalho relacionado com a saúde mental quando comparados com os trabalhadores sem doença crónica. 34,4% dos trabalhadores reportam ter doença crónica.

O estudo específico do *Engagement* permite verificar que 37,7% dos profissionais apresenta valores muito baixos (percentil 25) de *Engagement*. Verificamos que a perceção das dimensões dos Ambientes de Trabalho Saudáveis é menos positiva em todas as dimensões para os trabalhadores com baixo *Engagement* quando comparados com os trabalhadores com elevado grau de *Engagement*. O estudo aprofundado do *Burnout* revela que 63,8% dos trabalhadores apresenta pelo menos um sintoma de *Burnout*. Verificamos que a perceção das dimensões dos Ambientes de Trabalho Saudáveis é menos positiva em todas as dimensões para os trabalhadores com sintomas de *Burnout* quando comparados com os trabalhadores sem sintomas de *Burnout*.

Verificamos que 6,8% dos trabalhadores apresenta elevado nível de absentismo e 16,9% revela níveis elevados de presentismo.

As boas práticas desenvolvidas na organização foram organizadas em seis categorias de análise:

1. Relações Interpessoais: Os participantes salientam as boas relações interpessoais, o trabalho em equipa, a boa comunicação, o respeito, a ajuda e a respon-

sabilidade. Para além disso, referem os vários momentos de convívio, conversas informais e boa disposição entre os colegas.

2. Eventos e Dinâmicas Sociais: Os participantes referem como boa prática a existência de convívios (e.g., almoços, jantares, atividades) e as ações de *team building*.

3. Promoção do bem-estar físico e mental: Os participantes realçam o acesso a aulas de ginástica, *yoga*, bicicletas e outras atividades físicas e desportivas. Para além disso, realçam como boa prática o acesso a alimentação saudável no local de trabalho, bem como a consultas para promoção do bem-estar físico e mental (e.g., consulta para cessação tabágica, linha de apoio psicológico, consulta de saúde ocupacional).

4. Organização: Os participantes salientam a autonomia, responsabilidade e reconhecimento dos superiores. Para além disso, realçam as reuniões regulares e a boa comunicação, o incentivo ao trabalho em equipa, os horários flexíveis e as pausas ao longo do turno.

5. Ambiente físico: Os participantes realçam o acesso a equipamentos ergonómicos e equipamentos de proteção, a criação de espaço para fumadores, a iluminação e a temperatura dos espaços e o arejamento dos espaços.

6. Promoção do desenvolvimento profissional: Os participantes referem a participação em ações de formação.

Propostas de melhoria para tornar o ambiente de trabalho mais saudável

1. Organização: Os participantes propõem adquirir equipamentos de proteção e equipamentos ergonómicos, melhorar os espaços físicos, a limpeza, a qualidade do ar, a temperatura e reduzir o barulho. Para além disso, propõem a redução das horas, o ajuste dos turnos de trabalho, a possibilidade de trabalho misto (alternar entre presencial e teletrabalho) e o aumento da remuneração. Os participantes referem também o aumento da justiça, da transparência, da comunicação, da valorização, do respeito e das reuniões de articulação. Por outro lado, também referem a necessidade de criar mais espaços de descanso, criar uma creche para os filhos dos trabalhadores e ter um ginásio para os funcionários.

2. Liderança: Os participantes sugerem aumentar o respeito pelos profissionais, melhorar a comunicação, aumentar a motivação dos profissionais. Para além disso, propõem a reformulação das chefias e o aumento das reuniões.

3. Profissionais: Os participantes reforçam a existência de atividades de *team building*, convívios, formações e ações. Para além disso, sugerem o aumento das atividades físicas e desportivas.

4. Comunidade: Os participantes referem, a nível externo, o aumento dos protocolos com ginásios, instituições desportivas, seguros de saúde e entidades de formação.

Conclusão

O Ambiente de Trabalho Saudável deve ser compreendido de forma integral e sistémica. A cultura da organização deve ser promotora de saúde, as lideranças mais motivadas e promovendo uma melhor comunicação e maior valorização dos trabalhadores. Os participantes salientam a necessidade de desenvolver atividades promotoras de bem-estar e de saúde no contexto laboral e promover comunicação entre profissionais e disciplinas. A intervenção ao nível da capacitação de profissionais e lideranças e promoção da saúde mental, prevenção do *burnout* e desenvolvimento de estratégias de gestão de conflitos e stress são áreas prioritárias de intervenção. ●

¹ Professora Associada com Agregação, ISAMB/Universidade de Lisboa, especialista em Psicologia, Gestão e Saúde

² Professora Catedrática da Universidade de Lisboa, especialista em Saúde e Gestão

³ Professor Catedrático da Universidade NOVA de Lisboa, especialista em Saúde Mental

⁴ Professor Catedrático da Universidade do Algarve, especialista em Psicologia Saúde e Organizacional

⁵ Professora Catedrática da Universidade de Lisboa, especialista em Psicologia e Saúde

⁶ Professor Associado na Universidade Lusíada, especialista em Economia

⁷ Professora Associada na Universidade Lusíada, especialista em Gestão de Recursos Humanos

⁸ Professor Associado na Universidade do Porto, especialista em Psicologia Saúde

⁹ Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Setúbal, especialista em Sociologia

¹⁰ Professora Catedrática da Universidade NOVA de Lisboa, especialista em Saúde e Reumatologia

• Gaspar, T., Faia-Correia, M., Machado, M.C., Xavier, M., Guedes, F.B., Pais-Ribeiro, J. & Matos, M.G. (2022). Ecosistemas dos Ambientes de Trabalho Saudáveis (EATS): Instrumento de Avaliação dos Healthy Workplaces. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças* 23(1), 252-268 <https://doi.org/10.15309/22psd230124>

Mais informações sobre o Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis disponíveis em:

- <https://laboratoriopats.wixsite.com/labpats/>
- laboratoriopats@gmail.com

RECONSTRUIR A RESPOSTA À DIABETES EM PORTUGAL



João Diogo
Senior Business Analyst, MOAI Consulting



Helena Novais
Public Affairs Director, Novo Nordisk

Como está por demais diagnosticado, reconhecido e quantificado, a conjuntura dos últimos dois anos comportou impactos bastante significativos para diversos domínios da sociedade. Sendo certo que a Saúde foi um dos setores que mais diretamente - e incontornavelmente - se expôs a essa erosão, é também verdade que as consequências com que hoje o sistema de saúde se confronta - quer por força da sustentada pressão assistencial, quer por força do desgaste coletivo das equipas, quer pelo aumento das necessidades de saúde decorrentes do contexto de isolamento e da resposta limitada às áreas clínicas não-Covid - têm contribuído para exacerbar limitações e desafios estruturais crónicos. Ao mesmo tempo, têm estimulado os vários agentes, do Estado à sociedade civil, a projetarem novas abordagens e soluções que permitam recuperar - ou mesmo reconstruir - os modelos de prestação de cuidados no país.

Imbuídos desse espírito, a **APAH** e a **Novo Nordisk**, com o apoio técnico da **MOAI Consulting**, impulsionaram a dinamização da iniciativa “Um PRR para a Diabetes”, uma profícua jornada multidisciplinar no âmbito da qual se pretendeu precisamente sinalizar a necessidade e contribuir para a reconstrução do modelo de gestão da diabetes enquanto prioridade de saúde pública em Portugal.

E porquê assumir a diabetes como prioridade? Desde logo porque somos um país onde 41% da população adulta tem pelo menos uma doença crónica¹, estimando-se que quase 3 milhões de portugueses sejam afetados ou estejam em risco de desenvolver a doença. Estes números, potencialmente agravados pela pandemia (conforme descrevemos na edição anterior da revista), colocam Portugal como o segundo país europeu com maior prevalência de diabetes (logo a seguir à Alemanha²) e em patamares

igualmente preocupantes no domínio de exposição a fatores de risco como a obesidade ou o sedentarismo¹.

Foi acolhendo a relevância do momento e do desafio, que esta iniciativa contou com o envolvimento de 20 personalidades de áreas científicas e profissionais distintas e complementares, com ampla experiência e conhecimento na diabetes e, acima e tudo, com sentido objetivo de inovação e progresso. Organizados num *Steering Committee* e numa *Task Force*, os participantes reuniram-se em vários momentos de discussão e partilha para, numa primeira fase, identificar as áreas prioritárias de intervenção e, posteriormente, construir aquele que viria a ser o objeto primordial da iniciativa - um **Plano de Reconstrução para a Diabetes**. Ora, este exercício de identificação dos desafios e barreiras que carecem de resposta prioritária e que eventualmente obrigam a uma mudança estrutural da abordagem, pressupõe uma noção clara e consensual de onde queremos chegar e que realidade pretendemos construir. Assim, todo o trabalho desenvolvido se orientou em torno daqueles que foram definidos como os **3 objetivos principais do Plano**, a cada um dos quais se encontram subjacentes **4 indicadores de sucesso**:

1. Menos pessoas com diabetes: desacelerar e, idealmente, inverter a tendência crescente da incidência e prevalência da diabetes é o derradeiro e mais objetivo desígnio que se pretende concretizar neste domínio. Destaca-se, aqui, a importância de reforçar os meios e a cultura de intervenção dirigida à pré-diabetes e de pendor preventivo, que ambicione reconfigurar modelos comportamentais mais saudáveis na comunidade e nela possa influenciar, de forma sustentada, a relação da população portuguesa com alguns fatores de risco que se afiguram particularmente preocupantes no nosso contexto, como a obesidade e o sedentarismo. Por outro lado, é fundamental reconhecer que a diabetes é, em

muitos casos, determinada por fatores sociais e económicos que importa mitigar por vias distintas e externas à dimensão dos cuidados de saúde. Este é um flagrante exemplo da necessidade de colocar em prática o princípio da “diabetes em todas as políticas”, encontrando respostas e sinergias fora do ecossistema de saúde.

2. Mais pessoas com acesso a melhores cuidados: a tónica deste objetivo prende-se, fundamentalmente, com a importância de combater persistentes e perniciosos contrastes territoriais, quer no acesso à rede de cuidados, quer no tipo de cuidados e abordagens organizativas disponibilizadas em Portugal. Por meio de estímulos e protagonistas de natureza diversa, o sistema de saúde tem testemunhado a implementação de vários projetos inovadores que impulsionam a modernização gradual do modelo de gestão da diabetes mas que, devido à sua natureza circunscrita e à aparente dificuldade em disseminar e dar escala às boas práticas, acabam por não se traduzir em benefício para a globalidade dos cidadãos, como seria desejável. A premência de instituir modelos organizacionais orientados para a prevenção, para a integração de cuidados, para uma efetiva digitalização, para maior eficiência e focados em resultados em saúde deve, assim, caminhar em paralelo com um compromisso de universalização do acesso a cada uma destas transformações e de salvaguarda da dimensão crítica e transversal a todo o sistema: a promoção de modelos adequados de valorização dos recursos humanos.

3. Melhores resultados em saúde: é fundamental garantir que os indicadores que avaliamos, os dados que recolhemos e a forma como os gerimos estão em linha com esta ambição. O contexto dos últimos dois anos potenciou e permitiu gerar evidência quanto aos benefícios da transformação digital na saúde e em particular na gestão e partilha de dados. Este é um momento favorável para uma revolução na gestão de dados e resultados em saúde. A montante, espera-se que uma rede dotada de mecanismos mais ágeis, intuitivos, sinérgicos e promotores de maior proximidade entre o profissional e o cidadão, permita dar lugar a intervenções mais efetivas e eficientes nos quatro níveis centrais de resposta à diabetes: prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão de complicações.

Para lá chegar, com ambição e pragmatismo, no horizonte que percorre a próxima década, são propostas **6 áreas de intervenção prioritárias**:

Prevenção: identifica-se esta como a área basilar (embora cronicamente relegada para um plano secundário) na transformação a médio e longo-prazo da incidência e da carga de doença associadas à diabetes. Concentrando mais esforços em iniciativas focadas na promoção da literacia em saúde, bem como na intervenção atempada, integrada e multidisciplinar junto da subpopulação com

“

SOMOS UM PAÍS ONDE 41% DA POPULAÇÃO ADULTA TEM PELO MENOS UMA DOENÇA CRÓNICA, ESTIMANDO-SE QUE QUASE 3 MILHÕES DE PORTUGUESES SEJAM AFETADOS OU ESTEJAM EM RISCO DE DESENVOLVER DIABETES. ESTES NÚMEROS COLOCAM PORTUGAL COMO O SEGUNDO PAÍS EUROPEU COM MAIOR PREVALÊNCIA DE DIABETES, LOGO A SEGUIR À ALEMANHA

”

pré-diabetes (e.g., por via das ferramentas de estratificação de risco), será certamente possível contribuir para uma inversão no alarmante panorama da diabetes em Portugal e, de uma forma geral, para uma população mais saudável.

Educação: reconhece-se esta como uma vertente complementar da ação preventiva, motivada pela importância de capacitar os vários agentes envolvidos no ecossistema da gestão da diabetes ou pré-diabetes: a pessoa que vive com a doença e que diariamente toma decisões para gerir a sua condição da melhor forma, os cuidadores/familiares e os próprios profissionais de saúde, cujo papel na constante motivação para a autogestão, mudança sustentada de comportamentos e adesão terapêutica é de extrema relevância.

Capacidade Resolutiva: sem assegurar a capacidade técnica e humana para, no terreno, dar resposta atempada e eficaz às necessidades vigentes e previstas para o futuro, dificilmente se poderão concretizar as metas e ambições assumidas. Este foi um domínio particularmente realçado pelos grupos de trabalho, na medida em que há no país preocupantes desfasamentos entre o planeamento do investimento em capacidade técnica e a subsequente garantia de capacidade humana para assegurar a transformação desse investimento em valor para a saúde. Foi particularmente enfatizada a necessidade de se redefinir o modelo de distribuição de responsabilidades e atribuições entre as várias categorias profissionais e tipologias ▶



NO QUE À DIABETES DIZ RESPEITO, O DEBATE DENUNCIA HAVER HOJE UM MODELO QUE NÃO ESTIMULA, E PORVENTURA ATÉ CONTRARIA, A IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS ACIMA PROPOSTAS: DE CARÁTER VERDADEIRAMENTE PREVENTIVO



de unidades de saúde no respeitante à gestão da diabetes, procurando-se “virar a página” de um modelo que hoje se concentra excessivamente no Médico de Medicina Geral e Familiar e no Endocrinologista, aproveitando o atual contexto para promover experiências de integração e multidisciplinaridade que permitam melhor capitalizar o potencial e mais-valia de outros atores na rede de saúde, como por exemplo as UCC e as USP.

Governança e Cooperação: esta é uma área que pretende realçar a importância de encarar a diabetes como doença social e cuja gestão, como tal, deverá inclinar-se mais para uma visão orientada para a comunidade e recetiva ao estabelecimento de elos colaborativos que transcendem a rede prestadora de cuidados de saúde. Assim, estar-se-á a tirar partido do potencial interventivo, assistencial, formativo e colaborativo de um conjunto de agentes detentores de um espectro de conhecimento e experiência bastante amplo e complementar entre si, do qual se espera resultar, naturalmente, uma intervenção mais efetiva, de maior qualidade, mais sustentável e geradora de melhores resultados em saúde. Das Farmácias às IPSS, passando incontornavelmente pelas Associações de Doentes e pelas Autarquias, existe um leque vasto de intervenientes com um papel útil a desempenhar na prevenção e controlo da diabetes e da doença crónica, que deve genuinamente ser mais envolvido no processo integrado de promoção da saúde e gestão da doença.

Inovação Digital: como já referido, vivemos num momento propício para discutir, planear e implementar uma efetiva transição digital no setor da saúde. No caso da gestão da doença crónica e, em particular, da diabetes, esta será uma etapa desbloqueadora de outras estrutu-

ralmente incontornáveis para se almejar o modelo inovador de cuidados que queremos para o futuro: integração assistencial, monitorização individual e epidemiológica, autogestão, partilha de dados, telemonitorização, entre outros, são vetores indispensáveis a este modelo e todos eles dependentes de uma forte rede e infraestrutura digital. Espera-se que os próximos anos possam ser palco de uma verdadeira transformação no setor, criando condições de base para que, no futuro, a rede prestadora possa beneficiar de um sólido ecossistema de SI e de partilha de dados, bem como de modalidades inovadoras (e de acesso universal) para monitorização integrada do doente crónico.

Modelos de Financiamento: importa também que a todo o momento estejamos disponíveis para avaliar se estamos efetivamente a fazer depender as unidades de saúde e a população do modelo e indicadores corretos para alcançar os objetivos de saúde que ambicionamos. No que à diabetes diz respeito, o debate denuncia haver hoje um modelo que não estimula, e porventura até contraria, a implementação das estratégias acima propostas: de caráter verdadeiramente preventivo, orientadas para a comunidade, focadas nos resultados. Advoga-se, assim, um novo modelo de financiamento, suportado por uma visão populacional e centrado no cidadão e nos seus determinantes de saúde, que remunere e recompense as unidades pela eficácia com que previnem e mitigam a carga de doença a médio e longo-prazo, ao invés da exaustividade e eficácia com que respondem à doença aguda. Subjacentes a cada uma das 6 áreas aqui sucintamente enquadradas, são 15 os eixos de ação que o **Plano para a Reconstrução da Diabetes em Portugal** elenca ao longo do documento, apresentado publicamente em novembro de 2021 no seio de um amplo e enriquecedor debate e que hoje incorpora os contributos recebidos através de alargada consulta pública.

Este Plano traduz a elevada expectativa de quem o promoveu, construiu e debateu, quanto à janela de oportunidade que se apresenta para, nos próximos anos, reconfigurar estruturalmente a abordagem a uma das doenças crónicas com maior impacto de saúde, económico e social em Portugal. Procura, acima de tudo, acrescentar valor e contribuir para a construção das principais ferramentas de política de saúde capazes de posicionar, adequada e efetivamente, a diabetes enquanto prioridade nacional: o Plano Nacional de Saúde e o Programa Nacional da Diabetes. Procura dizer “presente” a um desafio que deve ser de todos nós. ●

1. OECD. State of the Health in the EU - Portugal Country Profile 2021.

2. OCDE. Health at a Glance 2021. Diabetes prevalence among adults, age-standardised ratio (2019).



UM PLANO DE RECONSTRUÇÃO PARA A DIABETES

OBJETIVOS PRIORITÁRIOS

MENOS PESSOAS COM DIABETES

- 1 Estabilização da incidência da diabetes e obesidade até 2030
- 2 Definição e análise contínua de indicadores de sinalização e controlo da pré-diabetes nos CSP
- 3 Melhoria global de indicadores ilustrativos de comportamentos protetores (alimentação e atividade física) na população
- 4 100% de ACES/Municípios com Estratégia Local para Prevenção da Diabetes implementada até 2030

MAIS PESSOAS COM ACESSO AOS MELHORES CUIDADOS

- 5 Aumentar o número de utentes com diabetes com acompanhamento adequado nos CSP
- 6 Definição e implementação de rácios adequados de cobertura das várias valências profissionais de resposta multidisciplinar à diabetes
- 7 100% de UCFD com Protocolo de Integração de Cuidados implementado
- 8 100% de cobertura nacional de Plataforma Digital Centralizada para gestão do doente

MELHORES RESULTADOS EM SAÚDE

- 9 Criação e avaliação de métricas de qualidade de vida e experiência do utente incorporadas nos indicadores de desempenho das unidades de saúde
- 10 Redução em 25%, dos valores reportados de carga de doença associada à diabetes, até 2030
- 11 Criação de Repositório de Boas Práticas assistenciais identificadas na diabetes
- 12 Desenvolvimento de modelo de recolha, análise e partilha de informação que se traduza num Registo Nacional da diabetes

Para concretizar os 3 objetivos prioritários do Plano, foram definidas 6 áreas de intervenção:



INICIATIVA



APOIO TÉCNICO



MODELO DE CERTIFICAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE *

* E ACREDITAÇÃO DO DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE ENQUANTO ORGANISMO CERTIFICADOR



Alexandre Duarte
Administrador hospitalar,
auditor externo qualificado
do Departamento da Qualidade na Saúde
- Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo



Laura Marques
Médica, coordenadora nacional do modelo
de certificação do Ministério da Saúde
- Direção-Geral da Saúde,
Departamento da Qualidade na Saúde



Maria José Branquinho
Enfermeira, auditora interna e gestora
de projetos do modelo de certificação
do Ministério da Saúde
- Direção-Geral da Saúde,
Departamento da Qualidade na Saúde

Em Portugal, o modelo da “Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía” (ACSA) foi adaptado à realidade das instituições prestadoras de cuidados de saúde portuguesas e adotado como modelo oficial e nacional de certificação de unidades de saúde, através do Despacho n.º 69/2009, de 24 de junho, cabendo ao Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), da Direção-Geral da Saúde (DGS), a sua disseminação pelo Sistema de Saúde Português, no quadro da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS). Para esse efeito, a DGS detém, desde 2010 e através de protocolo de cooperação específico celebrado com a ACSA, direitos exclusivos sobre as licenças de utilização do modelo ACSA no território nacional que lhe permitem conduzir autonomamente todo o processo de certificação das unidades de saúde portuguesas por este modelo, dispondo, para tal, de um corpo de auditores portugueses cuja formação é assegurada através do programa de formação de auditores “Surveyor Training Programme”, certificado pela “International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association” (ISQua-IEEA), entidade de reconhecido prestígio internacional.

O modelo de certificação da ACSA, atualmente designado como “ACSA Internacional”, destina-se a todo o tipo de instituições, unidades e/ou serviços de saúde do Sistema de Saúde Português, designadamente aquelas

que prestam cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e baseia-se em três abordagens: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão de competências. Trata-se de um programa de adesão voluntária, exceto para os centros de referência nacionais, cujo processo de certificação da qualidade e segurança da prestação de cuidados é obrigatório, no quadro da Portaria n.º 194/2014 de 30 de setembro. Para além disso, é coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e assume um caráter transversal, progressivo e integral, tendo sido desenvolvido por profissionais de saúde com conhecimentos na área da gestão da qualidade e da prática clínica.

O modelo baseia-se no conceito de auditorias inter pares e apoia-se numa metodologia de autoavaliação que fomenta o trabalho em equipa, numa perspetiva multidisciplinar e a partilha do conhecimento de boas práticas e elementos de qualidade. Os diferentes manuais de *standards* que o compõem são aplicáveis a distintas tipologias de unidades de saúde e contemplam cinco dimensões da qualidade:

1. O cidadão como centro do sistema de saúde;
2. A organização da atividade centrada na pessoa;
3. Os profissionais;
4. Os processos de suporte;
5. Os resultados.



Cada uma delas integra um conjunto de requisitos normativos sobre os quais incide a avaliação com vista à obtenção da certificação.

Os requisitos normativos apresentam diferentes graus de exigência e complexidade, estando classificados em três grupos de *standards*:

- O Grupo I, que contempla parâmetros prioritários do sistema de saúde e em particular do SNS, tais como os direitos dos cidadãos, os princípios éticos e os aspetos ligados à segurança dos utentes e profissionais;
- O Grupo II, que inclui parâmetros associados a um maior desenvolvimento da qualidade na organização, como as tecnologias e os sistemas de informação, o redesenho de processos e de aspetos organizativos;
- O Grupo III, no qual se incluem parâmetros impactantes que demonstram que a instituição/unidade é uma referência para o sistema, por via da inovação, do valor acrescentado e do desenvolvimento orientado para a sociedade em geral. Esta estrutura permite às instituições e unidades de saúde identificar e priorizar a sua estratégia face à implementação do modelo.

Assim, e de acordo com o nível de conformidade alcançado nos diferentes requisitos associados a cada um dos grupos de *standards* supracitados, cada unidade de saúde em processo de certificação pode atingir um dos seguintes níveis de certificação: Bom, Ótimo ou Excelente.

Importa ainda referir que o processo de certificação se desenvolve em quatro fases: candidatura, autoavaliação, avaliação e acompanhamento, sendo a plataforma informática @Qredita uma das principais ferramentas de apoio durante todo o período de vigência do mesmo, cujo acesso é restrito às unidades que se encontram em processo de certificação e onde fica registada toda a informação relativa ao(s) projeto(s) em curso na instituição. A autoavaliação é sem dúvida alguma a fase mais importante de todo este processo. Tem a duração de 365 dias e representa uma oportunidade para as organizações refletirem sobre as suas práticas, procederem à avaliação do seu grau de cumprimento em relação aos requisitos aplicáveis, determinarem os objetivos da certificação, planearem e implementarem as ações de melhoria necessárias. Uma vez finalizada a autoavaliação, é ▶

“

ATUALMENTE (31/05/2022) ENCONTRAM-SE EM PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO ATIVA 482 UNIDADES DE SAÚDE, DAS QUAIS 294 JÁ CERTIFICADAS NO ÂMBITO DOS DIFERENTES PROGRAMAS

”

realizada uma avaliação externa por profissionais qualificados e selecionados pelo Departamento da Qualidade na Saúde, após a qual é elaborado um relatório de avaliação que será submetido ao Comité de Certificação para atribuição do respetivo nível de certificação. Caso seja certificada, a unidade terá o seu certificado outorgado pelo DQS/DGS, o qual tem a validade de cinco anos e atesta a conformidade das unidades relativamente aos requisitos de certificação do manual de *standards* aplicável. No decurso desse período é realizada uma auditoria de acompanhamento para se garantir a continuidade e melhoria das boas práticas, podendo, em alguns casos resultar na suspensão ou na retirada do certificado, caso se verifique incumprimento das obrigações resultantes da atribuição da certificação.

Atualmente (31/05/2022) encontram-se em processo de certificação ativa 482 unidades de saúde das quais 294 já certificadas no âmbito dos diferentes programas e respetivos manuais de *standards*, o que atesta o grau de implementação e consolidação da estratégia iniciada pelo Departamento da Qualidade na Saúde em 2009.

Paralelamente a este percurso e numa perspetiva de melhoria contínua, a DGS, através do DQS, submeteu uma candidatura ao Instituto Português de Acreditação (IPAC) com o objetivo de ver reconhecida a sua competência técnica enquanto entidade certificadora para o modelo ACSA em Portugal, à semelhança do que acontece com a “Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía”, em Espanha.

Neste contexto, salientam-se os diversos reconhecimentos nacionais e internacionais detidos atualmente pela ACSA: a acreditação pela “Entidad Nacional de Acreditación” (ENAC) para os diversos programas de certificação e respetivos manuais de *standards*; as três certificações atribuídas pela “International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association” (ISQua-IEEA) - uma, enquanto organização de avaliação externa; outra, relativa aos manuais de *standards* e outra referente ao

programa de formação de auditores. Concomitantemente, foi selecionada para a avaliação das redes europeias de referência e dos centros, serviços e unidades de referência do sistema nacional de saúde do governo espanhol, na qualidade de entidade independente.

Nessa conformidade, é de assinalar que o Departamento da Qualidade na Saúde da DGS culminou com sucesso o seu processo de acreditação pelo IPAC, tendo-lhe sido recentemente concedido, em fevereiro de 2022, o certificado de acreditação para organismos de certificação, ao abrigo da norma NP EN ISO/IEC 17065:2014, pelo que se encontra plenamente integrado no Sistema de Qualidade Português.

Nos termos do Regulamento (CE) n.º 765/2008, o IPAC é o organismo nacional de acreditação e tem por missão desenvolver a atividade de acreditação e reconhecer a competência técnica aos organismos de avaliação da conformidade, designados organismos de certificação. Atua, assim, como agente regulador de laboratórios de ensaio e de calibração, de organismos de inspeção e de organismos de certificação, como é agora o caso do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS. O IPAC é membro da EA (European Cooperation for Accreditation) e do IAF (International Accreditation Forum), estruturas que congregam os organismos de acreditação a nível europeu e internacional, atuando sob a supervisão do Ministro responsável pela Economia, embora a sua área de intervenção abranja praticamente todos os setores de governação. Ao atingir este estatuto, o DQS demonstra e reforça inequivocamente o seu compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança da prestação de cuidados, em particular no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo, deste modo, para que o cidadão e demais partes interessadas (*stakeholders*) tenham mais confiança no sistema de saúde.

Como refere Zig Zigar, “se não estivermos dispostos a aprender, ninguém nos poderá ajudar. Se estivermos determinados a aprender, ninguém nos poderá parar.” ●

• Portugal. Instituto Português de Acreditação, IP. (IPAC) - Organismo Nacional de Acreditação, Regulamento (CE) n.º 765/2008, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 Julho.

• Portugal. Despacho n.º 69/2009, de 30 de agosto, Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra.

• Portugal. Portaria n.º 194/2014 de 30 de setembro, Diário da República “Iª série”.

• Portugal. Direção-Geral da Saúde - “Programa Nacional de Acreditação em Saúde; Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde”, Lisboa, 2014.

• Portugal. Direção-Geral da Saúde - “Manual de Standards de Unidades de Gestão Clínica - ME 5 I_07”, Lisboa, 2017.

• Portugal. Direção-Geral da Saúde - “Documento Geral de Certificação Unidades de Saúde”, Lisboa, 2020.

• Portugal. Direção-Geral da Saúde - <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude/unidades-de-saude-acreditadas.aspx>

PARIS: ESTUDO DE EXPERIÊNCIAS DE UTENTES NA SAÚDE



André Peralta-Santos
Direção-Geral da Saúde

Portugal participa, através da Direção-Geral da Saúde (DGS), no **PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys)**, um estudo internacional sobre os resultados e experiências dos utentes com os serviços de saúde. Trata-se de uma iniciativa da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e conta com a participação de 21 países. Pretende-se que o **PaRIS** seja para a Saúde o que o PISA (Programme for International Student Assessment) é para a educação.

Para a implementação do **PaRIS** em Portugal, foi constituída uma equipa com elementos da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e das Administrações Regionais de Saúde (ARS). Para além disso, o grupo conta com a Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA), como parceiro académico. O envolvimento dos grupos profissionais e de utentes está assegurado através de um grupo consultivo que tem como função aconselhar a equipa na implementação do **PaRIS**. Este estudo tem como objetivos desenvolver, padronizar e implementar uma nova geração de indicadores para medição de resultados, na perspetiva dos utentes, em cuidados de saúde primários (CSP), preenchendo uma lacuna de informação nesta área, e procurando aprofundar aspetos como as experiências no acesso a

cuidados de saúde, bem como a qualidade de vida, o bem-estar físico e psicológico. Serão medidos os resultados e as experiências descritos pelos utentes (PROMS, Patient Reported Outcome Measures e PREMS, Patient Reported Experience Measures). De igual forma, serão recolhidas informações dos prestadores de cuidados de saúde primários sobre práticas na prestação e coordenação de serviços de saúde.

O **PaRIS** teve início em 2017, com o desenvolvimento do questionário e a preparação para a implementação do estudo. A tradução do questionário para português decorreu em 2021, e o trabalho de campo será realizado em 2022. A divulgação de resultados está prevista para o ano de 2023. O **PaRIS** contará com uma amostra aleatória de prestadores de Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde (Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados) de Portugal continental e uma amostra aleatória de utentes, com mais de 45 anos, que tenham tido contacto com os prestadores de cuidados de saúde primários (*online* ou presencial) nos últimos seis meses. São várias as dimensões em estudo (conforme tabela), esperando-se que o projeto possa dar indicações sobre a perceção dos Cuidados de Saúde Primários e algumas indicações e sugestões para melhorar os serviços. Foram tomadas todas as precauções em termos de proteção de dados e outros pressupostos éticos. O estudo contou com a avaliação e parecer favorável da comissão de ética da ENSP-NOVA e das cinco ARS, tendo sido também avaliado, em termos de implicações no que respeita à proteção de dados, por parte da DGS, ACSS e SPMS. A participação de Portugal neste tipo de projetos é fundamental para termos uma visão comparativa do desempenho dos Cuidados de Saúde Primários e, com esse conhecimento, podemos identificar aspetos que podem ser melhorados. A ajuda de todos será fundamental para o sucesso na implementação do **PaRIS**. ●

Dimensões em estudo no PaRIS

Utentes	Prestadores
Estado de saúde	Caraterísticas do prestador
Autogestão da saúde e dos cuidados de saúde	Carteira de serviços
Experiências com os cuidados de saúde recebidos	Práticas de coordenação de cuidados de saúde
Utilização de serviços de saúde	Sistema de remuneração
Impacto da pandemia Covid-19 nos cuidados recebidos	Sistema de informação e registo eletrónico de saúde
Caraterísticas sociodemográficas	Impacto da pandemia Covid-19 nos cuidados prestados

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

GANHOS ECONÓMICOS E GANHOS EM SAÚDE*

* UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA



João Ricardo Miranda da Cruz¹



Maria Helena Pimentel²



Susana Rodríguez Escanciano³



Ana Belén Casares Marcos⁴

Introdução

Perante os atuais contextos organizacionais caracterizados por contínuas e rápidas mutações económicas, tecnológicas e sociais, para se definirem políticas de gestão e implementar procedimentos que facilitem o desempenho e a competitividade organizacional já não se podem adotar modelos clássicos de gestão, mas sim enveredar por novos mecanismos organizacionais (Franco, 2006).

A integração de cuidados de saúde visa alcançar maior acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos em saúde e em eficiência. As experiências de integração de cuidados de saúde, particularmente de cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares (CH), começaram a surgir em Portugal, em 1999, com a criação da primeira unidade local de saúde (ULS) em Matosinhos-Porto. Gradualmente mais ULS foram criadas perfazendo hoje um total de oito, dispersas pelo país. Contudo, pouco se conhece acerca desses modelos. Exige-se, por isso, um conhecimento mais profundo destes modelos de gestão dos cuidados de saúde, determinante para a sua avaliação e possível expansão. Em Portugal, no decorrer do tempo, outros modelos foram adotados e dos quais se abdicou em muitos casos sem avaliação para um diagnóstico adequado, dos seus contributos e limitações (Lopes et al., 2014).

Na génese das ULS esteve o propósito de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os servi-

ços, uma via para melhorar a interligação dos Centros de Saúde e Hospitais e, eventualmente outras entidades, designadamente, unidades de cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados (ERS, 2011).

A necessidade de articulação em diferentes níveis dos cuidados de saúde, com principal ênfase entre cuidados primários e cuidados hospitalares, causou a necessidade de se garantir uma mais eficaz e eficiente interligação destes dois níveis de cuidados. A principal finalidade é a obtenção de uma melhor orientação dos utentes dos cuidados primários para o ambiente hospitalar, uma melhor resposta dos cuidados hospitalares e por consequência retorno para os cuidados primários (ERS, 2015).

Assim, partiu-se para a realização desta revisão sistemática da literatura (RSL), seguindo o esquema de referência PICO - Participantes; Intervenção; Comparação e *Outcome* (Joanna Briggs Institute, 2014).

Participantes: unidades locais de saúde; Intervenção - não se aplica; Comparação - não se aplica; *Outcome* - análise ao seu modelo organizacional, ganhos económicos e ganhos em saúde.

Norteados pela questão de investigação: em que medida as unidades locais de saúde constituem um modelo organizacional vertical com ganhos económicos e ganhos em saúde? Delineámos os seguintes objetivos: compreender e analisar as unidades locais de saúde enquanto modelo organizacional vertical, bem como os ganhos económicos e ganhos em saúde decorrentes da integração dos cuidados.



Método de Revisão Sistemática

A definição de critérios de inclusão (Tabela 1) teve como finalidade orientar a pesquisa e selecionar a literatura em função dos resultados pretendidos e da questão formulada.

Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos

A pesquisa foi efetuada eletronicamente nas bases de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, SciELO Portugal, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) e RCAAP (repositórios científicos de acesso aberto de Portugal) que permitiram identificar os descritores mais apropriados. Para determinar os termos de pesquisa recorremos ao Medical Subject Headings (MeSH Browser®). A estratégia de pesquisa procurou uma estrutura lógica que combinasse os termos de busca, os operadores booleanos e os componentes da estratégia PICO. Foram utilizadas na pesquisa as seguintes palavras-chave: Integração vertical em saúde; unidade local saúde; ganhos económicos; ganhos em saúde.

As frases booleanas foram construídas da seguinte forma: (Integração vertical em saúde OR Unidade local saúde);

(Integração vertical em saúde) AND (Ganhos económicos); (Integração vertical em saúde) AND (Ganhos em saúde); (Unidade local saúde) AND (Ganhos económicos); (Unidade local saúde) AND (Ganhos em saúde).

A seleção dos estudos realizou-se através da leitura do título e do resumo de um total de 167. Após leitura na íntegra reduziu-se o número para 8 por cumprirem os critérios de inclusão pré-estabelecidos, excluindo-se 159. A partir desta fase, para aumentar a confiabilidade e transparência do processo de seleção, incluiu-se outro investigador para avaliar a qualidade metodológica tendo como padrões de avaliação a coerência e congruência metodológica do estudo (na descrição de objetivo, participantes, método de colheita e análise de dados), a credibilidade (profundidade da análise) e confiabilidade dos resultados (clareza das evidências), a relevância dos achados: exploração temática, descrição conceptual e explicação interpretativa (Sandelowski e Barroso, 2007). Os 8 estudos foram analisados na íntegra e de forma independente pelos dois investigadores. Feita a avaliação crítica da qualidade de cada um houve consenso na inclusão de 6. ▶

Critérios de seleção	Critérios de inclusão
Artigos alusivos à integração vertical em saúde em Portugal	Publicados entre 2008 a 2018
	Artigos publicados em <i>full-text</i> e <i>open access</i>
	Idioma em português
	Artigos ou Dissertações

Tabela 1: Critérios de seleção e inclusão

Estudo	Autores (Ano)	Objetivos	Principais resultados e principais limitações dos estudos
E1	Santana e Costa (2008)	Rever os principais aspetos teóricos da integração vertical, apresentar as suas principais barreiras e condições facilitadoras.	A gestão conjunta de prestadores de primeira e segunda linha com responsabilidades comuns no estado de saúde de uma determinada população conduz a uma aposta estratégica nas fases primárias em detrimento de intervenções mais diferenciadas e dispendiosas. Pode atingir várias dimensões: estrutural, a funcional, a normativa ou a sistémica. É importante salientar que a integração vertical de cuidados de saúde, nem todas as iniciativas obtiveram sucesso, ou o esperado, motivado por: falha na interpretação do novo core business, a proximidade polar dos elementos constituintes, as diferentes culturas organizacionais que necessitam de ser conciliadas, a tendência para a competição pelos recursos ou a desigualdade relativa das dimensões estruturais das diferentes instituições que compõem as realidades integradas.
E2	Campos Fernandes e Matos (2013)	Analisar comparativamente o impacto das Unidades Locais de Saúde e dos Agrupamentos de Centros de Saúde no processo de articulação entre cuidados de saúde primários e hospitais.	Questiona-se a eficácia do modelo de organização institucional das ULS no que diz respeito à articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares, em particular, no que se refere à partilha de informação clínica e à eficiência do processo de referência para consultas hospitalares.
E3	Santana e Santos (2015)	Analisar o impacto da criação das ULS nos custos do internamento hospitalar português.	Não existe uma tendência definida no que respeita à diferença de custos quando se comparam os diferentes modelos organizacionais. É importante que em estudos futuros se alargue a amostra ao total de prestadores e se aprofundem os fatores que influenciam os custos de internamento.
E4	Dias, Simões e Santana (2015)	A proposta de uma metodologia para a análise e avaliação da integração de cuidados de saúde, que inclui um modelo de análise e indicadores de integração de cuidados de saúde, tendo como objetivo específico conhecer melhor o modelo ULS.	A governação e integração clínica são assumidas como o principal determinante da integração de cuidados, sendo vistos como um meio e um objetivo indispensável para melhorar o desempenho do sistema. Dá-se, assim, particular relevância à governação clínica, o que poderá ser conseguido através da gestão integrada da doença, da gestão de caso e/ou de um maior investimento nos autocuidados. Outras dimensões passam por: modelo de financiamento e a contratualização; os recursos humanos; o poder do utente e a gestão da informação. Estas dimensões são vistas como facilitadoras da integração clínica.
E5	Dias, Barão e Tavares (2018)	A avaliação dos resultados em saúde no que diz respeito à integração vertical de cuidados de saúde com base na metodologia de financiamento desenvolvida em 2010 e o desenvolvimento de uma proposta de alteração ao atual modelo em vigor para as Unidades Locais de Saúde (ULS).	O sistema de financiamento atual das ULS não está a responder corretamente às suas necessidades. Um sistema de ajustamento pelo risco para ser adequado e promover simultaneamente os objetivos primordiais do sistema de saúde, assegurando a eficiência e equidade no acesso aos seus serviços, deve recorrer à informação acerca das necessidades em saúde da população possibilitando que os pagamentos difiram entre as diferentes regiões conforme a distribuição das doenças, características e necessidades da população que lhes está associada.
E6	Loureiro e Brou (2018)	Consiste numa revisão da literatura que pretende avaliar a integração existente nas Unidades Locais de Saúde, compreendendo os possíveis fundamentos económicos para a Integração Vertical em saúde.	Após revisão do conceito de Integração Vertical e dos fundamentos económicos para essa Integração, verifica-se que as Unidades Locais de Saúde apresentam condições/fundamentos para uma correta integração.

Tabela 2: Resumo dos estudos

Apresentação dos resultados

Foram selecionados para a análise final e avaliação da qualidade metodológica 6 estudos, que se encontram resumidos na Tabela 2.

Interpretação dos resultados

O atual paradigma da saúde em Portugal e os fenómenos sociais e demográficos que se têm observado nos últimos anos tem levado a uma alteração estrutural do SNS. De

modo a obter ganhos em saúde, existiram várias formas de responder aos problemas sociodemográficos que o país tem sofrido e a solução mais implementada nos últimos anos foram as ULS. Contudo, as ULS surgem com base na integração vertical entre os diversos tipos de cuidados, mas sem existência (pelo menos de conhecimento público) de estudos prévios de avaliação das condições para a formação destas ULS (Loureiro e Brou, 2018). Segundo o E1 a integração de cuidados de saúde é um

tema que reúne cada vez mais atenção, motivada pelas suas enormes potencialidades onde predomina a centralização do cuidado no utente, o que permite obter melhor qualidade assistencial sendo simultaneamente promotora de eficiência técnica e económica. Ainda segundo o mesmo estudo (E1) uma das mudanças mais significativas introduzidas pelos processos de integração vertical baseia-se no redirecionamento das estratégias das instituições prestadoras de cuidados de saúde. A gestão conjunta de prestadores de primeira e segunda linha com responsabilidades comuns no estado de saúde de uma determinada população conduz a uma aposta estratégica nas fases primárias em detrimento de intervenções mais diferenciadas e dispendiosas.

Para os autores Santana e Santos (2015) a integração vertical de cuidados tem sido considerada por muitos como um modelo organizacional fulcral para fazer face às pressões demográficas e económicas atuais. Apesar de não existir consenso no que às suas vantagens diz respeito, este modelo de prestação é apontado como uma mais-valia na redução e contenção da despesa em saúde. Têm, assim, surgido nos últimos anos estudos com o intuito de analisar o impacto do modelo de integração vertical de cuidados numa ótica de custos, comparando hospitais integrados em ULS com os que não possuem esse modelo de gestão. O estudo E3 pretendeu analisar o impacto desse modelo de gestão de cuidados concluindo que, globalmente, os hospitais verticalmente integrados são os que apresentam melhores indicadores económicos.

O estudo E2 numa alusão ao Fórum dos CSP (Parte III), de 7 de dezembro de 2012, salienta “As ULS não são suficientes, nem provavelmente serão necessárias. Aliás, as ULS foram criticadas argumentando-se que existem outras formas de integração possíveis e que geram os ganhos esperados dessas relações”. Contudo, o referido estudo elenca o facto de se tratar de uma amostra reduzida, englobando apenas médicos de família de duas instituições em particular, podendo os resultados obtidos ter sido influenciados pelos ambientes particulares vivenciados nas próprias instituições tanto no âmbito profissional, como organizacional, bem como dos efeitos decorrentes dos processos de integração institucional e de gestão da mudança.

Segundo Dias, Simões e Santana (2015) (E4) a governação e integração clínica são assumidos como o principal determinante da integração de cuidados, sendo vistos como um meio e um objetivo indispensável para melhorar o desempenho do sistema. Dá-se, assim, particular relevância à governação clínica, que poderá ser conseguida através da gestão integrada da doença, da gestão de caso e/ou de um maior investimento no autocuidado. Foram identificadas quatro dimensões que devem ser trabalhadas com o objetivo de facilitar a integração (clínica) de

“

PARA OS AUTORES SANTANA E SANTOS (2015) A INTEGRAÇÃO VERTICAL DE CUIDADOS TEM SIDO CONSIDERADA POR MUITOS COMO UM MODELO ORGANIZACIONAL FULCRAL PARA FAZER FACE ÀS PRESSÕES DEMOGRÁFICAS E ECONÓMICAS ATUAIS

”

cuidados. São elas: o modelo de financiamento e a contratualização; os recursos humanos; o poder do utente e a gestão da informação. Estas dimensões são vistas como facilitadoras da integração clínica.

O modelo de financiamento das ULS, por capitação, tem sido objeto de análise e discussão de alguns autores. O E5 salienta que um sistema de ajustamento pelo risco para ser adequado e promover simultaneamente os objetivos primordiais do sistema de saúde, assegurando a eficiência e equidade no acesso aos seus serviços, deve recorrer à informação acerca das necessidades em saúde da população possibilitando que os pagamentos difiram entre as diferentes regiões conforme a distribuição das doenças, características e necessidades da população que lhes está associada, pelo que o sistema de financiamento atual das ULS não responde cabalmente a esta necessidade.

Para Loureiro e Brou (2018) E6 o modelo organizacional em ULS embora não esteja corretamente justificado e enquadrado pode ter sido concebido, possivelmente, para debelar as barreiras de acesso aos cuidados de saúde, tentando minimizar as desigualdades existentes entre as regiões do “interior” e as zonas com maior índice de envelhecimento populacional. Independentemente das razões da constituição das ULS e das suas localizações prioritárias é importante afirmar que existem falhas na área da saúde propícias à eventual criação de unidades de saúde integradas verticalmente existindo assim, com base nas análises realizadas ao longo do estudo, fundamento económico para a integração vertical de cuidados. ▶



OS RESULTADOS DOS SEIS ESTUDOS
 PERMITEM CONSIDERAR
 OS FUNDAMENTOS DE DEFESA
 DESTE MODELO ORGANIZACIONAL
 DESDE A GOVERNAÇÃO
 E INTEGRAÇÃO CLÍNICA ATÉ
 AOS DE ÍNDOLE ECONÓMICA



Conclusão

Com a criação das ULS espera-se um conjunto de ganhos de vária ordem resultantes da importância de caminhar no sentido de uma integração de níveis de cuidados, em que a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação devam ser etapas conducentes à interligação contínua de cuidados de forma a obter ganhos em saúde. Numa perspetiva major, os estudos analisados reportam para os objetivos basilares de melhorar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, maximizar a eficiência produtiva, fomentar a qualidade dos cuidados e promover um melhor desempenho económico-financeiro. São reptos e objetivos bem balizados, mas por vezes, difíceis de almejar, por diversas circunstâncias, desde as especificidades locais, por exemplo as realidades geográficas adstritas a cada ULS, passando pelo modelo de financiamento, até ao domínio da gestão dos recursos humanos.

A literatura analisada também refere que a implementação das várias ULS não foi acompanhada por estudos prévios de avaliação das suas condições, nem de estudos posteriores por parte do Ministério da Saúde, com indicadores estruturados que permitissem aferir quais as vantagens que este modelo organizacional produziu, bem como as suas limitações e estratégias para as ultrapassar e rentabilizar as mais-valias produzidas.

Os resultados dos seis estudos permitem considerar os fundamentos de defesa deste modelo organizacional, desde a governação e integração clínica, até aos de índole económica. Contudo, referem a necessidade de rever a natureza deste financiamento, produzido um modelo que possa acompanhar o desafio social e de saúde que a sociedade portuguesa atualmente necessita e reivindica. ●

Dias, A. da Costa (2015). Integração de cuidados de saúde primários e hospitalares em Portugal: uma avaliação comparativa do modelo de unidade local de saúde. Dissertação de mestrado Universidade de Aveiro. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10773/15131>

Dias, F. M. B. da Silva Marques (2018). O modelo de financiamento das unidades de saúde verticalmente integradas em Portugal: desafios e oportunidades (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências). Recuperado de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/36866>

Entidade Reguladora da Saúde (2011). Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde. Porto: ERS.

Entidade Reguladora da Saúde (2015). Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. Porto: ERS.

Franco, M. J. (2006). O Conhecimento em Rede como um Novo Paradigma dentro das Organizações: Definição, Tipologia e Modelo de Análise. 4.º Congresso Nacional da Administração Pública - Novos Modelos de Administração Pública. Lisboa: Instituto Nacional de Administração (INA).

Joanna Briggs Institute (2011). Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2011 edition. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>

Joanna Briggs Institute (2014). Joanna Briggs Institute reviewers' manual. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>

Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., Matias, T. & Ribeiro, V. (2014). Relatório do grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. Lisboa: Ministério da Saúde.

Loureiro, R.P.J. & Brou, E. (2018). Fundamentos económicos para a integração vertical em saúde. *Dos Algarves: A Multidisciplinary e-Journal*, 33, 66-80. doi: 10.18089/DAMej.2018.33.5

Matos, I. (2013). Análise comparativa do impacto das ULS (Unidades Locais de Saúde) e dos Aces (Agrupamentos de Centros de Saúde) no processo de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública) Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/11515>

Sandelowski, Margarete; Barroso, Julie (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer Publishing. Recuperado de http://books.google.com/books/about/Handbook_for_synthesizing_qualitative_re.html hl=zhTW&id=w8kT71L3TvAC>

Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático: 7, 29-56.

Santos, V. S. Alves (2015). Integração vertical de cuidados: o impacto nos custos do internamento hospitalar (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública). Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/16308>

¹ MSc., Doutor em Ciências da Saúde - Unidade Hospitalar de Bragança. Contribuição no artigo: realização da revisão sistemática da literatura (RSL) e escrita do artigo.

² Ph.D., Professora Coordenadora, Instituto Politécnico de Bragança. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Saúde de Bragança. Contribuição no artigo: orientação para a metodologia da RSL e análise de dados e discussão.

³ Ph.D., Professora Catedrática de Direito do Trabalho e da Segurança Social, Universidade de León, Faculdade de Direito, Leon, Espanha. Contribuição no artigo: orientação para a metodologia da RSL e análise de dados e discussão.

⁴ Ph.D., Professora titular de Direito Administrativo, Universidade de León, Faculdade de Direito, Leon, Espanha. Contribuição no artigo: orientação para a metodologia da RSL e análise de dados e discussão.

2022 IHFDUBAI

45th World Hospital Congress



9-11 novembro
 Centro Internacional de Exposições
 & Convenções do Dubai
 (DWTC), EAU



International
 Hospital
 Federation



هيئة الصحة بدبي
 DUBAI HEALTH AUTHORITY



إندكس
 للمؤتمرات والندوات
 INDEX
 CONFERENCES SEMINARS

Global Learnings, Local Actions: Sustainable Healthcare

Junte-se a nós no Dubai e participe no principal congresso mundial de gestão em saúde



Aprenda com líderes de opinião, peritos e executivos durante três dias inéditos



Partilhe conhecimentos e troque experiências com participantes de mais de 60 países



Atualize-se sobre as boas praticas, inovações e soluções de todo o mundo e aplique-as na sua organização



Participe no jantar de gala dos Prémios da IHF, nas visitas aos hospitais e noutras atividades sociais



Construa uma rede de contactos com líderes globais da saúde, presidentes de hospitais, decisores e pares da indústria



Explore a arquitectura de ponta e a cultura rica e variada do Dubai e dos Emirados Árabes Unidos



MODELO DE GOVERNAÇÃO DA INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE VACINAÇÃO



Susana Santos

Doutoranda em Gestão da Universidade de Évora e Enfermeira Vogal - Agrupamento de Centros de Saúde Almada Seixal da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale Tejo



Paulo Resende da Silva

Professor Auxiliar de Gestão e Membro da Direção da Pós-Graduação em Administração de Unidade de Saúde, Universidade de Évora

Pretendeu-se, com este estudo, analisar o processo da vacinação contra a Covid-19 em Portugal, pelo modelo de governação do sistema de informação de suporte ao plano de vacinação. A situação pandémica gerou uma crise de saúde profunda, afetando todos os sectores da vida económica, social, cultural e política (Florea et al., 2020).

Segundo o Our World in Data (2021), para terminar com esta pandemia, uma grande parte do mundo precisa estar imune ao vírus através de uma vacina, visto ser uma tecnologia capaz de reduzir o número de mortes causadas por doenças infecciosas (Mathieu et al., 2021). Em menos de doze meses após o início da pandemia, desenvolveram-se vacinas que protegem do SARS-CoV-2. Através de um compromisso assumido pela Comissão Europeia, implementou-se a estratégia da União Europeia (EU) para as vacinas contra a Covid-19, juntamente com os Estados-membros, garantindo desta forma o acesso às vacinas de forma equitativa e a preços razoáveis, no mais curto prazo de tempo possível (European Commission, 2020).

Nesse contexto, em Portugal foi elaborado e aprovado o Plano de Vacinação contra a Covid-19 (PNV Covid-19), o qual entrou em vigor em dezembro de 2020, com a finalidade de mitigar o impacto económico e social da pandemia. Foi um plano dinâmico, evolutivo e adaptável à evolução do conhecimento científico, à situação epidemiológica e à calendarização da chegada das diferentes vacinas contra a Covid-19 a Portugal (Saúde, 2021).

Como é do conhecimento geral, o plano teve algumas contingências iniciais críticas que, com os reajustes introduzidos em janeiro de 2021, promoveu uma execução

considerada de sucesso mundial. Para compreender e dar suporte à criação de conhecimento para situações de organização e gestão futura de situações de crise similares, elaborou-se um estudo de natureza descritiva com a seguinte questão:

- Qual o modelo de governação do sistema de informação (MGS) de suporte ao plano de vacinação contra a Covid-19 assente na corresponsabilização democrática dos agentes?

Para encontrar respostas determinaram-se os seguintes objetivos: Apresentar o modelo de governança do plano de vacinação; Compreender o modelo de governança a partir da teoria da estruturação; Especificar os níveis de corresponsabilização dos *stakeholders*.

Procedeu-se assim à utilização do modelo de governação organizacional e informacional para analisar o processo de vacinação massiva contra a Covid-19.

A análise de dados consistiu na análise de conteúdo de entrevistas dadas pelos coordenadores da *Task Force*, Dr. Francisco Ramos e o (hoje) Almirante Gouveia e Melo a jornais ou revistas ou em canais televisivos e análise de documentos (normas, despachos, informações, entre outros) publicados referentes ao processo de vacinação contra a Covid-19, no período de junho de 2020 até junho de 2021, bem como pela envolvência profissional da autora no processo de vacinação de um Agrupamento de Centros de Saúde na organização dos vários centros de vacinação Covid-19 considerados necessários, usando-se tabelas para analisar as entrevistas, tendo como suporte a Teoria da Estruturação e o contributo da Teoria da Incerteza.

SWOT		Ambiente Interno	
Ambiente Externo	Dimensão organizacional e logística	Potencialidades (P) P1 - Processo com procedimentos normalizados desde a receção de vacinas à sua administração; P2 - Interação entre agentes e sistemas de informação; P3 - Comunicação entre os vários agentes presentes no processo é efetuada através de sistemas digitais; P4 - Rede coordenada por um sistema digital onde domínios e perceções contribuem para o alinhamento de todo o processo; P5 - <i>TaskForce</i> assume o cumprimento do planeamento a curto, médio e longo prazo, assim como a sua monitorização e avaliação do mesmo.	Vulnerabilidades (V) V1 - Processo complexo e desconhecido; V2 - Necessidade de maior dominação do processo, em que existiram situações de sanções pelo incumprimento e desconhecimento das regras e normas instituídas; V3 - Stocks de vacinas muito limitados.
	Oportunidades (O) O1 - Criação do sistema <i>SClinico</i> central, <i>system business intelligence</i> ; O2 - Alargamento da Rede Informática da saúde fora das instituições de saúde; O3 - A comunicação entre os vários agentes presentes no processo é efetuada através dos sistemas digitais O4 - Procedimentos e regras; são mais facilmente assimilados e entendidos através da utilização dos sistemas digitais de informação-legal;	LAE que usam as Potencialidades para obter vantagens sobre as Oportunidades (PO) PO1 - (P2e P3*O1) Os Agentes em interação permanente e em tempo real, o registo de dados, seja a montante ou a jusante, incorpora um conjunto de adaptações orgânicas e sistémicas dos distintos agentes; PO2 - (P1 e P3*O2e O3) Desenho de uma arquitetura, onde se posicionem os agentes, usando um sistema de registo de dados em interoperabilidade com outros sistemas; PO3 - (P5*O4) A coordenação do processo, exige um foco e uma disciplina muito rigorosa diminuindo, ao mínimo, erros ou ambiguidade ou ainda casos de desobediência e desrespeito das regras instituídas.	LAE que usam as Oportunidades para superar as Vulnerabilidades (VO) VO1 - (V1*O2) A agilização do processo passa pela utilização dos sistemas digitais; VO2 - (V1*O3) Os dados necessários para a tomada de decisões, para a readaptação constante no planeamento, para a monitorização e avaliação deste e de outros processos semelhantes só é possível recorrendo-se à utilização de sistemas e tecnologias de informação.
	Ameaças (A) A1 - Incerteza de receção de vacinas; A2 - Vacinas novas requerem aquisição de conhecimentos; A3 - No início do processo de vacinação existir uma visão simplista do processo; A4 - CVC em espaços externos ao SNS com existência de alterações severas de condições físicas dos CVC.	LAE que usam as Potencialidades para evitar Ameaças (PA) PA1 - (P5 e P4*A1) As vacinas são armazenadas e distribuídas de acordo com plano logístico definido pela <i>Task-Force</i> (despacho 1173/2020 de 26 de novembro); PA2 - (P1eP4*A2) O Plano de vacinação Covid-19 é dinâmico, evolutivo e adaptável à evolução do conhecimento científico, à situação epidemiológica e à calendarização da chegada das diferentes vacinas contra a Covid-19 a Portugal. (Saúde 2021a) (República, 2020).	LAE que minimizam as Vulnerabilidades para evitar Ameaças (VA) VA1 - (V2 eV3*A3eA4) Necessidade de disponibilidade de recursos humanos e físicos, além de congregar as práticas sociais, onde a comunicação e interação é fundamental para existir sentimento de pertença e envolvimento para um bem comum.

Tabela 1: Análise SWOT da Dimensão Organizacional - logística

A pandemia Covid-19 provocou um conjunto de desafios organizacionais ao país, sendo um deles a governação de todo o processo, não somente na dimensão política, organizacional e de logística, mas também na governação dos sistemas de informação de suporte. O modelo de governação da informação instituído no processo de vacinação Covid-19 é caracterizado por um modelo complexo porque se exigiu uma resposta urgente e massiva, requerendo mudanças estruturais a nível da logística do processo e da gestão da vacinação, bem como a sua monitorização constante, exigindo assim um

alargamento das "redes informáticas" para fora das instituições de saúde. Foi um modelo rigoroso mas adaptável, de acordo com a variabilidade das premissas, nomeadamente a entrega de vacinas e os critérios de elegibilidade da população alvo ao longo de todo o processo. Usando a análise SWOT, para compreender os aspetos mais relevantes a considerar, e de acordo com os elementos deduzidos, através do levantamento de dados publicados no âmbito do PNV Covid-19, identificou-se, na Tabela 1, as Linhas de Ação Estratégicas (LAE) a considerar no MGS do processo de vacinação Covid-19. ▶

Dimensões	Data-What	Function- How	NetWork-Where	People-When	Time- When	Motivation- Why
Perspetivas	Dominação	Legitimação	Dominação	Significação	Significação	Legitimação
Scope Contextual teoria Incerteza	Ministério da Saúde-Planeamento	Aquisição de vacinas Critérios de Elegibilidade	Lisboa	Governo: Almirante/DGS/Infarmed/SPMS	Até agosto 70% da população vacinada Responsabilidade a nível da união europeia	Resposta a um flagelo mundial de saúde pública
Poder						
Model conceptual	Task Force Conceber plano	Assegurar o cumprimento do plano quer a curto e longo prazo	Lisboa	Equipa coordenada Almirante	Aferir plano em função de todas as variáveis Responsabilidade a nível nacional	Responsabilidade em diminuir a incidência de Covid-19 em território nacional
Sanção						
System Model	SPMS	Concretizar a nível de SI	Lisboa	SPMS	Aferir o plano em função dos critérios de elegibilidade Responsabilidade a nível nacional	Garantir o suporte de sistema e tecnologias de informação vacinação a nível nacional
Comunicação						
Technology Model	ARS (5)	Concretizar a nível operacionalização central	Porto; Coimbra; Lisboa; Évora; Faro	S. Farmacêutico /GRH/ Logística/Co-ordenação	Semanal Competitividade/complementaridade Responsabilidade a nível regional	Garantir a vacinação a nível regional e local
Poder						
Detailed representation out of context	ACeS n° CVC e n° de salas	Concretizar a nível operacionalização a nível local	Porto; Coimbra; Lisboa; Évora; Faro	Diretor Executivo/ CCS/UAG	Semanal/aferido diariamente Responsabilidade local Boas práticas	Vacinar população a nível local para imunidade de grupo
Comunicação						

Tabela 2: Framework do processo de vacinação Covid-19

“

O MODELO ORGANIZACIONAL IMPLICOU O DESENHO DE UMA ARQUITETURA, ONDE SE POSICIONARAM OS AGENTES, USANDO UM SISTEMA DE REGISTO DE DADOS EM INTEROPERABILIDADE COM OUTROS SISTEMAS

”

Tendo como referencial a teoria da estruturação, utilizou-se o modelo arquitetural de empresa de Zachman, para analisar a governança dos sistemas e tecnologias de informação através das dimensões e as perceções presentes no processo criado para cumprir o PNV Covid-19.

Foi um processo onde foi exigida disponibilidade de recursos humanos e físicos, assim como uma congregação de práticas sociais, onde a comunicação e interação foi fundamental para existir sentimento de pertença e envolvimento para um bem comum.

O modelo de planeamento macro do PNV Covid-19 as-

sentou num conjunto alargado de agentes em interação permanente e em tempo real com registo, seja a montante ou a jusante, permanente de dados e incorporando um conjunto de adaptações orgânicas e sistémicas dos distintos agentes. O modelo organizacional implicou o desenho de uma arquitetura, onde se posicionaram os agentes, usando um sistema de registo de dados em interoperabilidade com outros sistemas. O *output* final foi a vacinação da população, procurando alcançar a denominada imunidade de grupo, no menor espaço de tempo possível. Todo o processo e sistema de gestão procurou estar assente num modelo de governação ágil.

Os dados necessários para a tomada de decisões, para a readaptação constante no planeamento, para a monitorização e avaliação deste e de outros processos semelhantes só foi possível recorrendo-se à utilização de sistemas e tecnologias de informação em todas as etapas ou níveis do processo.

No modelo de Zachman (Spewak, Hill, & Zachman, 1992), (Rocha & Santos, 2010), na Tabela 2, estão apresentados todos os atores intervenientes no mesmo, assim como a sua interação, bem como os sistemas de informação/dados preponderantes, assentes em domínios e nas perceções presentes no processo para o cumprimento do Plano de Vacinação.

Os gestores conseguiram efetuar uma monitorização

eficiente de todo o processo de vacinação, com o contributo de uma grande responsabilidade e interoperabilidade entre os distintos agentes, sendo de destacar os profissionais responsáveis pelos sistemas e tecnologias de informação, os profissionais envolvidos no processo de administração das vacinas ao cidadão efetuando os registos no momento da administração das vacinas, os líderes e coordenadores do modelo geral do processo e o conjunto de gestores de interligação com os canais logísticos e operacionais (os profissionais de saúde e os centros de vacinação).

A coordenação do processo exigiu um foco e uma disciplina muito rigorosa, onde teve de existir imposição de regras e normas por forma a reduzir parte da complexidade e melhor ajuste à incerteza do processo.

Existirão mais razões para o sucesso do processo de vacinação, contudo, parece claro que sem um adequado modelo de governação e os sistemas de informação de suporte, essas outras razões garantiriam o cumprimento da meta, mas com uma eficácia bastante inferior, i.e., a meta temporal e o objetivo de imunização da

população não seriam, certamente, coincidentes com o plano desenhado.

Dimensões como a liderança, compromisso, envolvimento e equipa com papéis bem definidos foram essenciais, mas estas dimensões necessitaram de uma ajustada governação e gestão da informação. ●

European Commission. (2020). Estratégia da UE para as vacinas contra a Covid-19. Official Journal of the European Union.

Florea, R. M., Florea, R., & Florea, R. (2020). Medical and Economic Aspects regarding the Covid-19 Crisis. Vaccination - A New Hope. Economy Transdisciplinarity Cognition, 23(2), 64-73. <https://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns00290/authentication/index>

Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E. et al. (2021). Um banco de dados global de vacin角度es Covid-19. Nat Hum Behav. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>

Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C., Giattino, C., & Rodés-Guirao, L. (2021). A global database of Covid-19 vaccinations. Nature Human Behaviour. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>

Rocha, A., & Santos, P. (2010). Introdução ao Framework de Zachman. Saúde, D. G. da (2021). Norma 002/2021 Campanha de Vacinação Contra a Covid-19. In Portal do SNS (Portaria n.º 298-B/2020 de 23 de dezembro; pp. 1-16). Spewak, S., Hill, S., & Zachman, J. (1992). Enterprise Architecture Planning: Developing a Blueprint for Data, Applications, and Technology. John Wiley & Sons.

www.caleffi.com

LEGIOMIX 2.0

A SAÚDE PASSA PELA ÁGUA



CALEFFI
Hydronic Solutions

Água mais segura e higienizada com a misturadora híbrida série 6000 Legiomix® 2.0. Graças a programas personalizáveis de desinfecção térmica contra a *Legionella*, protege as instalações de distribuição de água quente sanitária. **GARANTIA CALEFFI.**



CIRURGIA DE AMBULATÓRIO E HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA EM DOENTES EM IDADE GERIÁTRICA COM CANCRO DA MAMA



Fernando Osório

Coordenador do Grupo Oncológico de Mama e do Programa pGA>70, CHU São João

Notável aumento da longevidade da população portuguesa “em 2020, a esperança de vida média à nascença era de 81 anos, mais 30,7 anos que em 1940 e mais 14 anos desde 1970” associado à elevada prevalência de cancro da mama nas idades mais avançadas “em 2018, 29,1% dos novos casos de cancro da mama em Portugal foram diagnosticados em mulheres com idade igual ou superior a 70 anos” são duas realidades impactantes que nos enquadram nas conclusões do estudo “When cancer grows old” recentemente publicado pela consultora KPMG sobre os previsíveis custos socioeconómicos, até 2,94% do PIB em 2040, do envelhecimento e do cancro a ele associado.

Sendo bem evidente ser o cancro uma doença associada ao envelhecimento, a obrigação ética e a necessidade clínica de tratar o cancro da mama na mulher em idade geriátrica de um modo adequado e individualizado torna recomendável, diria mesmo obrigatório, complementar o processo de decisão terapêutica em oncologia com uma cuidadosa e atenta avaliação geriátrica multidimensional.

O programa **pGA>70 - avaliação geriátrica perioperatória no doente oncológico em idade geriátrica** - vencedor do concurso “60 Anos, Novas Ideias”, comemorativo dos 60 anos do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), em janeiro de 2020, permitiu implementar uma mudança de paradigma na nossa abordagem assistencial. Sabendo o desafio e a complexidade inerente ao tratamento oncológico destas doentes pela coexistência de múltiplas comorbilidades e síndromes geriátricas, consideramos fulcral - sobretudo nas mais frágeis, passíveis

duma pré-habilitação - uma avaliação interdisciplinar do seu estado funcional, cognitivo, nutricional e social. É nossa convicção o benefício clínico em bem tratar as doentes em idade geriátrica com cancro da mama.

A resiliência fisiológica de muitas pacientes com idade superior a 80 anos, os avanços científicos na cirurgia mamária (com cirurgões dedicados, tempos operatórios bem temporizados, maior recurso à cirurgia conservadora da mama, ausência de invasão de qualquer cavidade orgânica ou necessidade de imobilização funcional, reduzida previsibilidade de perdas hemáticas intraoperatórias ou de dor ou emese pós-operatória), a crescente evidência da segurança clínica na ambulatorização da cirurgia mamária oncológica (comprovada pela sua bem sucedida implementação pelo Centro de Mama (CM) no Serviço de Cirurgia de Ambulatório (SCA) do CHUSJ em plena pandemia Covid-19), bem como os avanços científicos na anestesiologia (com anestesistas dedicados à cirurgia de ambulatório, a melhor monitorização intraoperatória e técnicas de anestesia loco-regional), a enorme disponibilidade do Serviço de Hospitalização Domiciliária (SHD) do CHUSJ (com um tranquilizador apoio domiciliário associado à monitorização pós-operatória remota), e, sobretudo, a grande vantagem na evicção dum internamento hospitalar na doente em idade geriátrica, mantendo-a no seu domicílio, no seu ambiente familiar (nomeadamente na prevenção do *delirium*), tomaram possível estendermos o atual limite cronológico à ambulatorização às nossas doentes com cancro da mama propostas para tratamento cirúrgico, depois de devidamente selecionadas, pré-habilitadas e motivadas.

Querendo que o nosso projeto fosse viável, houve que interligar três pontos fulcrais:

1. A seleção das candidatas à ambulatorização numa boa coordenação entre a vontade informada da doente, a proposta cirúrgica, a adequação anestésica e a avaliação geriátrica;
2. O apoio social e familiar da doente, nomeadamente a disponibilidade criteriosamente comprovada dum cuidador;
3. A monitorização perioperatória que desse seguran-



Figura 1

ça à doente, ao cuidador familiar e à equipa cirúrgica e anestésica.

Criámos um fluxograma envolvendo múltiplos profissionais e vários serviços hospitalares no CHUSJ (Figura 1). Começa no CM aquando da comunicação do diagnóstico e da respetiva proposta terapêutica. Neste primeiro momento, é realizado um rastreio de fragilidade, utilizando a já validada ferramenta G8, e uma avaliação preliminar da adequabilidade e motivação pessoal, familiar e social para a ambulatorização. Num segundo momento, e numa única manhã, a doente é avaliada sequencialmente por uma equipa interdisciplinar:

- 1.º - Consulta de enfermagem, com a colheita de análises pré-operatórias, avaliação de sinais vitais e dados antropométricos e aplicação das escalas de avaliação funcional, da marcha e de rastreio nutricional, bem como a agilização de outros exames pré-operatórios (ECG, Rx tórax) e ensino à doente para a cirurgia proposta;
- 2.º - Avaliação social pela assistente social, nomeadamente sobre a disponibilidade e adequabilidade de cuidador responsável;
- 3.º - Avaliação geriátrica global por um médico especialista em Medicina Interna com a competência em Geriatria, sendo realizada a avaliação exaustiva dos antecedentes pessoais, da história farmacológica, a pesquisa de síndromes geriátricas e a aplicação das escalas de avaliação cognitiva e de rastreio de depressão, bem como elaboração de plano individualizado de diagnóstico, intervenção e seguimento;
- 4.º - Avaliação psicológica e nutricional, se necessário;
- 5.º - Consulta de Anestesiologia para avaliação e prevenção de potenciais complicações perioperatórias e reco-

mendações farmacológicas pré-operatórias. Após todos estes passos sequenciais, há uma reunião final conjunta da equipa multidisciplinar para concluir, de modo consonante, a avaliação geriátrica e avaliar a viabilidade da proposta para cirurgia ambulatória. Em caso afirmativo, esta manhã no CM termina para a doente com uma nova consulta de enfermagem, do SCA e do SHD, para ensino específico da metodologia da cirurgia em ambulatório e do posterior apoio domiciliário. Posteriormente é feita a formalização burocrática da proposta cirúrgica com obtenção do consentimento informado para cirurgia com a assinatura simultânea da doente e do cuidador. A cirurgia é sempre marcada no primeiro tempo operatório da manhã para permitir um adequado tempo de recobro anestésico. À tarde é avaliada a possibilidade de alta domiciliária, em coordenação com o SHD. De forma inovadora, foi disponibilizada ao SCA e ao SHD uma solução de vigilância contínua, no domicílio, com monitorização remota dos parâmetros vitais. O SHD também assegura, como sua rotina, duas visitas domiciliárias no(s) dia(s) seguinte(s) até à posterior referenciação, em interligação das equipas de enfermagem para continuação dos cuidados de ferida operatória, à consulta médica no CM.

A implementação na prática clínica hospitalar do programa **pGA>70** coincidiu temporalmente com os constrangimentos assistenciais que ocorreram no início da pandemia Covid-19. Nessa altura, no CM, para continuarmos a garantir a qualidade assistencial às nossas doentes com cancro da mama, propusemos superiormente passar a fazer a cirurgia oncológica mamária em regime de ambulatório. O sucesso e a segurança clínica desta ambulatori-

Data operação	Idade	Subtipo molecular	G8	ePrognosis (risco morte 5 anos)	HT I ^a	Cirurgia	Anestesia	Dreno	Morbilidade	RT adjuvante	Avaliação subjectiva
4/6/2021	81	Luminal B	14	10-12%	19m	GS + T	Geral	Ø	Hematoma (Illa)	Sim	☺
5/11/2021	82	Luminal B	15	17-27%	-	T	Geral	Ø	Ø	Não	☺
6/1/2021	82	Luminal B	15	26-29%	3m	GS + T	Geral	Ø	Ø	Sim	☺
6/22/2021	81	Luminal B	15	10-12%	-	GS + T	Geral	Ø	Ø	Sim	☺
7/27/2021	95	Luminal A	10	37-63%	20m	T	Local	Ø	Hematoma (I)	Não	☺
7/27/2021	89	Luminal A	13	60-61%	18m	EA	Geral	Sim	Ø	Não	☺
9/21/2021	80	Luminal B	16	60-61%	21m	GS + T	Geral	Ø	Ø	Sim	☺
10/12/2021	88	Luminal B	13	17-27%	35m	GS + T	Geral	Ø	Ø	Sim	☺
11/23/2021	91	Luminal B	14	60-63%	18m	GS + T	Geral	Ø	Ø	Sim	☺
11/30/2021	84	Luminal A + Pulmão	15	26-29%	6m	GS + T	Geral	Ø	Ø	Sim	☺

Tabela 1

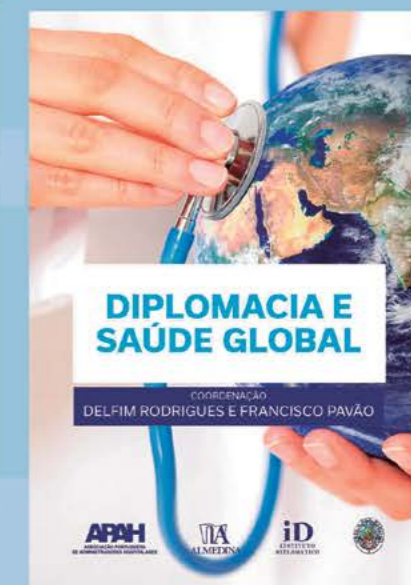
zação fez-nos ousar ampliá-la além do limite cronológico de 80 anos. A evicção de um internamento hospitalar neste subgrupo etário reduz o risco de complicações, designadamente infecciosas, previne o *delirium*, a deterioração funcional e a desnutrição, bem como diminui o risco de institucionalização. Associadamente, a forte motivação e vontade das nossas doentes quando lhes era proposta uma cirurgia em ambulatório (pelo receio subjetivo do ambiente estranho que um internamento sempre representa e, sobretudo, pela segurança de poder ficar em casa, no seu próprio ambiente familiar) foi o mote para ultrapassarmos o limite cronológico preconizado para a cirurgia de ambulatório. O apoio domiciliário pós-operatório do SHD foi a chave que deu segurança clínica a todos - à própria doente, à família/cuidador e à equipa cirúrgica e anestésica. Toda uma logística de retaguarda foi prevista para a ocorrência de qualquer imprevisto ou complicação perioperatória.

Entre abril e dezembro de 2021, operámos dez doentes com uma idade média de 85,3 anos. (Tabela 1). Numa breve análise clínica, eram todos tumores luminais, mas só três eram luminais A. O G8 teve uma pontuação média de 14, ou seja, compatível com fragilidade. Foi estimado o risco de mortalidade (por causa não oncológica) aos 5 anos com valores algo díspares, que foram considerados aquando da decisão terapêutica. Oito doentes foram submetidas a hormonoterapia primária com uma duração média de 17,5 meses. As cirurgias propostas e realizadas foram exatamente as que teriam sido se as doentes fossem operadas em regime de internamento. Só uma doente de 95 anos foi operada sob anestesia local. Tivemos uma morbilidade operatória expectável com

dois hematomas e só um teve de ser drenado na sala de curativos do CM. Não houve queixas de dor pós-operatória, nem ocorreu nenhuma deterioração cognitiva. Estes dez casos iniciais, obviamente em doentes selecionadas, foram muito encorajadores. Tal como foi a elevada satisfação de todas as doentes, a segurança transmitida pelos cuidadores/famílias, a ausência de complicações anestésicas e a fácil e empenhada articulação de todos os profissionais envolvidos.

Procuramos também fazer uma análise de custo económico (comparando com outras dez doentes com mais de 80 anos operadas em regime de internamento no mesmo período temporal). Conseguimos uma poupança média diária de 145,99€, comparando dois regimes de internamento (CMU/dia: 471,15€ no internamento hospitalar e 325,16€ na hospitalização domiciliária). A poupança não parece muito significativa, mas é pelo menos o dobro, pois tivemos uma demora média de dois dias. A implementação na prática clínica hospitalar, em 2020, do programa **pGA>70** no CHUSJ - uma avaliação geriátrica global, num trabalho interligado em equipa multidisciplinar e centrado no doente - fez-nos ousar implementar em 2021, após aprovação superior, um estender da ambulatório da cirurgia mamária oncológica, após uma cuidadosa e padronizada seleção, às doentes com idade acima dos 80 anos. Procuramos, com esta nova e inovadora abordagem ao doente oncológico em idade geriátrica, reforçar a proficiente mais-valia da avaliação geriátrica global no planeamento do tratamento oncológico e contribuir para desmistificar dogmas e limites respeitantes à idade cronológica e à segurança da cirurgia oncológica em ambulatório. ●

JÁ DISPONÍVEIS



ALGUNS DESAFIOS DA MEDICINA PERSONALIZADA DE PRECISÃO PARA A ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

André Dias Pereira¹Eduardo A. S. Figueiredo²Thais N. Cesa e Silva²Fernando J. Regateiro³

O novo modelo de Medicina Personalizada de Precisão

Graças aos exponenciais avanços no domínio da genética, estamos a assistir a uma acelerada (r)evolução dos sistemas de saúde hodiernos, mormente com a ascensão daquilo a que se tem vindo a apelar de “Medicina Personalizada”, “Medicina Individualizada”, “Medicina Genómica”, “Medicina de Precisão”, “Medicina Estratificada” ou “Medicina dos 4 Ps: personalizada, preditiva, preventiva e participativa”.

Para os efeitos deste texto, optámos por adotar a expressão “Medicina Personalizada de Precisão”, por entendermos ser a mais abrangente e adequada¹.

De forma genérica, podemos referir-nos à **Medicina Personalizada de Precisão** (doravante, **MPP**) como um modelo de prestação de cuidados de saúde que toma em consideração as características genéticas e não genéticas do paciente ao longo de todas as fases do seu trajeto patológico: desde a fase da prevenção; à de diagnóstico; à de tratamento da doença; e, até mesmo, à da monitorização do estado de saúde individual realizada após o tratamento². Além disso, emergem aqui questões atinentes à realização de testes genéticos, recolha e tratamento de dados genéticos e de saúde, bem como à utilização de algoritmos e inteligência artificial.

Não obstante os ganhos associadas à **MPP**, não podemos ignorar a existência de inúmeros desafios técnicos, económico-financeiros, sociais e pessoais gerados pela implementação da mesma (nomeadamente do ponto de vista da administração hospitalar). Vejamos alguns deles.

Desafios técnicos

Do ponto de vista técnico, é alarmante que a realização dos testes necessários para a identificação das variações

genéticas individuais presente, ainda hoje, uma considerável complexidade técnica, quer no que respeita à sua execução, quer no que toca à sua posterior leitura e interpretação.

Neste contexto, são vários os autores que revelam preocupação com as dificuldades de alguns profissionais de saúde em compreender e interpretar os resultados que lhes chegam, atendendo à sua limitada preparação em genómica e em genética clínica. Tal poderá resultar numa redução da eficiência do investimento em **MPP** e, eventualmente, num aumento do número de casos de erro em saúde³.

Há que considerar, além disso, a existência de significativos desafios técnicos em alguns domínios específicos abrangidos pela **MPP**. Vejam-se os casos exemplares da farmacogenética e da farmacogenómica. Segundo a literatura científica, deve reconhecer-se que o papel de muitas variantes da sequência de ADN na farmacocinética, na farmacodinâmica, na eficácia e na toxicidade ainda não foi claramente determinado⁴.

Há, também, casos em que as reações adversas a uma determinada terapêutica medicamentosa surgem apenas esporadicamente, tomando-se extremamente difícil o estabelecimento, com segurança, de uma relação entre um marcador genético e a resposta a um determinado medicamento⁵. Por outro lado, a replicação dos dados de farmacogenética e de farmacogenómica entre estudos e a regular translação da sua aplicabilidade clínica também se têm revelado como sérios desafios a enfrentar neste domínio⁶.

No fundo, é preciso ter humildade científica para reconhecer que ainda existe uma grande incerteza quanto aos resultados experimentais que vão sendo obtidos em estudos de farmacogenética e de farmacogenómica⁷.

Desafios económico-financeiros

Do ponto de vista económico-financeiro, impõe-se que tenhamos em conta os elevados custos que, pelo menos num primeiro momento, surgem associados ao desenvolvimento e implementação da **MPP**. Estes podem, aliás, ser invocados como a principal causa explicativa do apoio limitado por parte de alguns governos a este modelo de prestação de cuidados de saúde, assim se aprofundando os desafios para administradores hospitalares, mormente em termos de gestão dos recursos necessários para a integração do mesmo nas respetivas instituições de saúde⁸.

Irão também colocar-se questões de igualdade e equidade no acesso a este tipo de tratamentos personalizados, os quais se projetarão a vários níveis. Por exemplo, no plano internacional, questionamo-nos como é que os países com menos recursos - técnicos e humanos - serão capazes de aceder e implementar a **MPP**. Parece-nos que o princípio da solidariedade é, pelo menos no plano ético, o único meio de se traçar uma possível solução para este problema que, infelizmente, se estende a tantos outros domínios. Sem esquecer que, mesmo nos países que dispõem de mais recursos financeiros, técnicos e humanos, bem como de condições favoráveis à preparação de profissionais para atuar num sistema de saúde

personalizado, se impõe a tomada de decisões cautas, mormente quando relativas à consignação de recursos a investir em **MPP**, na medida em que poderão interferir com a afetação de verbas que se encontravam alocadas a outras áreas de relevo e que, de modo algum, podem ficar comprometidas. Impõe-se, pois, um planeamento estratégico e realista que possibilite uma transição faseada e prudente, acompanhando o ritmo da nossa economia e o pulsar da nossa sociedade. Há quem alegue, porém, que estas preocupações se tenderão a atenuar com o tempo, devendo tais gastos ser encarados como um verdadeiro investimento, o qual terá, a médio ou longo prazo, retorno económico-financeiro⁹. Seja como for, não é pensável que se avance para um sistema de saúde personalizado se não se garantir a existência de recursos e meios que assegurem o acesso equitativo a este por parte de todos os cidadãos que dele careçam.

Desafios sociais e pessoais

Já do ponto de vista pessoal e social, podemos começar por referir que esta mudança de paradigma nos sistemas de saúde implicará uma transformação ou, pelo menos, necessidade de revisão de alguns conceitos já enraizados pelos vários intervenientes, com consequências psicológicas para os mesmos que ainda não podem ser avalia- ▶



CABERÁ AOS DECISORES POLÍTICOS,
EM PARTICULAR OS QUE ATUAM NA ÁREA
DA SAÚDE, E AOS ADMINISTRADORES
DA SAÚDE, NOMEADAMENTE
OS HOSPITALARES, ESTIMULAR E PLANEAR
A MODERNIZAÇÃO DOS CUIDADOS
DE SAÚDE DE UMA FORMA ESTRATÉGICA
E RESPONSÁVEL, DANDO UM CONTRIBUTO
ESSENCIAL PARA A RESPOSTA AOS
DESAFIOS ENUMERADOS



dos com precisão¹⁰. Os administradores hospitalares não se podem alhear, por certo, desta realidade.

Do mesmo modo, os interesses comerciais que este modelo personalizado tende a trazer associados - e que apontam para uma certa consumerização da saúde - ajudam a explicar o ceticismo de alguns segmentos sociais quanto à sua adoção. Nessa medida, uma ampla sensibilização da sociedade para estas questões é, sem dúvida alguma, uma prioridade.

Além disso, atenta a complexidade da matéria em questão, parece-nos de duvidar que, em tempos de liberalização do mercado dos testes genéticos, o consentimento individual aquando da sua realização seja, pelo menos, verdadeiramente esclarecido, mormente tendo em conta a tímida literacia genómica da população¹¹. Num outro nível, não será descabido considerar a possibilidade de se virem a gerar pressões sobre os pacientes para a adesão a este modelo, o que culminará na vulneração da sua autonomia e do seu direito ao consentimento.

Outro aspeto que não pode ser descurado prende-se com o facto de a MPP implicar a recolha e tratamento maciços de dados pessoais, mais especificamente de dados de saúde ou relacionados com a saúde e de dados genéticos. A acumulação de dados sensíveis em instituições de saúde e centros laboratoriais exigirá que os mesmos disponham de eficientes capacidades organizativas e tecnológicas, permitindo-lhes levar a cabo as complexas e exigentes tarefas de tratamento e gestão de uma elevada quantidade de informação pessoal. Na nossa opinião, a gestão e tratamento destes dados pes-

soais deve ser feita a partir de um esquema de estreita cooperação entre os detentores desta informação e os utentes ou doentes. Será, neste quadro, absolutamente prioritária a criação e efetivação de mecanismos jurídicos de compromisso no que respeita a uma administração leal dos dados e de garantia da sua confidencialidade¹². Só assim poderemos impedir, por exemplo, que esta elevada quantidade de informação genética pessoal em circulação possa vir a ser utilizada como fator de discriminação do seu titular ou da sua família.

Por fim, neste contexto, há também quem receie que a implementação efetiva da MPP e, em geral, o fenómeno da tecnologização da saúde possa resultar numa maior tendência para o automatismo na tomada de decisões médicas¹³.

Conclusão

Não restam dúvidas de que o universo da MPP está aí, que irá redesenhar, em grande parte, os sistemas de saúde, e que irá ter um impacto considerável na vida de todos e de cada um de nós. Caberá aos decisores políticos, em particular os que atuam na área da saúde, e aos administradores da saúde, nomeadamente os hospitalares, estimular e planear a modernização dos cuidados de saúde de uma forma estratégica e responsável, dando um contributo essencial para a resposta aos desafios enumerados. Está nas suas mãos, acima de tudo, garantir que todos os direitos humanos e fundamentais serão devidamente assegurados ao longo de todo este complexo processo de transformação na área da saúde.

Rumo à resolução destes desafios, o “Projeto de Capacitação da Região Centro para a Medicina Personalizada/ de Precisão, de base genómica”, no âmbito do qual este texto foi elaborado, tem como primordial objetivo estimular a capacitação da sociedade e de profissionais da saúde para lidar com esta nova realidade. A participação da equipa do biodireito e bioética, vinculada ao Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, tem como finalidade promover, na área da Medicina Genómica e da gestão dos dados genómicos individuais, uma prática pautada pela exigência de princípios jurídicos e éticos basilares.

A meta desta iniciativa, que congrega unidades orgânicas e laboratórios de investigação das três universidades públicas da Região Centro de Portugal - Universidade de Coimbra (UC), Universidade de Aveiro (UA) e Universidade da Beira Interior (UBI) -, é construir, em parceria com a Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (CCDR), uma estratégia de médio-longo prazo para a implementação e desenvolvimento da MPP nesta Região - o que, sem dúvidas, irá ao encontro de soluções éticas e eficazes para os desafios elencados. ●

1. Já neste sentido, v. Figueiredo, Eduardo, Direito e nanobiotecnologia: reflexões na encruzilhada da inovação, do risco e da crise do(s) direito(s), Coimbra: Almedina, 2021.

2. Romeo Casabona, Carlos M/Nicolás Jiménez, Pilar/De Miguel Beriain, Iñigo, Retos éticos y necesidades normativas en la actividad asistencial en medicina personalizada de precisión, España: Fundación Instituto Roche, 2018.

3. Ventura, Célia, “Questões éticas e sociais da medicina personalizada”, in Boletim Epidemiológico - Observações, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, n.º 19, vol. 6, 2017; Netzer, Christian/Biller-Andomo, Nikola, “Pharmacogenetic testing, informed consent and the problema of secondary information”, in Bioethics, n.º 18, vol. 4, 2004.

4. Charlab, Rosane/Zhang, Lei, “Pharmacogenomics: historical perspective and current status”, in Pharmacogenomics: Methods and Protocols (ed. por Federico Innocenti e Ron van Schaik), vol. 1015, Switzerland: Springer, 2013.

5. Gouveia, Nélia, Farmacogenómica/farmacogenética: realidades e perspetivas na prática clínica, Coimbra: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, 2009.

6. Charlab, Rosane/Zhang, Lei, “Pharmacogenomics: historical perspective and current status”, *Op. cit.*

7. Fontana, Vanessa et al., “O conceito de gene está em crise. A farmacogenética e a farmacogenómica também?”, in Biotemas, n.º 19, vol. 3, 2006.

8. Jain, Kewal K., Textbook of Personalized Medicine, 2nd Edition, New York: Springer, 2015.

9. Romeo Casabona, Carlos M/Nicolás Jiménez, Pilar/De Miguel Beriain, Iñigo, Retos éticos y necesidades normativas en la actividad asistencial en medicina personalizada de precisión, *Op. cit.*

10. Netzer, Christian/Biller-Andomo, Nikola, “Pharmacogenetic testing, informed consent and the problema of secondary information”, *Op. cit.*

11. Ventura, Célia, “Questões éticas e sociais da medicina personalizada”, *Op. cit.*

12. Romeo Casabona, Carlos M/Nicolás Jiménez, Pilar/De Miguel Beriain, Iñigo,

¹ Investigador Coordenador da Equipa de Biodireito e Bioética do “Projeto de Capacitação da Região Centro para a Medicina Personalizada/ de Precisão, de base genómica”.

² Membro da Equipa de Biodireito e Bioética do “Projeto de Capacitação da Região Centro para a Medicina Personalizada/ de Precisão, de base genómica”.

³ Investigador Responsável do “Projeto de Capacitação da Região Centro para a Medicina Personalizada/ de Precisão, de base genómica”.

Retos éticos y necesidades normativas en la actividad asistencial en medicina personalizada de precisión, *Op. cit.*

13. Figueiredo, Eduardo, Direito e nanobiotecnologia: reflexões na encruzilhada da inovação, do risco e da crise do(s) direito(s), *Op. cit.*



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.



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E SEGURANÇA E RGPD NO SETOR DA SAÚDE



Ana Mafalda Costa
Auditora Interna e Diretora do Serviço de Auditoria Interna do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Ao Auditor Interno, no âmbito das suas funções, compete-lhe a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos em vários domínios, entre os quais o informático, de acordo com o n.º 1, do artigo 19.º do DL n.º 18/2017, de 10/02. Neste domínio podem-se avaliar alguns processos, designadamente a organização dos **Sistemas de Informação e Segurança** (incluindo a Cibersegurança).

No domínio informático existem inúmeros riscos organizacionais identificáveis, que podem ser avaliados, quer ao nível do controlo interno quer ao nível da gestão desses riscos. Assim, passo a exemplificar alguns riscos informáticos: falha no abastecimento de energia; avaria numa UPS, quer por avaria quer por manutenção; falha de refrigeração e/ou inundação na sala técnica das UPS; cabo danificado das redes; avaria de ativo de rede, quer no acesso quer no core; avaria nos SAN switch. Relativamente aos servidores, podem existir falhas nas instalações elétricas; no hardware; na atualização de firmware, quer enclosure quer blade/servidor; incapacidade de recuperar o ambiente de produção; sistema operativo Windows desatualizado; exploração de vulnerabilidade em sistema operativo descontinuado ou sem suporte Windows; configuração do sistema operativo desajustada; configuração dos serviços desajustada; acesso indevido a consolas e serviços; sistema sem AntiVírus; AntiVírus desatualizado; configuração do AntiVírus desajustada; produto (AntiVírus) desatualizado e com vulnerabilidades, quer descontinuado quer sem suporte; credenciais de acesso não seguras; erros aplicacionais; atualizações apli-

cacionais com procedimento de instalação errados; procedimentos operacionais das aplicações errados; acesso indevido aos dados por fornecedores através de acesso remoto; existência de diferentes cópias de informação/dados não controladas, em diferentes fases do processo; perda de know-how em plataformas ou sistemas críticos de IT; ataques por técnicos aos IT; quebra de serviço de suporte a aplicações/sistemas; ataques por colaboradores dos serviços subcontratados; a divulgação indevida de credenciais de acesso por parte dos utilizadores; acesso não autorizado à rede de sistemas por parte de utilizadores; os utilizadores alterarem erroneamente os registos; utilização de software não autorizado; os utilizadores divulgarem informação não autorizada através de redes sociais; os utilizadores não cumprirem a legislação; os utilizadores possuírem deficientes controlos de tratamento de exceções nas aplicações; falhas na gestão da segurança da informação; falhas da resposta apropriada a incidentes de segurança da informação devido ao deficiente modelo de governação da segurança; manutenção do acesso de colaboradores a sistemas/informação, após alterarem a sua relação contratual, no caso de mudança de serviço ou até de função; acesso indevido e/ou manipulação inadequada de informação, por falha no processo de inventariação dos sistemas, entre muitos mais. Com a identificação dos riscos existentes na área dos **Sistemas de Informação e Segurança** iniciamos a auditoria interna definindo processos a auditar pelos riscos reconhecíveis e por cada processo podemos agrupar vários riscos. No entanto, por cada processo a auditar podemos ter objetivos principais e/ou específicos, e.g. risco: credenciais de acesso não seguras; processo: aplicações

e circuitos de informação; objetivo a auditar: assegurar que são desenhados os circuitos de informação, com definição de perfis de acesso. De seguida elaboramos a metodologia, que pode passar por vários diagnósticos introdutórios, como a recolha, análise e sistematização da informação considerada relevante em face do âmbito do trabalho de auditoria, especificamente manuais de boas práticas, procedimentos técnicos, circulares normativas, circulares informativas, instruções de trabalho, formação in house, análise de legislação relevante, normas internacionais como, a ISO 27799:2016 Informática em saúde - Gestão de segurança da informação em saúde usando ISO/IEC 27002, ISO/IEC 27002:2022 Segurança da informação, cibersegurança e proteção da privacidade - Controlos de segurança da informação e ISO/IEC 27001:2013 Gestão da segurança da informação. Posteriormente elaboramos uma checklist para avaliar os procedimentos e controlos instituídos, de modo a confirmar se são, ou não, adequados para gerir os riscos identificados nos processos auditados. De seguida, executamos testes sobre os controlos instituídos para assegurar que estes estão a ser efetuados de forma contínua e, que são adequados. Atrás foi referida a norma ISO 27799:2016, que fornece

diretrizes para padrões organizacionais de segurança da informação e práticas de gestão da segurança da informação, incluindo a seleção, implementação e gestão dos controlos levando em consideração o(s) ambiente(s) de risco de segurança da informação na entidade. Esta norma fornece toda a orientação para a implementação dos controlos descritos na ISO/IEC 27002 e complementa-os quando necessário, para que possam ser utilizados na gestão da segurança das informações de saúde, porque as entidades de saúde ao implementarem a ISO 27799:2016 poderão garantir um nível mínimo de segurança necessário, que seja apropriado às circunstâncias da sua entidade, de modo a manter a confidencialidade, a integridade e a disponibilidade de informações/dados pessoais de saúde sob os seus cuidados. Há que referir que se aplica à informação em saúde e em todos os seus aspetos, seja qual for o tipo de informação, e.g. palavras, números, gravações de som, desenhos, vídeo e imagens médicas, quaisquer que sejam os meios utilizados para armazená-la, como impressão ou escrita em papel e/ou armazenamento eletrónico e ainda, quaisquer que sejam os meios utilizados para transmiti-la, isto é, sejam manualmente, por redes de computadores ou por correio, ▶

AMGEN[®]

TRADUZIMOS
A LINGUAGEM
DA VIDA EM
MEDICAMENTOS
VITAIS

Na Amgen acreditamos que as respostas aos desafios colocados pela medicina estão escritas na linguagem do nosso ADN. Como pioneiros em biotecnologia, utilizamos o nosso profundo conhecimento dessa linguagem para criar medicamentos vitais para o combate a doenças graves e melhorar decisivamente a vida dos doentes.

Para mais informações sobre a Amgen
visite www.amgen.pt

© 2020 Amgen Inc. Todos os direitos reservados.

“

AS ENTIDADES DE SAÚDE AINDA TÊM UM GRANDE CAMINHO A PERCORRER, NOMEADAMENTE NA DEFINIÇÃO FORMAL DE CONTROLOS INTERNOS E SUA MONITORIZAÇÃO

”

pois a informação estará sempre devidamente protegida. Isto é, a ISO 27799:2016 e a ISO/IEC 27002 em conjunto definem o que é necessário em termos de segurança da informação em saúde, mas atenção, estas normas não definem como esses requisitos devem ser atendidos, ou seja, a ISO 27799:2016 é uma norma neutra em termos de tecnologia, esta característica é importante por permitir que os fornecedores sugiram tecnologias novas ou em desenvolvimento que atendam aos requisitos necessários descritos na ISO 27799:2016.

No entanto, o leitor já deve ter constatado no parágrafo anterior, que se mencionou as seguintes palavras “informação em saúde”, “imagens médicas”, “informação protegida”. Não o fez lembrar nada que já não tenha ouvido? E que tal o **RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados**? E o que o **RGPD** tem a ver com estas ISO's? Tudo.

O **RGPD** e a norma ISO 27002, especialmente quando combinado com a ISO 27001 possuem muitos objetivos em comum, nomeadamente, ambos visam mitigar o risco de violações de dados e fortalecer a segurança dos dados. A ISO 27002 representa uma norma internacional de segurança que descreve a estrutura de melhores práticas para a gestão de processos, tecnologia e pessoas. Exemplificando, uma entidade da saúde para cumprir com o **RGPD** deve garantir a integridade, disponibilidade e confidencialidade dos dados pessoais em sua posse, mas existem muitas diferenças entre os dois, também, sendo importante observar que possuir uma certificação ISO 27001 não é igual à conformidade com o **RGPD**. Mas que importância tem a ISO 27002 para o **RGPD**? Em Portugal, o **RGPD** entrou em vigor em 2018, e fez com que as entidades precisassem de correr contra o tempo

para adequarem os seus processos e infraestruturas de captação e armazenamento de dados pessoais para as novas exigências. Esta adequação exigiu planeamento e execução impecáveis para garantir que o património da entidade, como dados de utentes, colaboradores, fornecedores e parceiros, sejam rigorosamente protegidos. O **RGPD** pretende uma série de adequações, adoção de práticas e medidas para garantir o correto tratamento de dados pessoais prezando pela privacidade do titular. Este regulamento é aplicável a qualquer entidade que faz o tratamento de dados pessoais de qualquer origem, como dados de utentes, funcionários, fornecedores, entre outros. A principal diferença entre os padrões **RGPD** e ISO está no objetivo e no formato. O **RGPD** é um regulamento que se concentra na proteção dos dados pessoais, na confidencialidade dos dados e na gestão dos riscos para os direitos dos cidadãos e residentes do país. Em contrapartida, a ISO 27002 é uma estrutura que oferece orientação sobre como as entidades podem implementar políticas claras e viáveis para reduzir os riscos que geram incidentes de segurança. No que diz respeito à ISO/IEC 27001, trata-se de uma norma internacional que estabelece os detalhes e as melhores práticas para o **Sistema de Gestão de Segurança da Informação (SGSI)** de uma entidade, sendo fundamental, para evitar que os controlos existentes se tornem desorganizados. O **SGSI** é um sistema de gestão documentado que consiste num conjunto de controlos de segurança que visam proteger a confidencialidade, disponibilidade e integridade dos ativos contra ameaças e vulnerabilidades. Ao projetar, implementar, gerir e manter um **SGSI**, as entidades podem proteger os seus dados confidenciais, pessoais e sensíveis de serem comprometidos.

Concluindo, as entidades de saúde ainda têm um grande caminho a percorrer, nomeadamente na definição formal de controlos internos e sua monitorização, assim como investimentos em recursos humanos especializados, em *hardware* e *software*, para mitigar todos os riscos avaliados como elevados e críticos. Ainda no âmbito deste artigo, existiu um *Webinar* sobre os “Resultados e Impacto da Gestão da Mudança para a Transformação Digital nos Hospitais do SNS” realizado por uma Equipa Multidisciplinar para a Transformação Digital da IGAS, que demonstrou como é que a transformação digital foi realizada em vários Hospitais do SNS, tendo focado em quatro pontos essenciais: as pessoas, os processos, as tecnologias e a organização. As conclusões na maioria dos hospitais não saem fora da realidade do que se conhece no setor da saúde, e por isso ainda há um longo caminho a ser percorrido no SNS. Para curiosidade do leitor, sugiro a leitura do relatório sobre “Cibersegurança em Portugal - Políticas Públicas”. ●

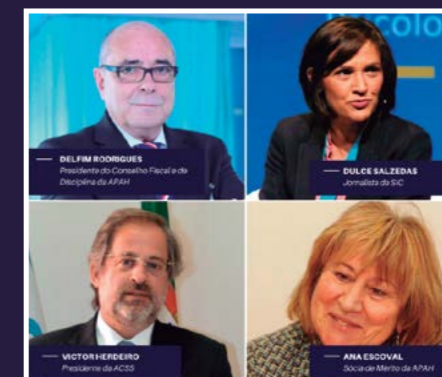


PRÉMIO HEALTHCARE EXCELLENCE VAI RECONHECER MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE

A **Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH)** promove, em parceria com a biofarmacêutica **AbbVie**, a **9.ª edição do Prémio Healthcare Excellence**, com o objetivo de reconhecer e incentivar projetos nacionais, incluindo Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, desenvolvidos e implementados no âmbito da **garantia do acesso, da qualidade, da integração e da gestão de respostas às necessidades dos utentes** e que tenham sido desenvolvidos e implementados no ano 2021.

Na edição deste ano foram recebidas **26 candidaturas**, uma demonstração da resiliência e inovação por parte das organizações de saúde públicas, sociais e privadas em Portugal. Assim, uma vez mais, a iniciativa espera reconhecer os muitos projetos nascidos no contexto pós-pandémico ficando a decisão da seleção dos finalistas a cargo do ilustre painel de jurados formado por **Delfim Rodrigues**, Presidente do Conselho Fiscal e Disciplina da APAH, **Dulce Salzedas**, jornalista da SIC, **Victor Herdeiro**, Presidente da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e **Ana Escoval**, Sócia de Mérito da APAH.

A **Reunião Final do Prémio Healthcare Excellence 2022** realizar-se-á no dia **21 de outubro**, no **Hotel Eurostars Figueira da Foz**. Durante a cerimónia, os projetos finalistas selecionados pelo júri terão a oportunidade de fazer a sua apresentação e demonstração, após o que será **anunciado o grande vencedor da edição 2022**, a quem será atribuído um prémio no valor de 5.000 euros destinado à instituição onde o projeto foi desenvolvido e implementado.



PROTEÇÃO DE DADOS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA*

* CASO PRÁTICO DO INEM



Pedro Pires Lavinha
Vogal Conselho Diretivo INEM



Rita Abreu Lima
Encarregada de Proteção de Dados do INEM

Adesão à gestão das doenças crónicas e a forte utilização de tecnologias móveis, nos cuidados de saúde, e na saúde pública, pelos profissionais e pelos pacientes, tem facilitado a comunicação, a monitorização e a educação em saúde (Hamine *et al.*, 2015) potenciando a partilha/transmissão de dados e a integração dos registos clínicos eletrónicos. Assim, a garantia da proteção dos dados pessoais e, no caso da saúde, de dados considerados sensíveis, adquiriu uma enorme relevância na salvaguarda e segurança de toda a informação.

O Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, é o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (UE), que estabelece as regras relativas à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Este Regulamento visa defender o direito à proteção dos dados pessoais, tendo entrado em vigor em Portugal no dia 25 de maio de 2018.

A sua importância no panorama jurídico nacional, permite a consciencialização das pessoas, e das organizações, em relação a uma série de obrigações, nomeadamente a densificação dos direitos dos titulares de dados pessoais, a relevância dos deveres dos responsáveis pelo tratamento de dados, e dos subcontratantes, o reforço das competências das autoridades de controlo ou a obrigatoriedade de designação de encarregado de proteção de dados (Cordeiro, 2020). Não sendo um direito novo, a verdade é que, no seio da Administração Pública, e nomeadamente na área da saúde, o tema da proteção de dados pessoais não era tão abordado como deveria. A 25 de maio de 2018, a Administração Pública portuguesa viu-se “confrontada” com esta “nova” situação, obrigando-se ao cumprimento do estipulado no RGPD.

A saúde é uma área com muitas especificidades que trata,

frequentemente, categorias de dados especiais sensíveis. Os dados de saúde, no âmbito do Regulamento, são todos os dados pessoais relacionados com a saúde física ou mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde. Esta “nova” realidade tem de ser interiorizada nas organizações de saúde, nomeadamente lembrar o dever de sigilo e confidencialidade; que o processo clínico é do utente, não pertence ao hospital ou ao médico, e estes apenas guardam informação; ou que a revelação de dados de saúde necessita de ser consentida pelo titular; informar sobre os direitos dos titulares dos dados, que têm que ser cumpridos, nos prazos estabelecidos, como sejam: o direito de acesso; de retificação; de apagamento; de oposição; de limitação do tratamento; de portabilidade e ainda o direito a retirar o seu consentimento. A segurança da informação é, pois, uma das maiores preocupações das organizações em todo o mundo e, em particular, de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (Henriksen *et al.*, 2013).

No contexto da Emergência Médica, nomeadamente Pré-Hospitalar, também se verifica a dinâmica tecnológica acima descrita, assim como a especificidade do tratamento de dados especiais sensíveis de condições agudas, tais como as paragens cardíacas, os acidentes de viação e o trauma grave, que constituem frequentes causas de morte. Muitos são os desafios relacionados com as questões de privacidade e segurança da informação dos dados clínicos que são recolhidos e transmitidos, e que o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tem de garantir, de modo a manter os níveis elevados de confiança dos utilizadores.

Caso prático do INEM

O INEM deu passos importantes na consolidação da implementação do RGPD, e na implementação de um Sis-

tema de Gestão da Segurança da Informação, para mitigar riscos elevados. Há cerca de um ano e meio, foi dado um novo impulso ao cumprimento do RGPD no INEM: foi nomeada uma nova Encarregada de Proteção de Dados (EPD) e, desde logo, após uma avaliação interna, a aposta foi na formação transversal de todos os colaboradores. Foi disponibilizado, também, um canal de comunicação direto com a EPD para o esclarecimento de dúvidas. Tratou-se de um processo prévio fundamental, para a necessária mudança da cultura de proteção de dados pessoais impregnando, nas pessoas, este novo conceito. O objetivo foi alertar todos os trabalhadores do Instituto para a nova realidade e para as suas responsabilidades, salvaguardando-os de eventuais erros ou falhas no que a esta matéria pudesse dizer respeito, de modo a proteger, e garantir, a confidencialidade dos dados pessoais dos nossos utentes. Foram ministradas diversas ações de formação, presenciais e à distância, dirigidas a todas as categorias profissionais de trabalhadores. Cada ação teve uma duração média de 1h30m e com o foco nos seguintes temas:

1. O que é o RGPD;
2. Conceito de Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis;
3. Responsabilidade;
4. Violação de tratamento de dados pessoais;
5. Casos práticos.

Esta formação já abrangeu cerca de 60% dos trabalhadores, pretendendo-se atingir a totalidade dos mesmos até final de 2022.

Ao nível externo, estendeu-se a formação às Associações Humanitárias dos Bombeiros Voluntários e a Cruz Vermelha Portuguesa, na medida em que realizam registos com dados pessoais e sensíveis.

Outra atividade importante, foi a implementação de uma plataforma informática de *compliance*, que possibilitou, de forma mais sólida, o registo de atividades, as avaliações de impacto de tratamento de dados, o direito de acesso dos titulares dos dados e o controlo de conformidade dos subcontratantes. Nesta plataforma, foram definidos os níveis de maturidade, que no fundo traduzem a percentagem de medidas previamente definidas que já estariam concretizadas, no universo da totalidade das medidas consideradas essenciais adaptar. Permitiu, desde logo, realizar a análise do nível de maturidade do INEM, ou seja, compreender se o Instituto cumpria ou não o estipulado no Regulamento. Concluiu-se numa primeira autoavaliação, realizada em outubro de 2021, que a nossa maturidade se situava nos 37%. Ou seja, o Instituto cumpria com as suas obrigações face ao RGPD em menos de metade das suas atividades/procedimentos. Com esta informação, estabeleceu-se, então, um plano de ação que foi reavaliado de forma iterativa, agilizando e fortalecendo os procedimentos, que permitiram aumentar a nossa maturidade e ficarmos em *compliance* com o RGPD.

Um mês após a primeira autoavaliação (37%), o nosso nível de maturidade passou para 63%. A metodologia de trabalho foi mantida e ao fim de um período adicional de seis meses, o nível de maturidade passou para 91%.

Paralelamente a este processo, o INEM iniciou, em meados de 2021, a implementação de um Sistema de Gestão da Segurança da Informação (ISO 27001) com o objetivo de impulsionar uma política organizacional de segurança da informação, bem como um conjunto de políticas técnicas, em conformidade com os requisitos da norma, que potenciará a integração funcional do processo de *compliance* com o RGPD, em todos os sistemas de gestão do Instituto.

Assim, o INEM cumpriu com os objetivos estratégicos definidos no âmbito da proteção de dados:

- Assegurar a implementação de medidas técnicas e organizativas que garantam a segurança dos dados pessoais;
- Promover uma cultura de proteção de dados global, integrando fornecedores, trabalhadores, utentes e outros *stakeholders* nas suas ações de formação e sensibilização;
- Garantir todos os direitos aos titulares dos dados, nomeadamente acesso, retificação, portabilidade, apagamento, limitação e oposição em todos os processos do Instituto;
- Garantir a cooperação com a autoridade de controlo.

Conclusão

Os passos que o INEM tem dado na implementação do RGPD, têm sido consistentes, e determinantes, para a sua conformidade. O RGPD é entendido como um processo transversal na organização, alicerçado no trabalho de um grupo multidisciplinar que analisa, e avalia, periodicamente, o nível de maturidade. Ou seja, um processo dinâmico, com interações sucessivas nos ciclos de melhoria contínua, de modo que os resultados sejam alcançados de uma forma sustentada, com elevação e convergência.

A formação das pessoas é essencial para as dotar das competências necessárias para poderem lidar com as suas responsabilidades no dia-a-dia, sobretudo no contexto da emergência médica pré-hospitalar, onde muitos dados pessoais e sensíveis são registados.

A implementação da Norma ISO 27001 - Sistema de Gestão da Segurança da Informação, que em muitos aspetos e temáticas se cruza com o RGPD, permitirá obter ganhos de sinergia, alargar a esfera de profissionais da instituição “contaminados” com esta nova, e necessária, atitude e sem receios de eventuais fracassos. A submissão ao escrutínio externo para avaliação da conformidade com esta norma será um reforço substancial na gestão do processo do RGPD.

Pretendemos atingir um nível de maturidade de 100%. Mantendo este otimismo, ousamos dizer que 2021 foi o ano da implementação e que, em 2022, teremos um nível de maturidade que cumpre com o estabelecido no Regulamento. ●

GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE É UM DESAFIO CONSTANTE



Luís Vales

Sei distinguido com o **Prémio Coriolano Ferreira** foi para mim uma honra e um orgulho. Desde logo por todo o simbolismo que carrega. O Professor Coriolano Ferreira foi sem dúvida nenhuma a *alma mater* da administração hospitalar em Portugal. Foi o primeiro administrador hospitalar num hospital central, o primeiro diretor-geral dos hospitais, o primeiro secretário-geral do Ministério da Saúde e Assistência, mas para além deste seu pioneirismo, deu também sobejas provas do seu génio organizativo, liderança e capacidade de trabalho em equipa. É assim que também eu concebo o papel dos Administradores Hospitalares: Dotados de enorme resiliência, responsabilidade, inovação, profissionalismo, dedicação e conhecimento, mas sem nunca esquecer o humanismo e aqueles que irão beneficiar do seu trabalho. A melhoria contínua dos serviços e das instituições merecem administradores hospitalares cuja alma esteja permanentemente inquieta, em busca pelas melhores soluções e respostas. Este prémio tem um outro significado para mim. Representa o culminar de dois anos de trabalho e dedicação, em que foi necessário conciliar a atividade profissional, as exigências familiares e a academia. Mas se me perguntassem se o voltaria a fazer, a minha resposta seria imediatamente positiva. O Curso de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública é alicerçado num corpo docente de excelência, onde a atualidade e a qualidade do ensino impera. Também a diversidade da formação académica de base dos



↑ Coriolano Ferreira, Sócio Honorário

colegas que comigo fizeram este caminho, permitiram uma enorme partilha de novo conhecimento. Há vários anos que a Administração Hospitalar me interessava. O conhecimento do Sistema de Saúde era já vasto por força das funções que desempenhei a nível local e nacional, mas esse conhecimento era apenas empírico. Sentia que precisava de o alicerçar em algo mais substantivo e mais profundo. Porque conhecer os problemas de nada vale se não tivermos mecanismos para os solucionar. Foi isso que encontrei na Escola Nacional de Saúde Pública, e o que motivou inúmeras visitas a outros países para conhecer outros modos de organização dos serviços de saúde.

Desde Singapura, onde pude apreciar um modelo de elevado controlo estatal, mas ao mesmo tempo liberal na organização e tecnologicamente muito avançado, até à Alemanha, com os seguros de saúde públicos e privados e com um sistema de saúde determinado por uma estrutura corporativista e descentralizada.

São estas experiências, aliadas ao contacto científico e académico da Escola Nacional de Saúde Pública, que me permitem hoje dizer que a alteração do paradigma da crítica constante e muitas vezes exagerada é possível e está ao nosso alcance enquanto País desenvolvido e com um elevado sentido social.

Sabemos que a gestão das organizações de saúde constitui um desafio constante, não só devido à complexidade, diferenciação e especificidade do setor, mas também, à quantidade de *stakeholders*, lógicas de mercado, modelos de governação e mudanças sociais constantes.

Desafios como a escassez de recursos humanos diferenciados, a imprevisibilidade da procura, o crescimento da despesa e respetiva pressão para reduzir custos, a iliteracia em saúde, as doenças emergentes e a transformação digital devem ser reconhecidos e motivadores para a procura de novas soluções mais eficientes e eficazes.

Costumamos ouvir que a saúde não tem preço e nisso estaremos



todos de acordo, mas também é verdade que a saúde tem custos.

E em Portugal o aumento dos custos e as limitações orçamentais resultam num subfinanciamento crónico que poderá gerar dificuldades no acesso aos cuidados, degradação das instalações e nos equipamentos, bem como iniquidades. Tendo em conta que a comparticipação do Orçamento de Estado para as despesas de saúde não poderá aumentar indefinidamente, há que explorar formas diferentes de financiamento, de organização e mesmo de modelo a seguir.

Existem hoje mecanismos como as novas tecnologias de informação que possibilitam a harmonização dos procedimentos financeiros, clínicos, administrativos e de diagnóstico por meio de sistemas integrados de informação que se poderiam aplicar no SNS e constituir fator de eficiência na gestão e nos cuidados.

Devemos ser proativos e avançar com a implementação efetiva do modelo de prestação de cuidados baseados no *Value Based Healthcare*, no qual os prestadores, incluindo hospitais e médicos, são pagos com base nos resultados em saúde do doente. A implementação deste modelo representaria um avanço face ao atual, uma vez que existiria o redirecionamento dos incentivos de "volume" para "resultados", sendo o pagador o principal responsável por determinar o seu nível objetivo com base na restrição financeira.

A criação de incentivos para o investimento na promoção da saúde e o aumento do ritmo da adoção dos processos



e tecnologias inovadoras que mais criam valor, aliada a uma verdadeira integração dos cuidados de saúde primários e secundários e ao mapeamento do percurso terapêutico dos doentes constituiria uma etapa chave para a gestão e otimização do financiamento por doente. No mesmo sentido as estratégias e as ferramentas de gestão são mais eficazes quando usadas simultaneamente e em conjunto. Uma utilização concertada de diferentes ferramentas promove complementaridades que não estão disponíveis quando utilizadas isoladamente. A vontade parte de cada um de nós e só essa vontade é capaz de traduzir mudanças efetivas naquilo que queremos melhorar. ●

PODEMOS TER LIDERANÇA SEM LEAN, MAS PODEREMOS TER LEAN SEM LIDERANÇA?



Elisabete Vaz¹



Hugo Vizinha Silva²



Joana Seringa³



Margarida Mascarenhas⁴



Rui Cortes⁵



Teresa Magalhães⁶

Muito se fala sobre a necessária e desejada transformação dos sistemas de saúde, seja pela mudança do perfil epidemiológico, seja pelas expectativas dos utentes ou mesmo pela emergente transformação digital. Contudo, tem ficado evidente que todas essas transformações carecem de lideranças adequadas, preparadas e modernas.

Donald Berwick refere que muitos dos hospitais, a nível mundial, que tentam implementar uma cultura de melhoria contínua como suporte da sua transformação organizacional, falham! E que a causa desse insucesso, se deva ao foco nas diversas ferramentas, e levando ao esquecimento da cultura. Também aqui ganha destaque a importância que a Liderança tem para que a cultura se possa instalar.

Podemos destacar algumas das características que se esperam encontrar numa efetiva Liderança ao nível de organizações de Saúde: gestão de proximidade e acompanhamento das operações nas diferentes áreas da organização; cultura de transparência, em que o “erro” é em si mesmo o ponto de partida para a melhoria, acompanhada por um ambiente de segurança psicológica onde o “erro” tenha espaço de expressão, sem culpabilidade, onde se confia nas pessoas e se atacam os processos; sem esquecer uma

visão estratégica que, comunicada de forma clara, é em si mesmo o “True North” para as equipas conhecerem o rumo que delas é esperado (Bonnette *et al.*, 2020).

Foi com este mote que no dia 19 de abril, a Associação NOVA Saúde Pública, em parceria com a Lean Health Portugal e com o apoio da APAH e da ROCHE, realizou o evento “Leading Change in Healthcare”, dirigido a Presidentes de Conselho de Administração e Diretores Clínicos de unidades hospitalares do SNS. Estiveram presentes 36 Gestores de Topo de Norte a Sul e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

Foram convidados e palestrantes Stephen Singleton, médico e CEO de Trusts de UK durante mais de vinte anos, e Henry Otero, médico Oncologista e responsável por acompanhar a transformação organizacional de hospitais de países como EUA, UK, Dinamarca e mesmo do Japão.

Henry Otero iniciou a sessão com a questão que suscitou o interesse dos gestores de topo: “Como posso hoje ser melhor que ontem, amanhã melhor do que hoje?”.

Para ser um líder de sucesso é necessário ter um conhecimento fundamental dos sete desperdícios do *Lean*: inven-



“ WE GET THE CULTURE WE ASK FOR
Edgar Schein ”

tário; espera; defeitos; transporte; superprodução; movimento; e sobre-processamento, pois quando se consegue eliminar o desperdício surge a possibilidade de melhorar os processos, sendo então essencial que também o líder se capaz de identificar os desperdícios quando percorre o “Gemba”, onde decorrem os processos. (Bharsakade *et al.*, 2021).

O palestrante, partilhou um desafio que teve de enfrentar, que consistia em reduzir o tempo de espera para o tratamento oncológico. Para superar esse desafio, Henry, realizou uma reunião de equipa para perceber a perspectiva dos profissionais e, concomitantemente procedeu à observação dos processos, tendo identificado diversas lacunas e oportunidades de melhoria. Com a definição clara de estratégias para atuar nos pontos de melhoria identificados, em estreita colaboração com os profissionais, foi possível reduzir o tempo de espera, de seis horas para uma hora, promovendo uma melhor experiência de cui-

dados e melhor produtividade por parte dos profissionais.

Este pequeno exemplo acima descrito, é demonstrativo da importância de desenhar os processos nas organizações de saúde, de forma a por um lado assegurem a melhor experiência possível ao utente sem deixar de procurar também aumentar a satisfação dos profissionais e a efetividade e eficiência dos processos.

No decorrer da palestra, ocorreram várias interações com os gestores de topo, entre estas, Henry questionou se tinham conhecimento de quais eram as estratégias e de que forma seriam sustentáveis os esforços em contexto hospitalar, no qual a resposta por parte dos gestores foi baseada na análise de dados e na implementação de metodologias como “utente mistério”. Contudo, a resposta que procurava incidia sobre a constante observação da realidade. Ao finalizar a palestra, Henry rematou com os principais tópicos essenciais de forma a atingir a melhoria. Realçan- ▶



“

OS GESTORES DE TOPO DEVEM TER
COMO FOCO APOIAR A CRIAÇÃO
DE UM AMBIENTE DE SEGURANÇA
PSICOLÓGICA, QUE PERMITA
UMA CULTURA DE TRANSPARÊNCIA
PERANTE O ERRO

”

do como pedrabasilar a importância de centrar centrar no utente, nas suas necessidade, ouvi-lo atentamente o paciente, estabelecer claramente os objetivos da instituição, desenvolver sistemas de forma a manter o desenvolvimento, priorizar a melhoria dos processos de trabalho, elaborar um lugar seguro para os profissionais manifestarem as suas opiniões e finalmente observar e manter a curiosidade pelos serviços prestados na instituição. Para que tudo isto possa acontecer, os gestores de topo devem ter como foco apoiar a criação de um ambiente de segurança psicológica, que permita uma cultura de transparência perante o erro, e assegurar a capacitação das equipas relativamente à melhoria contínua.

Henry sintetizou a sua apresentação com uma frase que considera descrever uma liderança de sucesso: “The Leaders has to have big eyes and big ears and a small mouth, walking eye with a small mouth. We have to ask the questions but listen well to the answers”.

Depois da primeira sessão que teve como objetivo facultar um *framework* possível para se levar a cabo uma organização transformacional, Stephen Singleton iniciou a sua palestra com agitação de pensamentos relativamente a aspetos pré-concebidos no dia-a-dia das gestores de topo tais como a roupa e a existência de gabinete. A bata branca no caso dos médicos e a roupa formal no caso dos dirigentes pode induzir um distanciamento psicológico que coloca constrangimentos à comunicação e identificação de pontos de melhoria. Na mesma lógica, o gabinete induz distância física face àquilo que é a proximidade necessária, dos profissionais e dos processos, para identificar os problemas e conhecer a realidade.

Foram também enumeradas várias lições naquilo que é o papel do líder na transformação organizacional, especialmente em organizações cujos recursos humanos estão em *deficit* e se apresentam cada vez mais sobrecarregados, demonstrando a correlação entre a mortalidade e os *outcomes* do utente face à variável da felicidade das equipas. Stephen defende que deve ser proporcionada

uma cultura de melhoria envolvendo e reconhecendo os esforços da equipa e um reconhecimento diário, mesmo que através de um simples “obrigado”. Este envolvimento carece da existência de uma narrativa simples e objetivos claros que possam ser compreendidos por todos, permitindo a todos agir em conformidade. Deste modo sugere a implementação de ciclos de melhoria contrariamente à ideia de melhoria única e pontual. O ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA). PDCA é um modelo para desenvolver mudança e uma parte essencial da filosofia de produção *Lean* e um pré-requisito importante para a melhoria contínua de pessoas e processos (Maijala *et al.*, 2018).

A liderança é muitas vezes associada apenas a preocupações com a sustentabilidade financeira e de desempenho, devendo existir uma preocupação focalizada no que é a experiência e as melhorias para o utente.

Stephen sugere uma abordagem de *Coaching de performance* GROW desenvolvido por John Whitmore (Whitmore, 2009). GROW, palavra que em inglês significa “crescer”, cinge-se a quatro pilares essenciais: metas (Goal), realidade (Reality), opções (Options); e o quê, quando e quem vai fazer (What, When, Who) (Maini *et al.*, 2020). É uma metodologia que tem como um dos seus principais objetivos levar o indivíduo à reflexão e consequentemente à ação, através de um processo estruturado. Stephen lembrou que um líder não vai resolver todos os problemas da instituição, mas o seu papel é ajudar pessoas a resolver problemas - “help people to solve problems”. Stephen propõe ainda que em cada reunião exista alguém que figure a perspetiva do utente, centrando-se nas suas preocupações e perceções do processo. Pretende-se que a organização se centre cada vez mais no utente, envolvendo-o em toda a sua jornada.

Stephen realça também a ideia de que a liderança não é uma qualidade inata e de senso comum, mas sim uma experiência coletiva, humilde e adaptativa cujo resultado pressupõe uma melhoria contínua dos processos e a felicidade das equipas (Boerma *et al.*, 2017).

No final deste dia foi enviado um questionário de satisfação aos participantes, de onde se podem destacar os seguintes pontos:

- Os participantes no evento reconhecem com valores 7 a 9 (numa escala de 1 a 9) a importância do envolvimento da gestão de topo na implementação de projetos *Lean*, bem como a importância do estilo de liderança que se exerce.
- Reconhecem ainda, de 7 a 9, que a gestão intermédia é essencial.
- Consideram que, à semelhança do que foi referido anteriormente, um líder deve assegurar uma visão clara, saber ouvir e ter gosto em observar a realidade e motivar as

equipas. Sendo talvez estes os eixos claros para uma transformação organizacional.

- Por fim, é de destacar que 100% das respostas consideram que é crítico existir capacitação dos profissionais e das equipas.

Esperamos que este evento tenha contribuído, mesmo que de forma singela, para o desenvolvimento de lideranças mais facilitadoras da cultura que todos desejamos para as organizações de saúde poderem ser o que os utentes esperam, gerando felicidade nas equipas. ●

¹Estudante do 51º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública Técnica de Cardiopneumologia no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

²Estudante CEAH 52 Gestor e Farmacêutico Responsável da Farmácia Tanara Cascaishooping

³Gestora dos Blocos Operatórios e CRI de Traumatologia Ortopédica do CHULC

⁴Estudante do 52º Curso de Administração Hospitalar Técnica Superior (*Team leader*) Gabinete de Intervenção para a Supressão da Covid-19 em Lisboa e Vale do Tejo, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

⁵Aluno do 12º Doutoramento em Saúde Pública da ENSP Fundador da Lean Health Portugal

⁶Professora, NOVA National School of Public Health, Public Health Research Centre, Universidade NOVA de Lisboa; Comprehensive Health Research Centre (CHRC)

• Bharsakade, R. S., Acharya, P., Ganapathy, L., & Tiwari, M. K. (2021). "A lean approach to healthcare management using multi criteria decision making". *Op-Search*, 58(3), 610-635.

• Boerma, M., Coyle, E. A., Dietrich, M. A., Dintzner, M. R., Drayton, S. J., Early, J. L., Edginton, A. N., Horlen, C. K., Kirkwood, C. K., Lin, A. Y. F., Rager, M. L., Shah-Manek, B., Welch, A. C., & Williams, N. T. (2017). "Point/Counterpoint: Are Outstanding Leaders Born or Made?" *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(3).

• Bonnette, K., Smart, J., Morrey, M., Eide, D., Knospe, C., White, P., & Helmers, R. (2020). "The Development of a Daily Comprehensive and Multidisciplinary Health Care Leadership Huddle". *WJM*, 119(3), 205-210.

• Maijala, R., Eloranta, S., Reunanen, T., & Ikonen, T. S. (2018). "Successful Implementation of Lean as a Managerial Principle in Health Care: A Conceptual Analysis From Systematic Literature Review". *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 34(2), 134-146.

• Maini, A., Fyfe, M., & Kumar, S. (2020). "Medical students as health coaches: Adding value for patients and students". *BMC Medical Education*, 20(1), 1-8.

• Whitmore, J. (2009). "Coaching for Performance: GROWing Human Potential and Purpose - the Principles and Practice of Coaching and Leadership (4th Edition)". Nicholas Brealey Publishing.

HIGIENE E SEGURANÇA EM TORNEIRAS HOSPITALARES

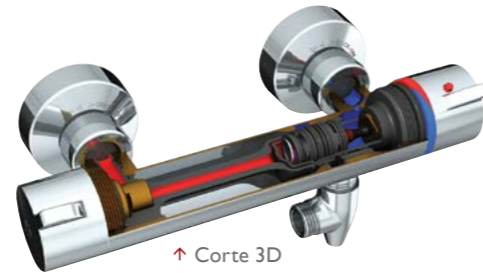
A misturadora de duche termostática SECURITHERM H9768 da DELABIE responde perfeitamente às expectativas dos utilizadores dos estabelecimentos de saúde, em termos de segurança anti-queimaduras, higiene e conforto, permitindo ao gestor a otimização da sua fatura de água. A conceção única desta misturadora torna impossível a intercomunicação entre a água quente e a água fria, reduzindo consideravelmente, o risco da proliferação bacteriana.

Total segurança anti-queimaduras

Como todas as torneiras termostáticas SECURITHERM DELABIE, esta nova misturadora de duche garante uma total segurança anti-queimaduras. O cartucho termostático garante uma estabilidade da temperatura, quaisquer que sejam as variações de pressão e de débito na rede. A misturadora H9768 está equipada com um duplo limitador de temperatura, o primeiro, desbloqueável a 41°C, o segundo, ativado aos 43°C, o utilizador não corre qualquer risco de se queimar.

A tecnologia termostática garante uma segurança automática. No caso de corte inesperado de alimentação de água fria, a água quente é cortada total e instantaneamente. Da mesma forma, no caso de interrupção de alimentação de água quente, a água fria é cortada total e instantaneamente, evitando assim o risco de um duche frio, que pode provocar a perda de equilíbrio ou queda do utilizador.

A misturadora H9768 também beneficia da tecnologia Se-



curitouch, evitando qualquer risco de queimaduras ao lhe tocar e permite realizar facilmente choques térmicos à temperatura da água quente da rede, sem ser necessário desmontar o manípulo ou cortar a alimentação de água fria.

Controlo da proliferação bacteriana

A misturadora de duche H9768 foi especialmente estudada para limitar o risco de desenvolvimento bacteriano. Devido ao seu design, a intercomunicação entre a água quente e a água fria é totalmente impossível. Com efeito, a DELABIE desenvolveu uma patente única que permitiu obter uma misturadora termostática com fecho de água fria e de água quente diretamente nas entradas, tomando assim totalmente desnecessárias as válvulas antirretorno. Não é necessária nenhuma manutenção específica e o risco de intercomunicação é eliminado.

Com a certificação NF M (Médical), em França, esta misturadora foi concebida para limitar ao mínimo e estritamente necessário o volume de água em estagnação no corpo da misturadora, logo, reduz o risco de desenvolvimento bacteriano.

Economia de água e energia

Com um débito limitado a 9 litros por minuto, a misturadora H9768 permite a economia de água, preservando o conforto do utilizador. A economia de água realizada gera economia de energia e do próprio equipamento. Além disso, menos volume de água na instalação, também significa menor risco de proliferação bacteriana. A misturadora de duche termostática SECURITHERM Securitouch H9768 também está disponível em kits de duche para instalação na parede à face.

Uma pequena prateleira cromada adaptável à misturadora está agora disponível como opção. Ela permite a colocação de produtos de higiene corporal dos utilizadores, normalmente shampoo e gel de banho.

A DELABIE é uma empresa especialista em torneiras e equipamentos sanitários para estabelecimentos hospitalares e de cuidados de saúde e oferece soluções únicas que dão resposta às problemáticas específicas de higiene e segurança. ●



↑ Duche quarto internamento

LEGIOMIX: PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA LEGIONELLA



As infeções causadas pela bactéria *Legionella* representam um problema grave para a saúde pública. De forma a prevenir a proliferação desta bactéria, foi criada a Lei n.º 52/2018 de 20 de agosto, que estabelece o regime de prevenção e controlo da doença dos Legionários. Esta nova lei obriga ao registo de equipamentos numa plataforma eletrónica, à elaboração de planos de prevenção e de controlo de redes, sistemas e equipamentos propícios à proliferação da bactéria *Legionella* e ainda à realização de auditorias a cada três anos. A lei especifica que "equipamentos de transferência de calor associados a sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado ou a unidades de tratamento do ar, desde que possam gerar aerossóis de água" e "a redes prediais de água, designadamente água quente sanitária" deverão ser alvo de controlo de *Legionella*. Para além destas indicações, a mesma refere que "todas as atividades de limpeza e desinfecção, manutenção, monitorização, tratamento e verificação de ocorrências, datas de auditorias e respetivos resultados e eventuais medidas adotadas terão de ser indicadas num sistema de registo obrigatório". A gestão e operação da plataforma estará a cargo da Direção-Geral de Saúde.

É uma regulamentação clara sendo que, para além do seu cumprimento do ponto de vista estritamente legal, é certo que as eventuais consequências do seu incumprimento terão efeitos colaterais na comunidade e famílias, pelo que a sua observância representa adicionalmente um dever cívico para a sociedade civil.

Os tratamentos térmicos

A proteção da rede de água quente sanitária (AQS) contra a *Legionella* pode ocorrer com tratamentos químicos ou térmicos.

Os tratamentos químicos de desinfecção modificam as características químicas da água e poderão torná-la agressiva para os materiais e não conforme aos requisitos de qualidade requeridos pelas normas em vigor sobre águas destinadas ao consumo humano.

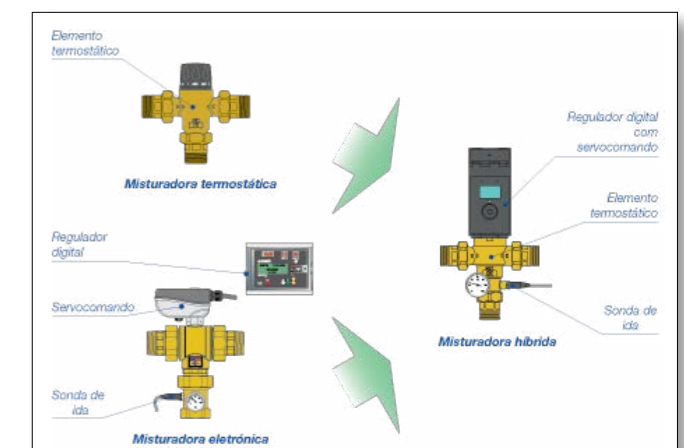
Por sua vez, os tratamentos térmicos modificam apenas a temperatura da água e podem ser de dois tipos: **choque térmico** (como medida de desinfecção temporária) ou **desinfecção térmica** (como medida preventiva e sistémica).

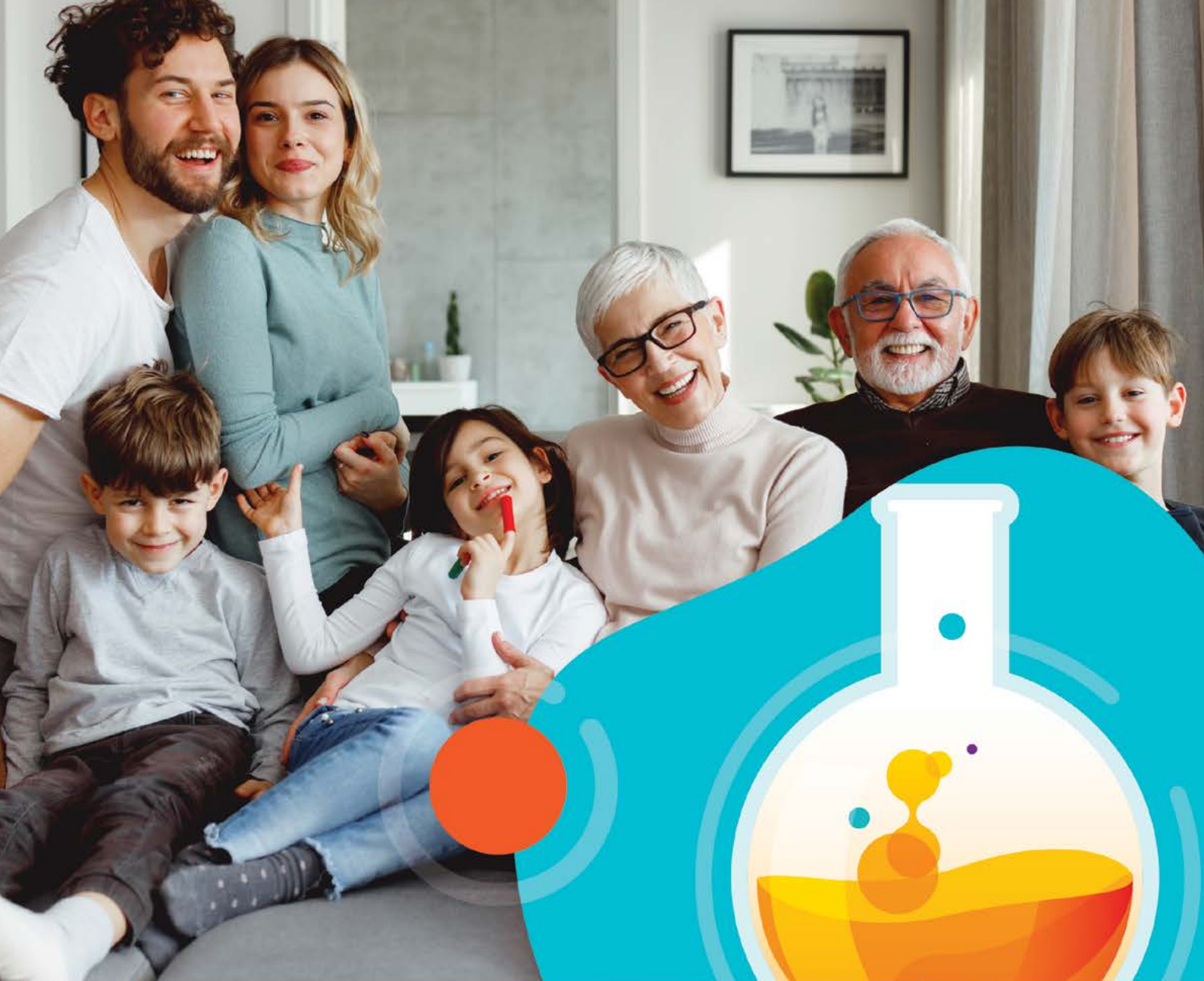
Nas instalações para produção e distribuição de AQS, os tratamentos térmicos são preferíveis aos químicos. Na perspetiva de contribuir para a segurança deste tipo de instalações, e recorrendo a uma vasta experiência na



área de sistemas de aquecimento e hídricos, a CALEFFI desenvolveu um produto capaz de eliminar a presença da bactéria *Legionella*, recorrendo a um tratamento térmico. A misturadora híbrida Legiomix® 2.0 aponta em dois vetores fundamentais - **segurança** e **economia** - registando os dados de mistura e desinfecção e estando preparada para **gestão remota** para uso nos sistemas de Building Management (BMS).

Esta solução evoluiu no sentido de se integrar no contexto das atuais necessidades em torno da prevenção da *Legionella*, sendo já uma presença muito relevante no panorama dos edifícios como hospitais, clínicas, escolas, hotéis, ginásios, estabelecimentos comerciais e de serviços, empresas e indústrias. Em sintonia com a legislação e com as práticas recomendadas, a presença da Legiomix® torna possível não só planear, prevenir e controlar o fenómeno, mas também, registar e partilhar as operações, criando "memória futura" pelo histórico que guarda. ●





KabiCare[®]

**Preparação
de Fórmulas Magistrais
para Nutrição Parentérica**

**Programa de Apoio
Domiciliário ao Doente
com Nutrição Parentérica**



**FRESENIUS
KABI**

caring for life