

OUTUBRO NOVEMBRO DEZEMBRO 2022

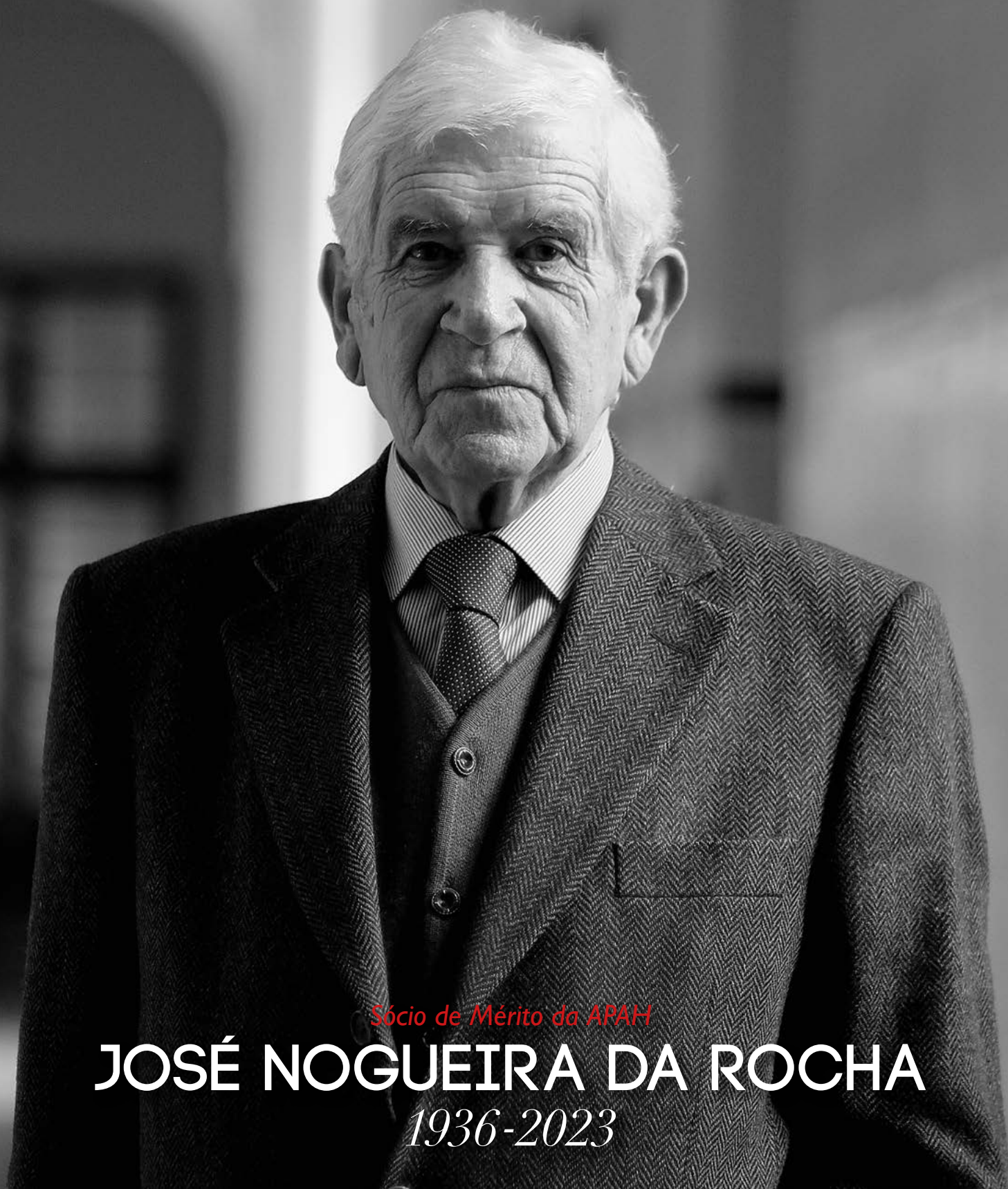
Edição Trimestral

Nº 31

GESTÃO HOSPITALAR

APAH ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA



Sócio de Mérito da APAH

JOSÉ NOGUEIRA DA ROCHA
1936-2023

2023

IHFLISBON

46th World Hospital Congress

Global learning, local action

Datas do congresso
25 e 27 de outubro
de 2023

Atividades do pré-congresso
23 e 24 de outubro
de 2023



Centro de Congressos
de Lisboa, Portugal

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



Aprenda com líderes de opinião, peritos e executivos do mundo inteiro.



Atualize-se sobre as boas práticas, inovações e soluções que poderá implementar na sua organização.



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



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



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



Explore o património tradicional, a história secular e a animação cultural cruzados com a inovação tecnológica de Lisboa e Portugal.



Com o Apoio Patrocinador
de Sua Excelência
Vice do High Commissioner of the
Republic of the Portuguese Republic



O Presidente da República



#IHFLisbon

worldhospitalcongress.org

ihfcongress@events.mci-group.com

GH SUMÁRIO

OUTUBRO NOVEMBRO DEZEMBRO 2022

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, Sandra Olim

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Sofia Marques

EDIÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO

bleed
Publicações & Eventos

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

Errata:

Na edição n.º 30, no artigo “Que palavras usamos quando falamos de Transformação Digital em Saúde?”, por lapso não foram incluídos todos os seus autores. Com o nosso pedido de desculpa aos visados, aqui fica a autoria correta: Teresa Magalhães, Miguel Cabral, Afonso Pedrosa, Carlos Sousa, Inês Sá Dantas, Rita Veloso, Zita Espírito Santo, Alexandra Santos e Miguel Lopes.

- 4 **Editorial**
Assim devia ser
- 6 **História da Saúde**
Final do Século XIX e início do Século XX: a erupção sanatorial
- 10 **Saúde Pública**
A importância da notificação de fenómenos em saúde pública
- 14 **Cidadania**
Atestado médico de incapacidade multiuso: impulsionador de uma sociedade inclusiva
- 16 **Sistema de Saúde**
Ensaio clínico: um ativo estratégico nacional
- 20 **Sustentabilidade**
Economia circular: desenvolvimento sustentável e redução da pegada ambiental
- 24 **Entrevista**
Homenagem a José Nogueira da Rocha
- 30 **Reabilitação auditiva**
Readaptar: a economia circular nos cuidados de saúde auditivos
- 34 **Direito Biomédico**
Perspetivas de futuro para os biobancos
- 38 **Auditoria Interna**
Principais desafios para a função Auditoria Interna no SNS
- 40 **Iniciativa APAH | Prémio Healthcare Excellence**
Projeto WalkingPad
- 44 **Iniciativa APAH | Prémio Coriolano Ferreira**
Desigualdades socioeconómicas e geográficas na doença crónica e multimorbilidade em Portugal
- 48 **Iniciativa APAH | Bolsa Capital Humano**
O Corvo: uma forma de comunicar entre equipas na urgência
- 51 **Iniciativa APAH | Bolsa Capital Humano**
HEaT: Hospital Engagement Tool
- 54 **Iniciativa APAH | Bolsa Capital Humano**
HB Presente!: passo a passo, rumo a um hospital mais presente
- 56 **Iniciativa APAH | Congresso IHF**
Visita de Estudo ao 45.º Congresso Mundial dos Hospitais no Dubai
- 60 **Iniciativa APAH**
Innhospital Portugal-Espanha: a gestão da inovação como pilar do desenvolvimento hospitalar
- 64 **Iniciativa APAH | II.ª Conferência de Valor**
II.ª Conferência de Valor APAH: rumo à sustentabilidade



Xavier Barreto
Presidente da APAH

ASSIM DEVIA SER

“O hospital, pela sua natureza, requer pessoas habilitadas em consonância com essa natureza. **Assim devia ser**”, dizia-nos o Prof. Nogueira da Rocha, na última entrevista que concedeu à APAH e que republicamos nesta edição da Gestão Hospitalar. Que bom seria se os governos e os decisores em geral, aprendessem com quem, pelo seu percurso e experiência, tanto nos pode ensinar.

O Prof. Nogueira da Rocha iniciou a sua carreira de docente universitário na Escola Nacional de Saúde Pública - cadeira de Administração Hospitalar (1976, tendo sido Professor Associado da Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa (2002) e diretor do curso de Administração. Entre outras funções, destaca-se as de Administrador-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa (1968-1978), Diretor Geral de Organização e Recursos Humanos da Segurança Social (1979-1985), Diretor Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (1986-1990) e Presidente do Conselho de Administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais - SUCH (1990-2002). Foram-lhe concedidos vários louvores e condecorações, tendo em maio de 2018 recebido a Medalha de Serviços Distintos - Grau Ouro do Ministério da Saúde.

Pelos seus méritos profissionais e académicos, mas acima de tudo pelas suas qualidades humanas, o Prof. Nogueira da Rocha foi uma referência para várias gerações de Administradores Hospitalares. A sua contribuição para a construção do Serviço Nacional de

Saúde e para a consolidação da Administração Hospitalar Portuguesa, deixa uma marca indelével que o tempo não apagará. Acima de tudo, o Prof. Nogueira da Rocha tinha uma empatia e uma simplicidade própria dos grandes homens, que impressionava quer os seus alunos, como os muitos profissionais e colegas com quem se foi cruzando ao longo da sua vida.

Dizia-nos o Prof. Nogueira da Rocha, a propósito da carreira de Administração Hospitalar: “uma coisa é o quadro legal, outra é aquilo que na prática se verifica e... sem ser adivinho direi que, porventura, no futuro, a carreira, que sofreu algo com o tempo, poderá vir a afirmar-se com mais força do que aquela que hoje tem. É essa a minha convicção.”

Assim o desejamos, na certeza de que percursos como o do Sr. Professor são o melhor incentivo para continuarmos a acreditar no futuro da nossa profissão. Obrigado. ●

Nota:

Não obstante esta edição ser referente ao quarto trimestre de 2022, a triste notícia do falecimento do Professor Nogueira da Rocha no passado dia 27 de janeiro, levou-nos inevitavelmente a reproduzir a entrevista publicada em 2019 no livro "50 anos em 20 Olhares - o Percurso da Administração Hospitalar em Portugal" e torná-la tema de capa. Mais do que uma homenagem, esta é mais uma forma de agradecer e de perpetuar o seu legado.



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

FINAL DO SÉCULO XIX E INÍCIO DO SÉCULO XX: A ERUPÇÃO SANATORIAL



Jorge Varanda

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

Quando um fenómeno acontece pode ter a aparência de uma erupção, mas ser na realidade o resultado natural de uma movimentação de factores que se conjugaram ao logo dos tempos para que o mesmo acontecesse naquela altura. É o que me parece ter acontecido na criação aparentemente repentina de sanatórios no início do século XX, não só em Portugal, mas noutros países da Europa.

Sabe-se que o primeiro sanatório de altitude foi criado em 1863 pelo médico alemão Hermann Brehmer em Gorbardsdorf, Silésia, actualmente território da Polónia. O impulso para tal iniciativa foi a cura de que o Dr. Brehmer beneficiou numa estadia nos Himalaias. Para melhor entender o que se passou é interessante recordar: "His belief in the beneficial effects of life at high altitudes had been encouraged by his teacher J. L. Schonlein, the doctor who had previously suggested that the name 'tuberculosis' be used as a generic term for all the manifestations of phthisis. The explorer Alexander von Humboldt had also assured him that the disease did not exist in mountainous countries."¹

O exemplo do sanatório de Gorbardsdorf² teve tendência a replicar-se, ganhando com o tempo aceitação por parte da comunidade médica. Exemplo dessa influência foi a criação do sanatório de Davos, na Suíça, que acabou por transformar este País no principal destino de doentes com tuberculose na Europa.³

Sabe-se que a tuberculose flagelou a Humanidade durante milénios, mas foi no século XIX que atingiu o seu auge, tendo em conta o crescimento populacional e as condições habitacionais geradas pela industrialização. Lembremos que entre 1800 e 1900 a população de Portugal cresceu de pouco mais de três para cinco milhões de habitantes⁴, aumento superior a 70%. Acresce o crescimento populacional nas grandes cidades como Lisboa e o Porto e as más condições habitacionais favo-

recedoras do contágio e agravadoras do processo evolutivo da doença.

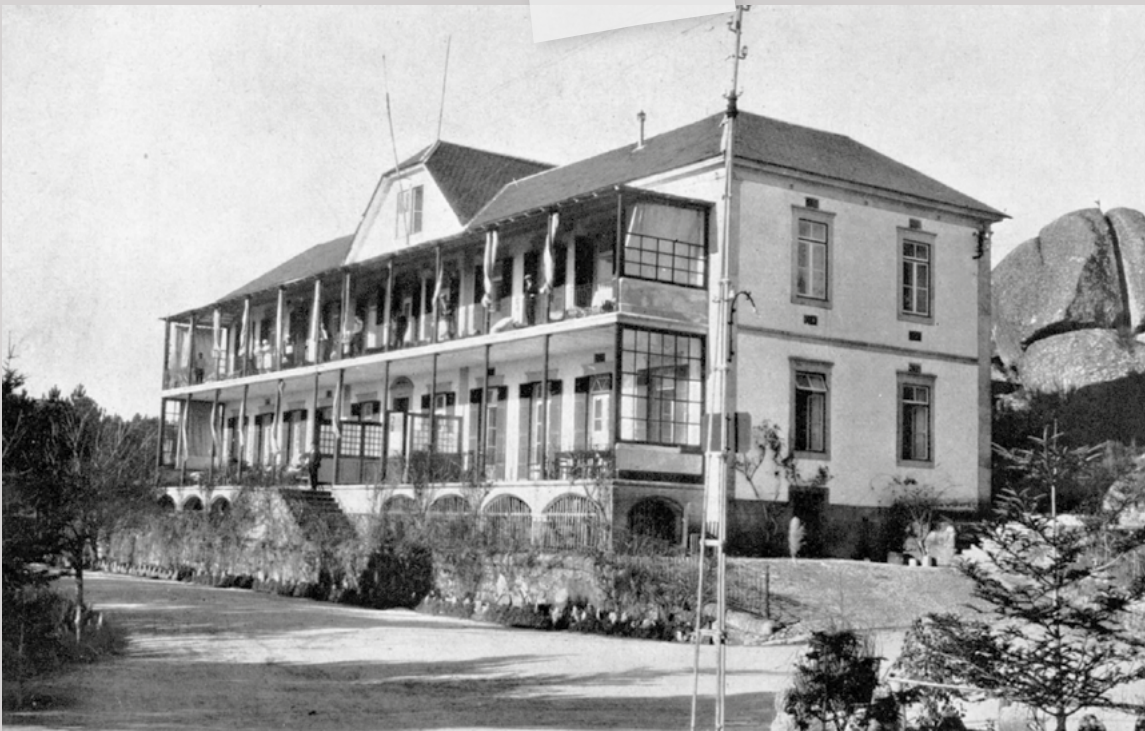
Acresce ainda que a Medicina não tinha meios para fazer frente ao mal, nem para conhecer o agente causador da doença. Para chegar a esse conhecimento foram necessárias as descobertas de Pasteur e Koch, finalizando todo um conjunto de avanços que permitiram fundamentar a existência de agentes infecciosos causadores de doenças e, no caso particular da tuberculose, do bacilo de Koch. O anúncio da descoberta do bacilo foi feito em 24 de Março de 1882 pelo autor da mesma, nos seguintes termos: "Em função das minhas inúmeras observações, considero provado que em todos os casos de tuberculose, em pessoas e animais, é encontrado o que chamei bacilo da tuberculose. Um microorganismo que, através de suas características peculiares, se diferencia de todas as outras bactérias conhecidas."⁵ Com o telégrafo, a notícia correu Mundo num ápice e, a partir desse momento, os médicos, os cientistas e a população deixaram de viver na escuridão e passaram a identificar o agente causador de uma doença que matava sete milhões de pessoas por ano em todo o Mundo e que atemorizava as pessoas.

Todavia, conhecer o agente causador da doença não significava atingir a cura para a mesma, como se fosse um passe de mágica. Até lá, a Humanidade teria ainda de passar pela criação de uma vacina, em 1921, pelo médico francês Albert Calmette e pelo médico veterinário Camille Guérin (daí o nome de Bacilo Calmette Guérin, BCG)⁶, permitindo conter a doença. Se acrescentarmos um quarto de século àquela data teremos finalmente a descoberta da estreptomicina em 1946⁷, muito longe, porém, do período em que focamos a nossa atenção para entender o início do movimento sanatorial em Portugal.

A compreensão da criação de sanatórios beneficia ainda da recordação do papel de Florence Nightingale na profissionalização da enfermagem e na melhoria das condições de higiene hospitalar, a partir da sua experiência na Guerra da Crimeia (1855), condensada no seu livro *Notes on Nursing* (1859) e a criação da primeira escola de enfermagem (1860).⁸

Vejamos o que se passou em Portugal, passo a passo até à criação do primeiro sanatório de altitude, replicando o exemplo pioneiro do sanatório de Gorbardsdorf.

Os poderes públicos e os médicos inquietaram-se com a situação da tuberculose em Portugal. O Doutor Sousa Martins, toma a liderança do processo, promovendo



através da Sociedade de Geografia de Lisboa uma visita à Serra da Estrela em 1881, seguindo-se a publicação do livro “Quatro dias na Serra da Estrela” do político e jornalista Emídio Navarro, em 1884, cujo prólogo, extenso de trinta páginas, é escrito pelo Doutor Sousa Martins, divulgando, assim, com uma base científica, a especificidade do clima da Serra da Estrela para o tratamento da doença.⁹ A situação comoveu a própria Rainha Dona Amélia que toma a iniciativa de fundar em 1899, assessorada pelo seu médico, Dr. António de Lencastre, a Assistência Nacional aos Tuberculosos.¹⁰ Logo na primeira reunião, realizada em 11 de Junho desse ano, na Sala das Sessões do Conselho de Estado do Ministério do Reino, sob a presidência da própria Dona Amélia, a Rainha enunciou os objectivos a cumprir pela nova organização, nomeadamente a construção de hospitais marítimos para crianças vítimas de tuberculose, a criação de sanatórios em clima de montanha e a criação de dispensários nas capitais de distrito para tratamento dos doentes, através de aplicações terapêuticas e de conselhos de higiene. Para entendimento desta iniciativa com um formato de beneficência social deve ter-se em conta a grave situação financeira deficitária da gestão governativa de então em Portugal, com profundas repercussões públicas.¹¹ De sublinhar ainda dois outros traços desta iniciativa: a prioridade dada na prática à área geográfica próxima da capital antes de avançar para um sanatório de altitude, com relevo para o tratamento, diríamos hoje, pediátrico,



através dos sanatórios marítimos do Outão (1900), de Carcavelos (1902) e de Sant’Ana (1904), Parede, usando a helioterapia como meio de tratamento. Os três sanatórios destinaram-se principalmente ao tratamento de crianças, sendo o de Sant’Ana da iniciativa do médico Dr. José de Almeida e o de Carcavelos do Doutor Sousa Martins apoiado por um casal dono de uma avultada fortuna, Frederico Biester e Amélia Chamiço.¹² Outra das iniciativas da Assistência Nacional aos Tuberculosos, sob a liderança da Rainha Dona Amélia, foi a criação de Dispensários para o tratamento e profilaxia da tuberculose, sendo objectivo da nova organização a sua difusão por todas as capitais de distrito. O que é que se visava com esses dispensários? Fundamentalmente, o ▶



apoio a doentes que precisassem de trabalhar para ocorrer às necessidades das famílias, apoio em “subsistências, aplicações terapêuticas e conselhos de higiene”. O primeiro a ser criado foi o de Lisboa, seguindo-se outros em Bragança, Porto, Faro e Viana do Castelo.¹³

Poderá perguntar-se porque é que, tendo a Serra da Estrela sido o primeiro objectivo do Doutor Sousa Martins, acabou por ser a cidade da Guarda a escolhida para construir o primeiro sanatório de altitude em Portugal? Tudo se pode entender pelas dificuldades de acesso à Serra e do apoio que uma instituição destas necessitaria e que só uma cidade podia dar. A própria existência de um acesso ferroviário à Guarda explica a decisão da Assistência Nacional aos Tuberculosos de escolher esta cidade para a instalação do sanatório.

Nos anos que antecederam a construção e abertura do Sanatório a cidade da Guarda desenvolveu uma intensa actividade médica na luta contra a tuberculose, com relevo para o Dr. Lopo de Carvalho (pai), o qual viria a assumir a direcção clínica do futuro sanatório. Essa sua actividade foi por ele descrita no primeiro Congresso Português sobre Tuberculose, em 1885, com uma comunicação intitulada “Profilaxia da tuberculose na Guarda”¹⁴. A Guarda, como se pode imaginar, foi “invadida” por doentes que, temporariamente, ali residiam ou mesmo ali se estabeleciam e fixavam residência, praticando assim a chamada cura livre - vivência em clima de montanha, sem acompanhamento médico regular ou outros cuidados. Essa crescente procura de cuidados irá repetir-se após a construção do sanatório, forçando a sua ampliação posterior.¹⁵

Entretanto, a Assistência Nacional aos Tuberculosos toma a decisão de construir o Sanatório, atribuindo o projecto ao arquitecto Raul Lino. O processo iniciou-se em 1901 com a compra dos terrenos necessários, adquiridos à Quinta do Chafariz e à Quinta do Pina, celebrando-se as escrituras a 9 de Novembro e a 21 de Dezem-

bro de 1901 respectivamente. Três anos depois a ANT lança o concurso público para a edificação dos primeiros pavilhões do sanatório. O projeto da obra contemplava três pavilhões para homens, mulheres e crianças respetivamente, com capacidade de vinte e oito doentes cada, mais três chalés com capacidade para duas famílias, um hospital com doze leitos para tratamento de doenças agudas ou contagiosas, uma lavandaria, uma estufa para desinfecções, um edifício para consultas e hidroterapia e uma abegoaria com garagem.¹⁶

A inauguração do sanatório realizou-se a 17 de Maio de 1907, com a presença da família real, de diversas entidades oficiais e dum conjunto numeroso de médicos, jornalistas e público de todas as classes sociais. A instituição ficou sob a direcção clínica do Dr. Lopo de Carvalho (pai) durante os primeiros quinze anos de atividade.¹⁷ A Guarda venceu assim, naturalmente, contra a ideia utópica de construir do nada, sem comunicações, nem enquadramento urbano, uma estrutura hospitalar especializada. Até a Rainha Dona Leonor, há quinhentos anos, teve de fundar um aglomerado urbano para enquadrar o seu hospital termal, no que são hoje as Caldas da Rainha. ●

1. Dubos R, Dubos J The White Plague:Tuberculosis, Man and Society. Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1952
2. William N.Rom, Stuart Garay, Tuberculosis, Little, Brown and Company, 1996
3. Guimarães, Alberto J., Porto, 1897 Tratamento da tuberculose pela altitude : o Sanatorio de Davos-Platz
4. Rocha Pinto, M.Teresa e Rodrigues, Teresa, A Evolução da População Portuguesa ao longo do Século XIX – Uma Perspectiva Global, in Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 1992, pp. 245-284
5. Assunção, Martina, «Em 1882 era descoberto bacilo da tuberculose», in História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Casa de Oswaldo Cruz- Fundação Oswaldo Cruz, Março/2013
6. Wikipedia, Vaccin bilie de Calmette et Guérin
7. Wikipedia, Estreptomina
8. Nightingale, Florence, Notes on Nursing, 1898 Full Text Archive
9. Vieira, Ismael C., A Serra da Estrela e a Origem do Movimento Sanatorial Português (1881-1907), in Cultura, Espaço e Memória, CEM n.4
10. Portal de Saúde Pública, A Luta Contra a Tuberculose em Portugal Durante as Três Primeiras Décadas do Século XX
11. Pinto Santos, António C. P.O Combate à Tuberculose. Uma Abordagem Demográfico-Epidemiológica. O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975),2010, Tese de Mestrado em História Regional e Local, Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras, Departamento de História, pp35 e 36
12. Soares, Albino M, C., O Sanatório de Sant’Ana, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Fundação Chamiço Biester,Lisboa, 1943
13. Pinto Santos, António C. P.O Combate à Tuberculose. Uma Abordagem Demográfico-Epidemiológica. O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975),2010, Tese de Mestrado em História Regional e Local, Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras, Departamento de História, p. 38
14. Vieira, Ismael C., O primeiro congresso nacional de tuberculose em Portugal (1895). eã Journal, Vol. 6 N° 2 (Nov. 2014), p. 19.
15. Correio da Guarda, 14 Maio 2018, Sanatório da Guarda inaugurado há 107 anos
16. Vieira, Ismael C., A Serra da Estrela e a Origem do Movimento Sanatorial Português (1881-1907), in Cultura, Espaço e Memória, CEM n.4, p.103
17. O Rei D.Carlos e a Rainha D.Amélia inauguraram o Sanatório Sousa Martins e o Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Guarda, in Blog Monarquia Portuguesa, 13 Agosto 2013



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

A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE FENÓMENOS EM SAÚDE PÚBLICA



Joana Moreno
Secretária-Geral da ANMSP

Vigiar os fenómenos que afetam a saúde da população é uma atividade que remonta à Idade Média. Atualmente, a recolha dos dados encontra-se facilitada face a essa altura devido aos meios tecnológicos que temos ao nosso alcance. No entanto, outros desafios se colocam nos dias de hoje, razão pela qual os profissionais de saúde devem estar bem informados e preparados.

PERSPETIVA HISTÓRICA

A vigilância das doenças que afetam a população é realizada desde há muito tempo. Na Idade Média e até aos séculos XVII e XVIII, o conceito de vigilância estava intimamente associado aos conceitos de isolamento e quarentena, inicialmente definida como “observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e seus contactos”. Enquanto instrumento da Saúde Pública, apenas ocupou o seu lugar no final do século XIX¹.

O conceito de vigilância foi definido posteriormente por Langmuir (1963) como: “A observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a recolha sistemática, consolidação e avaliação de relatórios de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação destas informações a todos que necessitam conhecê-las”. Aquando do início da Campanha de Erradicação da Varíola nos anos 60, a utilização da vigilância expandiu-se e

mostrou-se essencial para o êxito da erradicação desta doença à escala mundial², tendo servido de base à criação de sistemas nacionais de vigilância epidemiológica. Estes sistemas são fundamentais para recolher e produzir informação que permita não só compreender melhor os fenómenos, como também providenciar informação que permita responder de forma rápida e efetiva.

O SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM PORTUGAL

O sistema de vigilância em Portugal começou vários anos antes da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, instituir formalmente o sistema de vigilância em Saúde Pública, intitulado **Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica**, conhecido como **SINAVE**³. Este sistema, tal como referido na Lei, “identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública”.

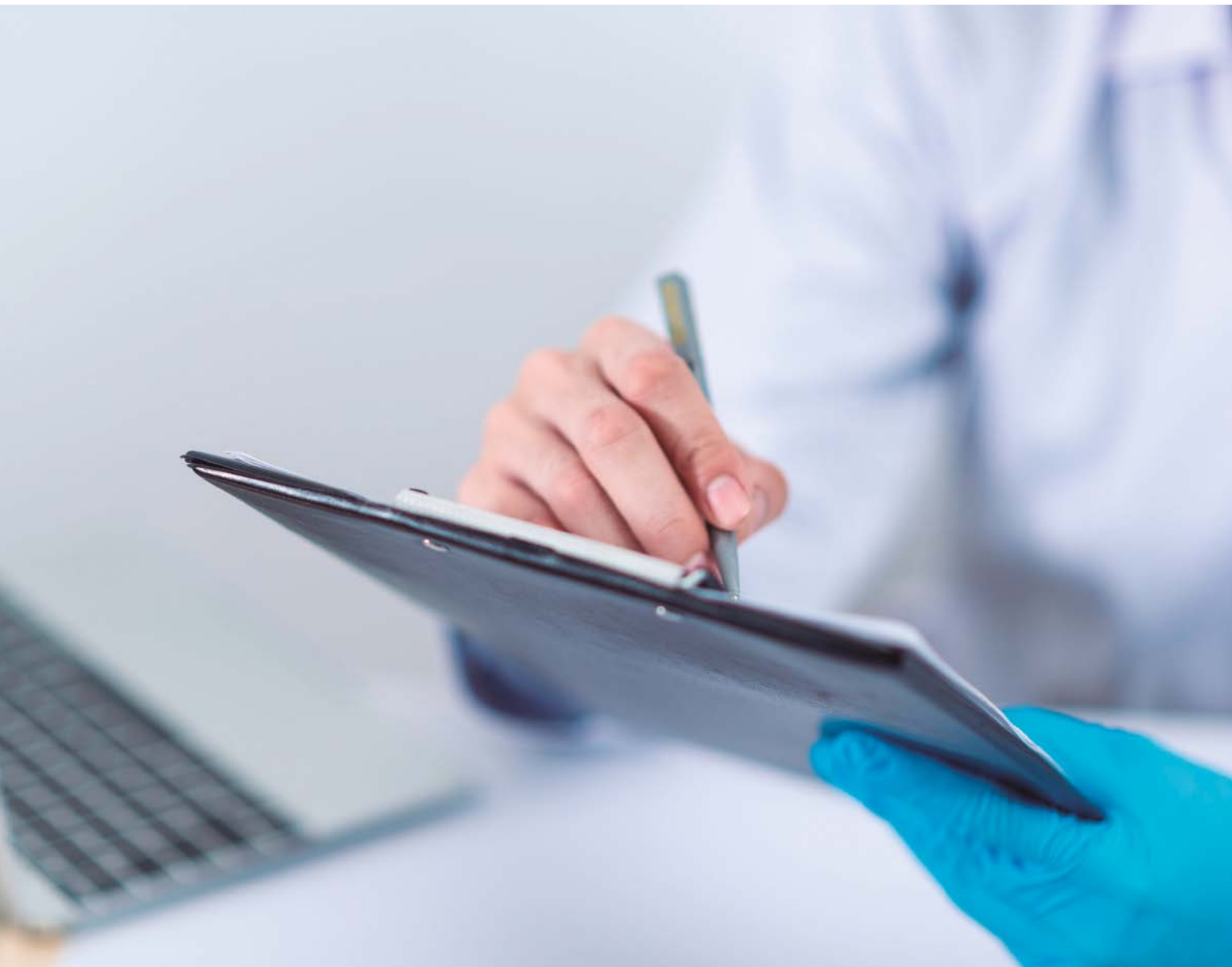
O **SINAVE** envolve vários atores, nomeadamente os serviços de saúde pública e as Autoridades de Saúde, os prestadores de cuidados em unidades de saúde, os laboratórios, assim como outras entidades públicas, privadas e do setor social.

Este sistema tem como objetivo monitorizar o estado de saúde das populações ao longo do tempo, observando e estudando fenómenos que façam perigar a saúde da população, através da recolha sistemática e a análise de dados de morbidade, mortalidade e determinantes da saúde. Uma das componentes deste sistema são as Doenças de Notificação Obrigatória.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

O Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro, define as Doenças de Notificação Obrigatória, tendo por base a Decisão de Execução (UE) 2018/945 da Comissão, de 22 de junho de 2018^{4,5}.





As doenças que fazem parte deste Despacho devem ser notificadas na plataforma informática de suporte ao **SINAVE**, sendo obrigatória a notificação clínica e a notificação laboratorial das mesmas (salvo exceções devidamente indicadas no Despacho).

A Portaria n.º 248/2013, de 5 de agosto, atualizada pela Portaria n.º 22/2016, de 10 de fevereiro, aprova o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos para a Saúde Pública⁶. Desta Portaria salienta-se o Artigo 7.º que se refere ao processo de notificação, em particular o ponto 2 que diz que “A existência de notificação clínica não exime a obrigatoriedade de notificação laboratorial, caso exista, nem a existência de notificação laboratorial exime a obrigatoriedade de notificação clínica.”.

“

ESTE SISTEMA TEM COMO OBJETIVO
MONITORIZAR O ESTADO DE SAÚDE
DAS POPULAÇÕES AO LONGO DO TEMPO

”

A notificação clínica destas doenças é um dever médico legal, incluindo todos aqueles que exerçam funções no serviço de saúde público, privado ou social, fazendo para isso uso, desde 2015, da plataforma informática suporte ao **SINAVE**. ▶

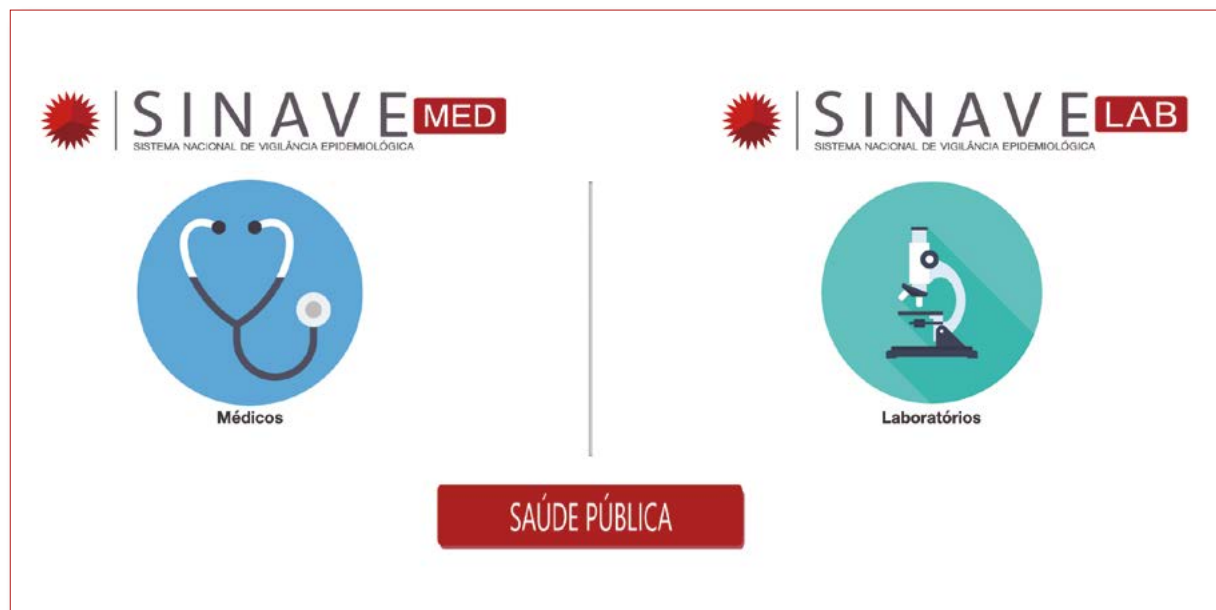


Figura 1: Secções da plataforma informática de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

PLATAFORMA INFORMÁTICA DE SUPORTE AO SINAVE

A plataforma informática de suporte ao **SINAVE** permite a notificação desmaterializada das Doenças de Notificação Obrigatória e das resistências aos antimicrobianos. Esta plataforma é acessível através da hiperligação <https://sinave.min-saude.pt/SINAVE.MIN-SAUDE/login.html> e encontra-se organizada em três partes, conforme a **Figura 1**. Através do **SINAVE MED**, o médico pode realizar a notificação clínica da doença suspeita ou diagnosticada; o **SINAVE LAB** é utilizado pelas entidades laboratoriais notificadoras aquando da identificação de um exame laboratorial positivo para estas doenças, assim como da identificação de resistências aos antimicrobianos; a secção da Saúde Pública é direcionada aos profissionais dos serviços de saúde pública e Autoridades de Saúde, onde podem monitorizar a ocorrência destas doenças na sua área de influência.

Para cada Doença de Notificação Obrigatória existe um formulário a ser preenchido pelo médico que a identificou, sendo gerado um alerta para os profissionais dos serviços de saúde pública e para as Autoridades de Saúde locais por cada formulário preenchido. Este alerta desencadeia a investigação epidemiológica (e ambiental, quando aplicável) da doença, assim como a tomada de decisão sobre as medidas de controlo a serem implementadas para impedir a ocorrência de mais casos associados à mesma fonte.

A Direção-Geral da Saúde é responsável pela vigilância da ocorrência destas doenças ao nível nacional, tendo a responsabilidade de reporte ao European Centre for

Disease Prevention and Control (ECDC) através da integração desta informação no Sistema Europeu de Vigilância Epidemiológica (TESSy).

SANÇÕES ASSOCIADAS À AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO

O Artigo 21.º, do Capítulo VI, da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, descreve o regime sancionatório associado ao incumprimento de notificação de Doença de Notificação Obrigatória³. Às contra-ordenações consideradas muito graves atribui-se uma coima de 100 a 10.000 euros, no caso de pessoas singulares, e de 10.000 a 25.000 euros, no caso de pessoas coletivas.

OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA NA PRÁTICA

O sistema de vigilância, de forma a dar resposta ao que dele se pretende obter, está suportado em algumas premissas, das quais se salientam três:

1. Em primeiro lugar, a necessidade de haver uma ligação bem estabelecida entre as instituições de saúde e a Autoridade de Saúde Local. Durante a gestão da pandemia da Covid-19, a articulação entre os serviços de saúde e as Unidades de Saúde Pública foi essencial para dar resposta às necessidades da população, permitindo ir adequando a resposta comunitária e hospitalar de acordo com a informação partilhada por ambas as partes.
2. Em segundo lugar, é essencial para um sistema de vigilância que as notificações ou comunicações às Autoridades de Saúde sejam feitas de forma atempada e com a qualidade necessária, para desencadear a resposta

adequada e dentro do tempo de atuação. Um exemplo importante são as notificações atempadas de casos suspeitos de Sarampo. Apesar de a confirmação laboratorial não ser ágil, a notificação rápida por parte do médico que suspeita deste diagnóstico é essencial - ao notificar, desencadeia ao nível das Unidades de Saúde Pública locais a investigação epidemiológica do caso, identificando neste processo outros casos, e contactos, para os quais o estado vacinal tem de ser analisado, havendo a necessidade de vacinar, num período curto de tempo, aqueles que não tenham a totalidade das doses preconizadas para a idade. Para garantir a qualidade das notificações, é essencial que sejam estabelecidos procedimentos internos e esta atividade seja considerada aquando do planeamento dos recursos a alocar.

3. Em terceiro lugar, o facto de o sistema de vigilância não serem apenas as Doenças de Notificação Obrigatória, sendo também essencial que outros fenómenos, que apresentem características comportamentais diferentes do habitual, sejam reportadas aos profissionais dos serviços de Saúde Pública, como por exemplo quando um número elevado de crianças do mesmo infantário é diagnosticado com infeção por Norovírus.

A criação do Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar nos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, como previsto no Despacho n.º 7216/2015⁷, pode mostrar-se essencial para a gestão destes fenómenos ao nível hospitalar, assim como na interligação com as Unidades de Saúde Pública locais.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA E REGULAMENTO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Uma das dificuldades com que os profissionais de saúde se deparam muitas vezes durante a sua prática clínica prende-se com a identificação de uma doença transmissível de notificação obrigatória e cujo doente não colabora deliberadamente na sua comunicação, pelos mais diversos motivos, aos seus contactos, que podem assim estar em risco de contrair a mesma doença.

É verdade que os médicos que trabalham em unidades de saúde estão obrigados a guardar segredo médico sobre o constante nos processos dos doentes, de acordo com o artigo 31.º do Regulamento n.º 707/2016 (Regulamento de Deontologia Médica)⁸. No entanto, o artigo 32.º deste mesmo regulamento explicita as situações em que se exclui o dever de segredo médico por parte do médico, no qual se incluem as Doenças de Notificação Obrigatória, à data apelidadas de Doenças de Declaração Obrigatória.

Assim, cabe ao médico equilibrar o risco para a saúde



A PLATAFORMA INFORMÁTICA DE SUPORTE AO SINAVE PERMITE A NOTIFICAÇÃO DESMATERIALIZADA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA E DAS RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS



das pessoas expostas e a partilha de informação do processo clínico do doente.

Em suma, para a atuação rápida e coordenada por parte das equipas de Saúde Pública é essencial que a notificação exista, seja rápida e o mais completa possível, por forma a que seja providenciada informação essencial à promoção do conhecimento da doença, como também à atuação precoce. Qualquer médico, perante a identificação de uma Doença de Notificação Obrigatória, ou de outro fenómeno que possa perigar a saúde da população, tem o dever de comunicar à Autoridade de Saúde competente. Deve ser fomentada, ao nível hospitalar, a cultura da notificação. ●

1. Albuquerque, M. I. N. D., Carvalho, E. M., & Lima, L. P. (2002). Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2, 7-14.

2. Waldman, E. A. (1998). Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe epidemiológico do SUS*, 7(3), 7-26.

3. Lei n.º 81/2009. *Diário da República* n.º 162/2009, Série I de 2009-08-21, páginas 5491 - 5495. Acessível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/81/2009/08/21/p/dre/pt/html>

4. Despacho n.º 1150/2021. *Diário da República* n.º 19/2021, Série II de 2021-01-28, páginas 137 - 190. Acessível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1150-2021-155575942>

5. Decisão de Execução (UE) 2018/945 da Comissão. *Official Journal of the European Union*. Acessível na sua versão portuguesa em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945&from=EN>

6. Portaria n.º 22/2016. *Diário da República* n.º 28/2016, Série I de 2016-02-10, páginas 436 - 441. Acessível em: <https://data.dre.pt/port/22/2016/02/10/p/dre/pt/html>

7. Despacho (extrato) n.º 7216/2015. *Diário da República* n.º 126/2015, Série II de 2015-07-01, páginas 17593 - 17594. Acessível em: https://dre.pt/dre/detalhe/tipo/7216-2015-67644371?_ts=1664236800034

8. Regulamento n.º 707/2016. "Regulamento de Deontologia Médica". *Diário da República*, 2.ª série - N.º 139-21 de julho de 2016. Acessível em: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016_Regulamento_Deontologico.pdf

ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO: IMPULSIONADOR DE UMA SOCIEDADE INCLUSIVA

Ana Rita Subtil¹

Anna Carolina Hirata²

Arlete Rodrigues Fortes³

Mariana Basto Matos⁴

Joana Carolina Magalhães⁵

José Pedro Antunes⁶

Miguel Cabral⁷

Teresa Magalhães⁸

Estima-se que em Portugal existam cerca de 1,8 milhões de pessoas com, pelo menos, uma incapacidade (INE, 2011), valor que atinge mais de 87 milhões de indivíduos quando consideramos toda a União Europeia (Comissão Europeia, s.d.). O **Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM)** é um documento oficial, que comprova e atribui um grau de incapacidade temporária ou permanente ao utente, imprescindível para o acesso a direitos sociais, económicos e fiscais. O pedido do **AMIM** inicia-se através de um requerimento que deve ser apresentado no centro de saúde da área de residência do utente, e que deve ser instruído com todos os exames e relatórios médicos que permitam aferir a incapacidade que o requerente pretende ver reconhecida. Todo este processo, que vai desde a submissão do requerimento, até à notificação do requerente para apresentação à Junta Médica deveria, nos termos da lei, ocorrer num prazo máximo de 60 dias (Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 174/97, de 19 de julho, na sua redação atual).

No entanto, e de acordo com o Provedor da Justiça, o procedimento para obtenção do atestado tem sido pautado pelo incumprimento do seu prazo, com atrasos que chegam a durar mais de um ano (O Provedor da Justiça, 2020). Esses atrasos refletem as ineficiências do processo, com um inevitável impacto na vida do cidadão com incapacidade, mas também com fortes repercussões na sobrecarga dos profissionais de saúde envolvidos, obrigando a tarefas administrativas que se sobrepõem à sua função primordial.

Em Portugal, apesar da falta de literatura sobre o tema, é reconhecida publicamente a dificuldade que os cidadãos com incapacidade sentem no seu percurso até à obtenção do **AMIM**, sendo o atraso na emissão ou renovação de **AMIM** um dos temas mais abordados nas chamadas realizadas para a Linha do Cidadão com Deficiência (Provedor da Justiça, 2022).

O contexto de pandemia de Covid-19 abriu portas para mudanças legislativas, de carácter transitório e excepcional,

que visavam um fluxo digital simplificado, essencial para tornar o processo mais célere, de forma a mitigar o avultado número de processos pendentes, bem como torná-los mais eficientes. Ainda que tenham de alguma forma contribuído para esse fim, mesmo com todos estes mecanismos legais facilitadores, os números continuam a ser expressivos (Assembleia da República, 2021), o que torna evidente que esta problemática carece de medidas estruturais de fundo que incidam na essência do problema e não somente medidas de contingência.

METODOLOGIA

Os autores do projeto realizaram um conjunto de entrevistas transversais a todos os atores envolvidos no processo, nomeadamente profissionais de saúde, cidadãos com incapacidade e os seus cuidadores, e os administrativos envolvidos no processo, que permitiram conhecer melhor o processo atual, identificar as suas fragilidades e apontar oportunidades de melhoria.

Posteriormente, procedeu-se a uma análise AS IS/ TO BE, sobre a qual se deu continuidade ao projeto, identificando tecnologias que pudessem contribuir para tornar o processo mais eficiente e simplificado.

No sentido de suportar a atividade dos profissionais de saúde envolvidos, e para que os cidadãos recebam o seu atestado de forma atempada, possíveis soluções foram identificadas, incluindo formas de inteligência artificial (IA), como *machine learning* e processamento de linguagem natural (NLP), que permitem a simplificação geral do processo (Yang et al., 2016).

SOLUÇÃO

A solução apresentada pelos autores tem como objetivo a otimização de todo o processo, desde o pedido efetuado pelo utente, passando pelo processo de tomada de decisão pelo profissional de saúde, até ao momento em que o utente recebe o seu atestado.

O processo beneficiará assim de uma reforma digital que visa essencialmente melhorar a experiência do cidadão,

bem como da implementação de um sistema de suporte à decisão clínica (CDSS) baseado em IA, mais concretamente, no poder de previsão dos modelos de *machine learning*.

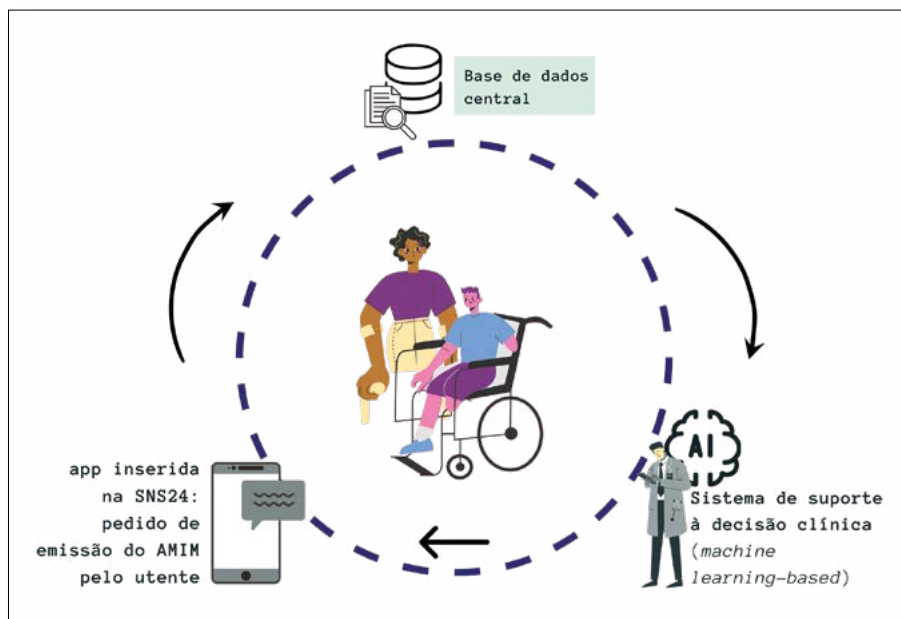
Os utentes estarão diretamente envolvidos no percurso de emissão do atestado, participando ativamente do processo. Para o efeito, a plataforma SNS24 deverá integrar funcionalidades que permitam não só submeter, mas também acompanhar o processo até à sua emissão. À data, e nas situações em que tal está regulamentado, o **AMIM** já é emitido digitalmente e disponibilizado ao utente através da *app* SNS 24.

É fundamental a centralização de todo o processo clínico do utente e a sua disponibilização numa única plataforma digital, acessível a todos os profissionais de saúde envolvidos - o Registo de Saúde Eletrónico (RSE), assume o papel de um repositório seguro de informação médica útil para os profissionais de saúde, administrativos e doentes. O profissional de saúde terá acesso ao pedido efetuado digitalmente, juntamente com a recomendação do grau de incapacidade a atribuir, que será, ou não, por ele validado. Poderá ainda aceder a toda a informação clínica do utente considerada pertinente para a avaliação. O desenho da solução tem sido acompanhado pela SPMS, estando o algoritmo atualmente em fase de conceção.

GANHOS ESPERADOS

A implementação desta solução retira do cidadão o ónus de reunir todos os documentos para que possa assim dar início ao pedido e, do profissional, a necessidade de triar toda a documentação apresentada de forma a identificar a informação relevante, consubstanciando inexoráveis ganhos para todo o processo.

A sobrecarga do utente causada pela ineficiência do sistema pode ser mitigada com este aprimoramento, com reduções significativas no tempo de espera pelo atestado, maior agilidade e independência na solicitação do **AMIM**, o que elimina a necessidade de deslocação dos utentes às unidades de saúde apenas para fazer o pedido. Ao reconhecerem o valor da solução e sentirem confiança no modelo desenvolvido, os profissionais de saúde, nomeadamente médicos de Saúde Pública, poderão deixar de ter necessidade de realizar grande parte das juntas médicas presenciais, redirecionando o seu tempo e esforços para as suas funções primordiais de acompanhamento e promoção da saúde da população - a prevenção da doença.



Acreditamos que, para que uma sociedade atinja o seu máximo potencial, deve procurar incluir todos os cidadãos, sendo que o nosso projeto contribuirá significativamente para a inclusão plena dos cidadãos com incapacidade. ●

^{1, 2, 3, 4, 5, 7} Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

⁶ Associação DNS.PT

⁸ Nova National School of Public Health, Universidade Nova de Lisboa; Public Health Research Center; Universidade Nova de Lisboa; Comprehensive Health Research Center (CHRC), Universidade Nova de Lisboa

- Assembleia da República. Audição Parlamentar N.º 57-CS-XIV. Comissão de Saúde, 2021. Disponível em <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailheAudicao.aspx?BID=116465>
- Decreto-Lei n.º 174/97. D.R. Série I-A (1997-07-19) 3642 - 3644.
- European Commission. Persons with disabilities. N.d. Disponível em <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137&langId=en>
- INE. Censos - Resultados definitivos. Portugal - 2011. Disponível em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&sel-Tab=tab1&pcensos=61969554
- O Provedor da Justiça. Linha do Cidadão com Deficiência. Problemas e atrasos na Prestação Social para a Inclusão e atestados médicos entre os que geram mais chamadas. 2022. Disponível em <https://www.provedor-jus.pt/linha-do-cidadao-com-deficiencia-problemas-e-atrasos-na-prestacao-social-para-a-inclusao-e-atestados-medicos-entre-os-que-geram-mais-chamadas/>
- O Provedor da Justiça. Recomendação n.º 3/B/2020-Artigo 20.º, n.º 1, alíneas a) e b), do Estatuto do Provedor de Justiça. 2020. Disponível em https://www.provedor-jus.pt/documentos/Recomendacao_n_3_B_2020.pdf
- Yang Y, Fasching PA, Wallwiener M, Fehm TN, Brucker SY, Tresp V. Predictive Clinical Decision Support System with RNN Encoding and Tensor Decoding. 2016. doi:<https://doi.org/10.48550/arxiv.1612.00611>

ENSAIOS CLÍNICOS: UM ATIVO ESTRATÉGICO NACIONAL



Hugo Pedrosa
RWE Principal, IQVIA



Ricardo Caetano
Senior Consultant, IQVIA



Magda Carrilho
Consultant, IQVIA

O anterior Executivo do Ministério da Saúde anunciou no início do ano que o governo tem a “ambição” de duplicar o número de ensaios clínicos realizados em Portugal até ao final da Legislação (2026). Este devia ser um desiderato nacional na área da saúde, não só de agora, mas de sempre! Numa área cronicamente suborçamentada, é crítico equacionar como evitar desperdiçar fontes de financiamento alternativas que se possam traduzir em valor acrescentado para todos os intervenientes, principalmente para os doentes. A título de exemplo, no Hospital Vall d’Hebron, em Barcelona, que é considerado uma referência na investigação clínica a nível Mundial, as atividades relativas a ensaios clínicos representaram 18,5% (7,5M€) do total da receita hospitalar em 2020¹.

Estão claramente identificados os benefícios associados à implementação de mais ensaios clínicos e o impacto nos diferentes intervenientes:

- **Doente:** acesso a inovação terapêutica precocemente, potenciando melhores resultados em saúde, e criando uma esperança em áreas onde há poucas alternativas terapêuticas.
- **Profissionais de saúde:** participação em atividades de investigação científica, potenciando aplicação e aquisição de conhecimentos diferenciados, bem como um contacto antecipado com tecnologias de saúde inovadoras permitindo o seu melhor manuseamento posteriormente.
- **Instituições de Saúde:** potencia a retenção de profissionais de saúde num momento em que as carreiras e outros incentivos se encontram estagnados, particularmente

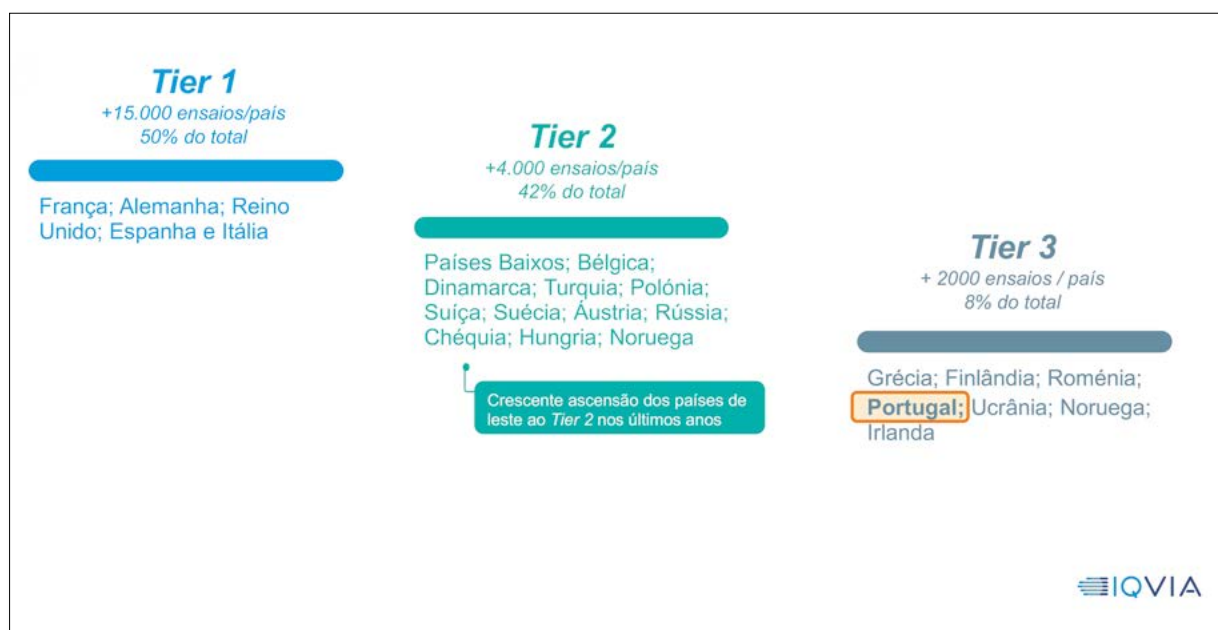


Figura 1: Número de ensaios clínicos implementados por país, a nível europeu

Fonte: IQVIA, adaptado de clinicaltrials.gov (outubro 2022)

relevante ao nível dos hospitais onde se concentram a maioria dos ensaios clínicos.

- **Indústria farmacêutica:** permite desenvolver a investigação clínica no país potenciando a captação e retenção de profissionais ligados à conceção, monitorização e análise dos resultados dos ensaios clínicos. As empresas que não atraem ensaios clínicos para o seu país têm maior dificuldade em manter as suas equipas de I&D locais.
- **Sistema de Saúde:** gera receitas adicionais por via do recrutamento de doentes para os centros e em alguns casos a capacitação dos hospitais com tecnologia de ponta para serem utilizados nos ensaios clínicos, que se mantêm nos Centros após o seu término.

Para conseguirmos duplicar o número de ensaios clínicos, como todos pretendemos, importa perceber o nosso ponto de partida (**Figura 1**). A nível europeu, de acordo com a avaliação efetuada pela IQVIA, Portugal está no Tier 3 para a realização de ensaios clínicos, tendo realizado ~2.700 ensaios clínicos até à data. É considerado um valor muito abaixo de países com populações similares como a Bélgica, Áustria ou Chéquia. Esta situação tem-se vindo a agravar face a um crescimento acelerado dos países de Leste, que conseguem atrair o investimento por parte da indústria farmacêutica.

Para perceber o porquê do sucesso na atração de ensaios clínicos para um país, importa analisar os fatores de diferenciação considerados pela Indústria. A larga maioria dos ensaios clínicos são multinacionais, multicêntricos, pelo que o mesmo estudo é implementado em diversos países simultaneamente. Na seleção dos países a incluir num ensaio clínico, entram em consideração diferentes fatores, sendo de destacar:

- **Demografia:** sendo um ensaio clínico focado numa população alvo, importa garantir que existem doentes com a patologia a tratar nos países selecionados, sendo um fator de seleção a prevalência e a dimensão da população.
- **Rapidez na implementação dos ensaios clínicos:** sendo o mercado do medicamento competitivo, conseguir que um produto gere evidência mais rapidamente é crítico para o sucesso num futuro lançamento. Aqui existem diferentes fatores a considerar, destacando-se o tempo para aprovação por parte da Comissão de Ética e o tempo para aprovação, negociação e celebração do contrato financeiro a nível hospitalar.
- **Recrutamento:** este é um fator crítico para a implementação de ensaios clínicos. Por um lado, conseguir um recrutamento rápido dos doentes alvo, e por outro alcançar os objetivos previstos. Só com previsibilidade é que a indústria consegue gerir de forma adequada um ensaio clínico multinacional.
- **Equipa de investigação:** a implementação de um ensaio clínico pressupõe uma definição de uma equipa dos Centros incluídos, pelo que é fundamental ter profissionais de



saúde com competências, experiência na execução e disponibilidade para a sua implementação. Para além dos investigadores, é de destacar o papel importante de ter uma equipa multidisciplinar que dê suporte transversal ao projeto, desde farmacêuticos, enfermeiros ou *study coordinators*.

- **Qualidade:** sendo um ensaio clínico fundamental para a aprovação de uma tecnologia de saúde, nomeadamente de um medicamento, é fundamental que todos os procedimentos previstos sejam executados atempadamente e com qualidade, garantindo-se também o registo da informação corretamente nas plataformas desenhadas para o efeito.

- **Custos:** o último fator está relacionado com os custos de implementação dos ensaios clínicos. Estes são influenciados pelo contexto geral do país em termos de competitividade ao nível dos custos de estrutura, RH e política fiscal, impactando no custo final dos ensaios clínicos.

O fator demográfico é uma condicionante onde é difícil atuar diretamente, pelo que as outras dimensões anteriormente referidas devem ser endereçadas de forma a potenciar uma maior competitividade de Portugal face aos seus congéneres europeus. Atuar sobre estas dimensões ganha ainda uma maior urgência quando se analisa a estrutura dos ensaios clínicos realizados nos últimos 10 anos. Verifica-se que o número de países e Centros sele- ▶

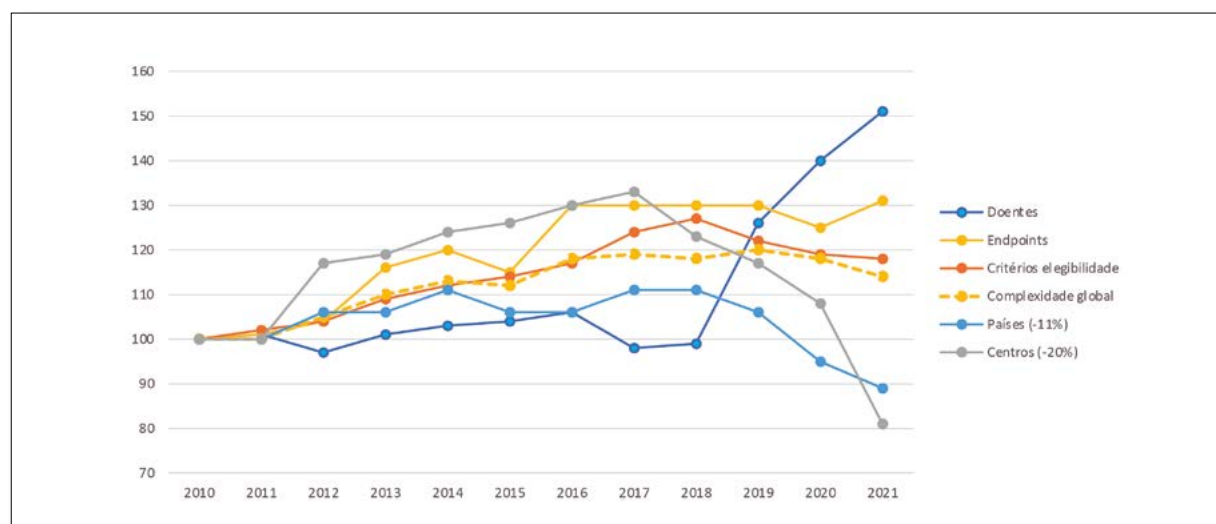


Figura 2: Estrutura dos ensaios clínicos, todas as fases, indexada a 2010-2021

Fonte: Citeline Trialatrove, IQVIA (janeiro 2022)

cionados tem vindo a reduzir, com uma maior concentração do recrutamento (Figura 2).

Face ao diagnóstico e atual nível de maturidade, como pode Portugal passar para o Tier 2? É necessária a implementação de uma estratégia concertada a diferentes níveis, envolvendo todos os níveis da cadeia de investigação clínica:

- **Estratégia para a investigação clínica:** a criação da AICIB, Associação para a Investigação Científica e Inovação Biomédica, foi um passo na direção certa, na medida em que esta Agência procura por um lado capacitar as estruturas existentes para o desenvolvimento de mais e melhor investigação clínica, e em paralelo tem a capacidade de apoiar ao nível do financiamento das mesmas. A este nível, é ainda crítico definir uma estratégia que permita aos diferentes Centros/Hospitais terem áreas de especialização, alinhadas com as suas áreas terapêuticas de referência.

- **Reforço dos CIC/CAC:** a implementação dos ensaios clínicos a nível local deverá passar sempre pelos Centros de Investigação Clínica (CIC) ou Centros Académicos Clínicos (CAC). O papel destes Centros é crítico para a promoção de maior eficiência em termos processuais e qualidade por via da uniformização de procedimentos, dado que contam com uma equipa dedicada. Estes centros deverão articular com os Serviços de cada hospital a implementação dos ensaios clínicos.

- **Autonomia Financeira:** é fundamental que os CIC ou CAC possam ter um financiamento específico para a gestão dos ensaios clínicos que estão sobre a sua alçada. Neste sentido, deverá ser definido um modelo de *balanced scorecard*, que potencie uma distribuição da receita gerada pelos ensaios clínicos desde o topo da pirâmide: o Hospital, passando pelo Serviço e pelo CIC, até chegar aos profissionais de saúde envolvidos na sua implementação. O alinhamento de incentivos entre as partes é crítico

para o sucesso, e permite aos CIC/CAC terem a dotação necessária para o seu crescimento, incluindo a contratação de recursos.

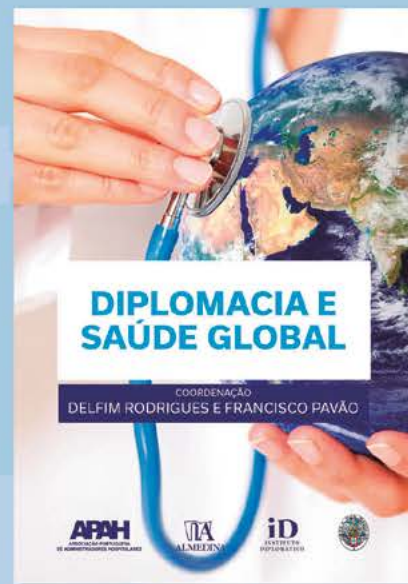
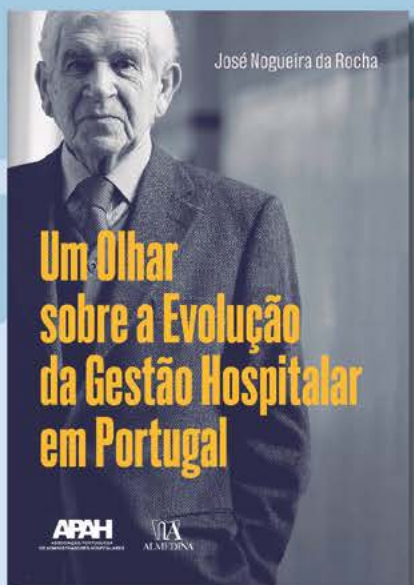
- **Contrato financeiro uniformizado:** sendo um dos principais constrangimentos à implementação dos ensaios clínicos a nível local, a existência de um modelo Nacional de contrato financeiro que defina as cláusulas base para a contratualização de ensaios clínicos seria claramente um acelerador. Este modelo Nacional iria minimizar o tempo de revisão entre as partes, tornando o processo mais ágil.

- **Equipa multidisciplinar dedicada:** a implementação de ensaios clínicos necessita de diferentes competências ao longo do processo. É importante que os CIC tenham uma equipa multidisciplinar que permita dar resposta aos diferentes desafios, envolvendo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, *study coordinators* e *data managers*.

- **Dados clínicos estruturados:** a existência de dados clínicos estruturados é um acelerador para a implementação dos ensaios clínicos, seja a montante porque permite responder mais rapidamente a *feasibilities*, indicando o número de potenciais doentes com a patologia âmbito, seja numa fase posterior de implementação, caso esteja prevista a utilização de dados secundários.

Estamos no caminho certo, e iniciativas como o **portugalclinicaltrials.com** (apresentada na última edição da revista) potenciam a promoção e atração de ensaios clínicos para o nosso país. Importa tomar decisões de forma atempada e garantir a alocação de recursos a nível Central e Local, para que as nossas Instituições e profissionais de saúde possam executar com excelência mais e melhor investigação clínica em Portugal. ●

JÁ DISPONÍVEIS



ECONOMIA CIRCULAR: DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E REDUÇÃO DA PEGADA AMBIENTAL



Vitor Verdelho Vieira¹

A CONCEPTUALIZAÇÃO DA SUSTENTABILIDADE

A sustentabilidade é cada vez mais um imperativo em todas as atividades humanas. Sendo um conceito bastante amplo e utilizado com diferentes orientações, ganhou um significado específico com a publicação do livro “The Limits of Growth”, encomendado pelo Clube de Roma em 1972. Neste livro, o conceito de sustentabilidade é o de que “o desenvolvimento é sustentável se resultar na não redução média da qualidade de vida”. No fim dos anos 80, as Nações Unidas (Brundtland Report, 1987) apresentaram a formulação do que atualmente se entende por Sustentabilidade: “o desenvolvimento que

responde às necessidades atuais sem comprometer as gerações futuras”. Esta definição foi um marco essencial, mas seria ainda determinante criar uma ideia clara sobre a forma como se consegue a sustentabilidade, e assim, mais tarde, surgiu a ideia dos três pilares da sustentabilidade.

OS TRÊS PILARES DA SUSTENTABILIDADE

A conceptualização de três pilares para a sustentabilidade - Ambiental, Social e Económica - no início dos anos 90 foi um passo muito importante e que permitiu criar um racional para o conceito e popularizar as suas implicações. No entanto, seria essencial construir algo mais completo, passando dos conceitos a objetivos concretos.



Figura 1: Objetivos de desenvolvimento sustentável

OS OBJETIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são fruto do trabalho conjunto de Governos e Cidadãos de todo o mundo para criar um modelo global de governança com a finalidade de eliminar a pobreza, proteger o ambiente e promover a prosperidade e o bem-estar de todos até 2030. Os 17 ODS reúnem 169 objetivos específicos e 230 indicadores.

A implementação dos 17 objetivos do Desenvolvimento Sustentável implica uma alteração de paradigma quer na economia quer na sociedade. Nesse contexto surgiram novas formas de pensar o crescimento sustentável: a nível social, a Responsabilidade Social das Empresas, a nível económico, a Economia Circular, a nível ambiental, a Gestão das Alterações Climáticas.

• A Responsabilidade Social

A Comissão Europeia definiu no seu Livro Verde (2001) Responsabilidade Social como “a integração voluntária de preocupações sociais e ambientais por parte das empresas nas suas operações e na sua interação com outras partes interessadas”. Em 2002, sobre a questão clarificava que não obstante “a ampla gama de abordagens da Responsabilidade Social das Empresas (RSE), as suas principais características reúnem consenso generalizado: por RSE entende-se um comportamento que as empresas adotam voluntariamente e para além de prescrições legais, porque consideram ser do seu interesse a longo prazo. A RSE está estreitamente associada ao conceito de desenvolvimento sustentável: as empresas têm de integrar nas suas operações o impacto económico, social e ambiental. A RSE não é um “acrescento” opcional às atividades nucleares de uma empresa, mas sim à forma como esta é gerida”.

Em 2010 foi publicada a norma ISO26000 que permite estruturar a Responsabilidade Social nas organizações.

• A Economia Circular

O conceito da Economia Circular foi formulado em 2013 pela Ellen MacArthur Foundation, introduzindo a Economia Circular como “uma economia industrial que é restauradora ou regenerativa por intenção e *design*”. A Comissão Europeia estava já a desenvolver em paralelo, a necessidade de uma economia mais circular e publicou, em 2014, o *dossier* “Rumo a uma Economia Circular” (Towards the Circular Economy, European Commission, Bruxelas), um programa de resíduos zero para a Europa. A Economia Circular é, assim, um modelo de produção e de consumo que envolve a partilha, o aluguer, a reutilização, a reparação, a renovação e a reciclagem de materiais e produtos existentes, enquanto possível. Desta forma, o ciclo de vida dos produtos é alargado, o que implica a redução do desperdício ou dos resíduos ao mínimo. Quando um produto chega ao fim do seu ciclo de

“

A ECONOMIA CIRCULAR CONTRASTA COM O MODELO TRADICIONAL, UM MODELO ECONÓMICO LINEAR, BASEADO NO PRINCÍPIO “PRODUZ-UTILIZA-DEITA FORA”

”

vida, os seus materiais são mantidos dentro da economia sempre que possível, podendo ser utilizados uma e outra vez, criando mais valor.

A Economia Circular contrasta com o modelo tradicional, um modelo económico linear, baseado no princípio “produz-utiliza-deita fora”. A Economia Circular pode ainda trazer benefícios como a redução da pressão sob o ambiente; maior segurança no aprovisionamento de matérias-primas; aumento da competitividade; promoção da inovação; estímulo ao crescimento económico e criação de emprego.

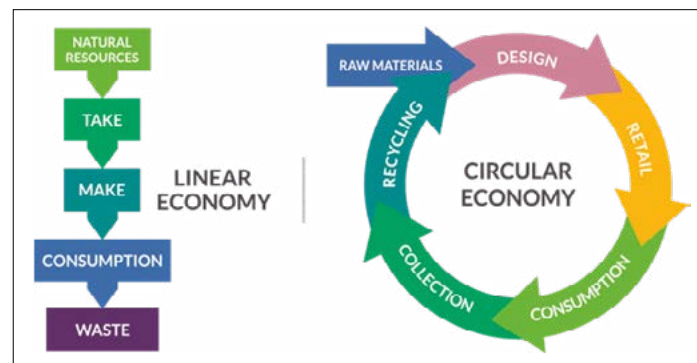


Figura 2: Economia linear e circular

https://ec.europa.eu/environment/green-growth/tools-instruments/index_en.htm

A Comissão Europeia apresentou, em março de 2020, o Plano de Ação para a Economia Circular que visa uma conceção mais sustentável dos produtos, a redução dos resíduos e a capacitação dos consumidores (através de um “direito de reparação”). Em fevereiro de 2021, o Parlamento adotou uma resolução sobre o novo plano de ação para a Economia Circular, exigindo medidas adicionais para alcançar uma economia neutra em termos de carbono, sustentável, livre de substâncias tóxicas e totalmente circular até 2050, incluindo regras de reciclagem mais rigorosas e metas obrigatórias para a utilização e consumo de materiais até 2030. ▶

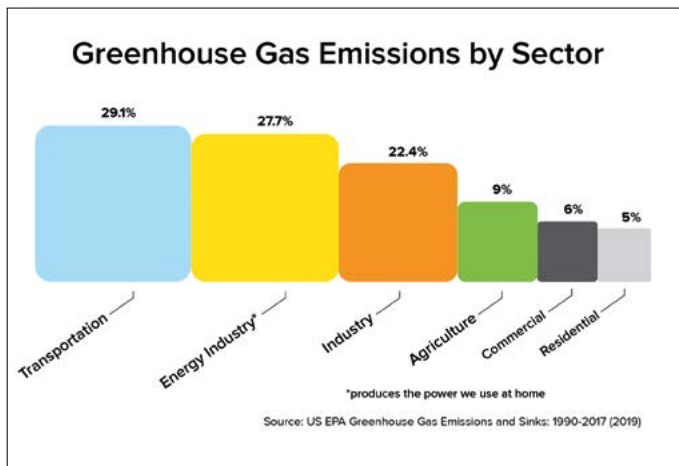


Figura 3: Emissões de gases de efeito de estufa por setor

• A Gestão Ambiental

A gestão ambiental permite determinar a pegada ambiental - que inclui a pegada carbónica, a pegada hídrica e a pegada energética. Estas pegadas são determinadas para diferentes processos ou produtos de acordo com várias metodologias, sendo a mais aceite a que se baseia na avaliação do ciclo de vida, de acordo com a ISO 14040:2006 Environmental Management - Life Cycle Assessment - Principles and Framework.

• A Gestão das Alterações Climáticas

Devemos entender a gestão das alterações climáticas num contexto de gestão ambiental. Existem dois fenómenos muito importantes e com elevado impacto para a população: a conservação da camada de ozono que protege da radiação UV e a acumulação dos GEE (gases de efeito de estufa) na atmosfera que levam a um aumento da temperatura.

“

QUANDO FALAMOS DE SUSTENTABILIDADE, FALAMOS DE UM CONCEITO QUE ABARCA TODAS AS ÁREAS DA VIDA QUOTIDIANA, E O SETOR DA SAÚDE NÃO É EXCEÇÃO. CONTER O IMPACTO AMBIENTAL ASSOCIADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE, MANTENDO A SEGURANÇA DO DOENTE É FUNDAMENTAL

”

- Os gases de efeito de estufa

Os GEE, particularmente vapor de água e dióxido de carbono, retêm a radiação (infravermelha) refletida da Terra, pois a Terra tenta manter um equilíbrio térmico e, portanto, resulta na temperatura habitável de que desfrutamos. Os GEE são mais complexos do que outras moléculas de gás na atmosfera, com uma estrutura que pode absorver calor. Eles irradiam o calor de volta para a superfície da Terra, para outra molécula de GEE ou para o espaço. Existem vários tipos diferentes de GEE, sendo os principais o dióxido de carbono (CO₂), vapor de água (H₂O), metano (CH₄) e óxido nitroso. O dióxido de carbono é responsável por cerca de 76% das emissões totais de GEE.

O QUE CADA UM DE NÓS PODE FAZER?

A pegada de carbono é a quantidade total de GEE (incluindo dióxido de carbono e metano) que são gerados pelas nossas ações. A pegada de carbono média de uma pessoa na Europa é de 7 toneladas/pessoa (Eurostat, 2018), nos EUA é de 16 toneladas. Globalmente, a média está mais próxima de 4 toneladas. Para evitar um aumento de 2°C nas temperaturas globais, a pegada de carbono global média por ano precisa cair abaixo de 2 toneladas até 2050.

Se num contexto de Economia Circular, conseguirmos reduzir a nossa pegada hídrica (menos consumo de água), energética (menos consumo de energia) e a pegada carbónica, estamos a contribuir para um planeta mais habitável.

EM MEIO HOSPITALAR

Quando falamos de sustentabilidade, falamos de um conceito que abarca todas as áreas da vida quotidiana, e o setor da Saúde não é exceção. Conter o impacto ambiental associado aos cuidados de saúde, mantendo a segurança do doente é fundamental para cumprir metas de Sustentabilidade. Cerca de 5% das emissões de GEE totais são oriundas da Indústria da Saúde e cerca de 1/3 dessas emissões provêm dos hospitais. Estima-se que o bloco operatório seja responsável por cerca de 20 a 30% das emissões de GEE dos hospitais. Os anestésicos inalatórios utilizados são libertados para a atmosfera e são extraídos para o exterior através do sistema de exaustão de gases (AGSS) por forma a proteger doentes e profissionais de saúde, sendo que estas características impactam significativamente a pegada de carbono associada ao cuidado cirúrgico. Assim, foi criada uma tecnologia altamente inovadora e ambientalmente sustentável que permite a captura de gases anestésicos pela Baxter em parceria com a ZeoZys Medical.

O sistema de captura de gases CONTRAfluran™ resulta em 2 componentes: o colector CONTRAfluran™ que contém carvão ativado que absorve e retém 99% dos efluentes anestésicos voláteis eliminados pelo AGSS e a

unidade de controlo do nível de enchimento SENSOfu-
ran™ que monitoriza e alerta para a necessidade de subs-
tituição do coletor. Depois de cheios, os coletores são
substituídos por novos e recolhidos para processamento
numa unidade especializada. Adicionalmente, preconiza-se
um sistema de economia circular completo para anestesia
inalatória, trabalhando ativamente para obter as aprova-
ções regulamentares e de desenvolvimento para esterilizar
e reprocessar o gás capturado num fármaco licenciado.
A utilização desta tecnologia poderá fazer parte do cami-
nho para conter o impacto ambiental associado aos cui-
dados de saúde e assegurar uma estratégia de Economia
Circular completa. Além de possibilitar o cumprimento
dos objetivos de sustentabilidade por parte dos hospitais,
esta tecnologia tem em consideração os benefícios clínicos
que melhor respondem às necessidades do doente.
A Health Care Without Harm (HCWH) está empenhada
em estabelecer e globalizar os critérios de aquisição na
área da saúde com o intuito de conduzir a políticas e mer-
cados para produtos e serviços eticamente produzidos,
saúdáveis e sustentáveis.
Pensar global, agindo localmente é o mantra que vai per-
mitir ter um mundo mais sustentável em todas as suas
dimensões. ●

¹ Diretor Geral da European Algae Biomass Association;
Fundador e Administrador da A4F Algae for Future, SA;
Fundador e Diretor de Desenvolvimento do Negócio na Cell4Food
- Cellular Culture, Lda; Fundador e Diretor de I&D na SustainUtility
- Atlantic Biotech, Lda

-
- Meadows, Donella H.; Meadows, Dennis L.; Randers, Jorgen; Behrens III, William W. (1974) *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. A Potomac Associates Book. Paperback.
 - Sustainability <https://www.un.org/en/academic-impact/sustainability> (acesso em 2022.10.20).
 - Purvis, Ben; Mao, Yong; Robinson, Darren (2018) Three pillars of sustainability: in search of conceptual origins. *Sustainability Science* (2019) 14:681–695. <https://doi.org/10.1007/s11625-018-0627-5> (acesso em 2022.10.20).
 - Ghorbani, Shervin (2020) The History of Sustainable Development Goals (SDGs) <https://thesustainablemag.com/environment/the-history-of-sustainable-development-goals-sdgs/> (acesso em 2022.10.20).
 - Parlamento europeu (2022) Economia circular: definição, importância e benefícios. *Economia* 20-04-2022 - 17:38. www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/economy/20151201STO05603/economia-circular-definicao-importancia-e-beneficios (acesso em 2022.10.20).
 - ISO 14040:2006 Environmental management - Life cycle assessment - Principles and framework. www.iso.org/standard/37456.html (acesso em 2022.10.20).
 - Clorofluorocarboneto. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Clorofluorocarboneto> (acesso em 2022.10.20).
 - Data on file. Efficiency Test Canister. Berlin: ZeoSys Medical; 2020.
 - Data on file. Jacobs Analysis Report. Baxter International, Inc. 2021.



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.





**JOSÉ NOGUEIRA
DA ROCHA**

Sócio de Mérito da APAH

1936-2023

Teve um percurso profissional imprevisto. Natural de Rio de Moinhos, concelho de Penafiel, licenciou-se em Direito mas acabou por se fixar no setor da saúde por grande influência do professor Coriolano Ferreira, que esteve nos momentos mais importantes da sua vida. “A minha perspetiva de vida não era esta. Quando frequentei Direito, a minha perspetiva era a advocacia, que ainda exerci durante 12 anos, ou então a magistratura. Mas aconteceu uma “coisa” que, na vida, acontece às pessoas”. Essa “coisa” foi um convite feito por Coriolano Ferreira para trabalhar com ele na Direção-Geral dos Hospitais. A administração hospitalar foi, pois, uma atividade que não tinha imaginado vir a abraçar. “Exerci-a durante 12 anos, juntei-me a ela, e aqui há um casamento feliz entre o tempo como administrador e toda a minha carreira na ENSP. Uma e outra atividade juntaram-se no fundamental para me vir a entusiasmar”.



O HOSPITAL DEVE SER GERIDO COMO UMA EMPRESA ESPECIAL



Foi com esse entusiasmo que fez todo o seu percurso profissional, quer como administrador hospitalar, quer como professor, quer noutras funções que exerceu. No âmbito da consultoria desenvolveu atividade na área da formação, bem como na área da reestruturação de Serviços de Saúde em Angola, Moçambique, S. Tomé e Príncipe e Macau. Distinguiu-se no desempenho de cargos de elevado nível na Administração Pública e na gestão empresarial, entre os quais se destacam os de Administrador-Geral dos Hospitais Civis de Lisboa (1968-1978), Diretor Geral de Organização e Recursos Humanos da Segurança Social (1979-1985), Diretor Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (1986-1990) e Presidente do Conselho de Administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais - SUCH (1990-2002). Foi ainda Provedor do Associado e do Cliente do SUCH. Na produção legislativa foi autor e co-autor de diversos diplomas legais nas áreas da Segurança Social e da Saúde. No dia 24 de maio de 2018 recebeu a Medalha de Serviços Distintos de grau Ouro do Ministério da Saúde, “pela importância que detém na construção do Serviço Nacional de Saúde, tanto no plano académico, como no âmbito da organização e gestão da rede de prestação de cuidados”. Diz querer descansar e regressar às origens, onde tem vinha, kiwis e turismo rural para cuidar. Um gosto que cultivou a par da saúde.

A AFIRMAÇÃO DA PROFISSÃO

Como mais relevante nestes 50 anos da carreira de administração hospitalar, darei conta sobretudo da afirmação da profissão, quando o seu grande obreiro, que foi o professor Coriolano Ferreira, se lembrou que a criação da carreira era necessária - na sequência, aliás, de afirmações que ele tinha feito antes. O professor Coriolano Ferreira, desde os anos 50 - e até antes, mas fundamentalmente a partir de 1950 -, entendeu que a administração de hospitais não podia ser entregue a curiosos. Ele tem mesmo uma afirmação em que diz exatamente isso: nem a curiosos nem a pessoas que passaram a exercer a profissão por favores político-partidários. Penso que essa afirmação é de 1958 e marca, de facto, naquilo que foi a vida dele, uma ideia que ganhou raízes.

E se bem pensou, assim o fez, porque quase em simultâneo com a criação da carreira o professor Coriolano criou o curso de Administração Hospitalar que foi, naturalmente, o suporte fundamental para a carreira. Isto é, carreira sem formação não faz sentido. Portanto ele entendeu, como era natural, que assim devia ser e deu este passo importante.

ACABAR COM O ESTATUTO DE MENORIDADE DA CARREIRA

A primeira grande afirmação que se pode fazer é a de que a carreira ganhou raízes e teve, como todas as carreiras, os seus percursos altos e baixos. E pena foi que, a partir de certa altura, sem que tenha sido posta em causa, tenha entrado em acentuada e visível crise.

Nem sei mesmo se hoje é possível falar em carreira. Naturalmente que uma coisa é o quadro legal, outra coisa é a realidade. E se me perguntarem, em termos de quadro legal, se a carreira hoje tem uma vida indiscutível, eu ponho algumas dúvidas. Mas uma coisa é o quadro legal, outra é aquilo que na prática se verifica e, de facto, na prática, hoje em dia, a carreira, por mais que se diga o contrário, existe e funciona. É bem vista, os seus profissionais são - eu diria, na sua grande maioria - vistos como pessoas competentes e, portanto, sem ser adivinho direi que, porventura, no futuro, a carreira, que sofreu algo com o tempo, poderá vir a afirmar-se com mais força do que aquela que hoje tem. É essa a minha convicção.

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR NÃO É TRABALHO PARA CURIOSOS

A carreira nasceu e desenvolveu-se fundamentalmente a partir de meados dos anos 70 do século passado. O curso de Administração Hospitalar inicia-se em 1971 e a carreira desenvolve-se à medida que o curso também ganha raízes.

A partir dos anos 90, por razões que toda a gente conhe-

ce, a carreira é, até certo ponto, posta em causa, e é posta em causa por várias razões. Talvez a mais importante seja o não reconhecimento de que a administração hospitalar não é, como já atrás se disse, um trabalho para curiosos, nem para quem é merecedor de alguns favores políticos. Só que, a partir de dada altura, o critério para a escolha das pessoas foi - embora nem sempre - mais esse.

O critério tornou-se mais político do que técnico. E essa fase ainda continua, se bem que com algumas *nuances* que apontam para um sentido ligeiramente diferente. Em resumo, eu diria que a carreira nasceu, desenvolveu-se e foi posta em causa, isto é, não lhe foi reconhecida a posição que ela devia assumir; em todo o caso, ficou sempre, no mínimo, uma réstia de reconhecimento da competência e capacidade que os profissionais de administração hospitalar detêm.

A VIDA HOSPITALAR PELA MÃO DE CORIOLANO FERREIRA

Como disse atrás, a minha perspectiva de vida não era a da administração hospitalar. Quando frequentei e concluí o curso de Direito, a minha perspectiva era mais a advocacia, que ainda exerci durante doze doze anos, ou então a magistratura. Mas aconteceu algo que, na vida, acontece às pessoas: eu tinha acabado o curso e quase de imediato fui convidado pelo professor Coriolano para trabalhar com ele, e, assim, ingressei na Direção-Geral dos Hospitais, de que ele era diretor-geral, em 1965.

Continuei a advogar (mas não era a minha profissão principal, já que apenas advogava, passe a palavra, nas horas vagas). Só que passado algum tempo - por acaso estava na Alemanha em férias - sou procurado por ele a dizer que me tinha proposto para administrador dos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL). Havia sete lugares, tinha vagado um e ele entendeu dever-me propor. Fez a proposta, que foi autorizada pelo ministro. Isto em 1968. Ingressei então nos Hospitais Cívicos como administrador. Éramos sete administradores, eu era o mais jovem de todos e foi-me dado um hospital que hoje já não existe, o Hospital do Desterro. Percorri todos os hospitais do grupo HCL, onde continuei até 1979.

É aí que a minha vida muda. Deixei de advogar, candidatei-me ao curso de Administração Hospitalar, acabei o curso e continuei nos Hospitais Cívicos como administrador hospitalar durante cerca de doze anos. Foi uma atividade curta e porquê? O mundo dá muitas voltas e acontece que o professor Coriolano, para além de já antes me ter convidado para assistente da ENSP, endereça-me um convite para um cargo dirigente na Segurança Social.

UM CASAMENTO FELIZ

A administração hospitalar foi uma atividade que eu não tinha imaginado vir a abraçar. Exerci-a durante doze

anos, juntei-me a ela, e aqui há um casamento feliz entre o tempo como administrador e toda a minha carreira na ENSP, em que uma e outra atividade se juntam no fundamental para me vir a entusiasmar.

Assim, no meu caso, a administração hospitalar nasce com a entrada na carreira e prossegue com o exercício da profissão de administrador, seguindo-se a atividade como professor nessa área.

E se é verdade que interrompi a prática da administração hospitalar, que não o abandono da carreira, não é menos verdade que, como docente da ENSP, a minha ligação a essa atividade não só não foi interrompida como adquiri novas “cambiantes”.

Foram 30 e poucos anos e tenho comigo o número de alunos que “passaram pelas minhas mãos”. Até 2017 houve 888 diplomados em Administração Hospitalar e honro-me de ter ensinado um número que tenho como certo: 607.

O DIREITO E A GESTÃO: DOIS AMORES

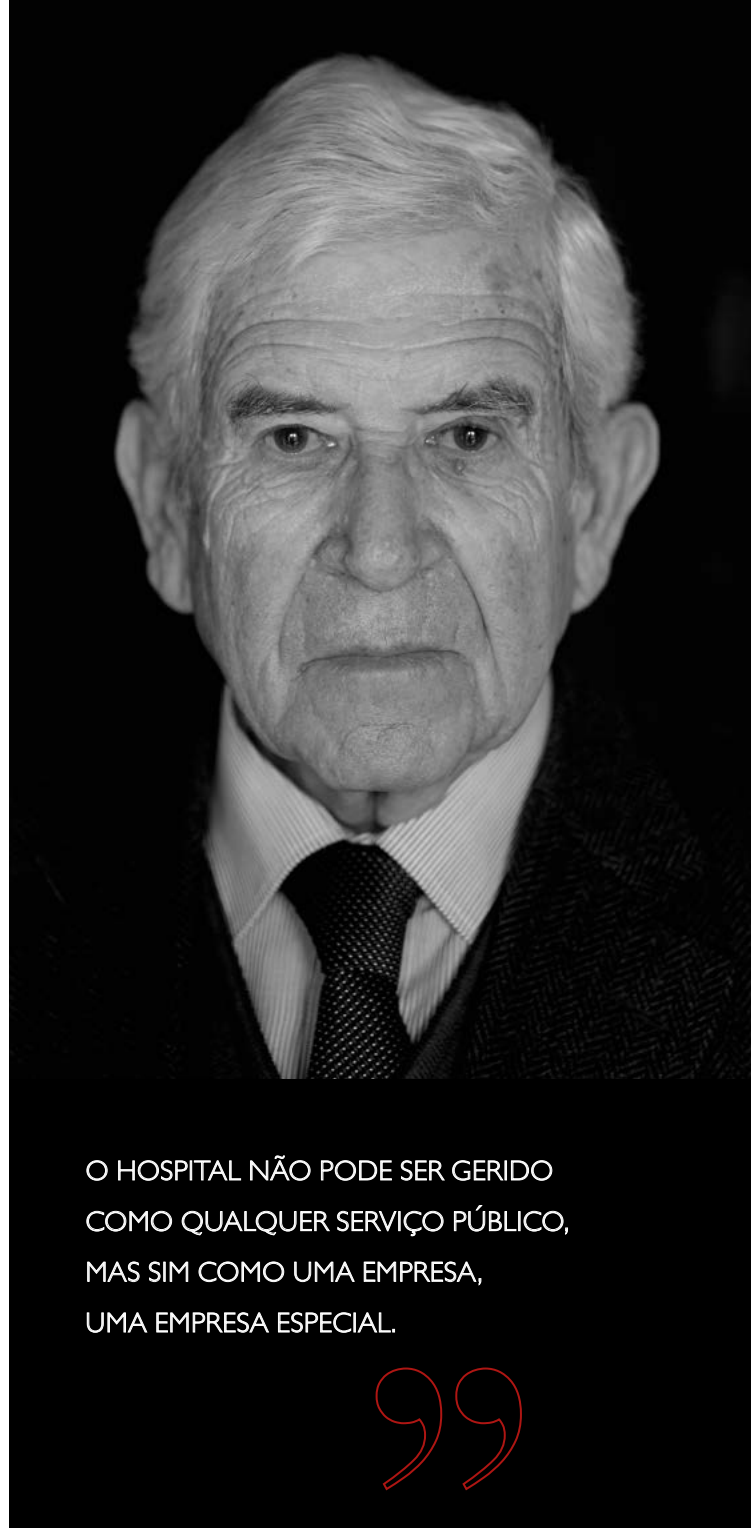
A minha formação jurídica não deixou de ter influência na minha atividade docente. Tenho trabalhos publicados sobre direito da saúde, sobre a organização jurídico-administrativa da saúde e, portanto, o Direito marcou-me de forma clara. O Direito e o gosto pela gestão foram, digamos, os dois amores.

Quando se fala de hospital público, empresa pública, está-se a falar num estatuto jurídico relacionado com a solução gestionária, no sentido fundamentalmente de que o hospital não pode ser gerido como qualquer serviço público, mas sim como uma empresa, uma empresa especial. Ao longo da minha carreira, como professor, sempre batalhei no sentido de ser atribuído ao hospital um estatuto desta natureza.

Sou autor e coautor de alguns diplomas sobre esta matéria e há sempre uma marca minha no sentido de num ou noutro artigo aparecer algo que aponta para o sentido empresarial, embora com uma natureza específica.

Já o disse e repito. O professor Coriolano esteve nos momentos mais importantes da minha vida. Convidou-me para trabalhar como ele na Direção-Geral dos Hospitais e propôs-me como administrador hospitalar - e era aqui que eu queria chegar, para dar conta do meu percurso profissional multifacetado. Foi ele o grande responsável, paradoxalmente, por eu ter só doze anos de prática de administração hospitalar, porque quando eu estava como administrador geral dos Hospitais Cívicos e ele tinha sido nomeado secretário de Estado da Segurança Social - numa fase em que a Segurança Social estava em profunda reestruturação -, convidou-me para diretor-geral da Organização e Recursos Humanos da Segurança Social. Afastou-me da prática da profissão.

Mas já antes o professor Coriolano tinha estado num passo importante da minha vida, quando me convidou



**O HOSPITAL NÃO PODE SER GERIDO
COMO QUALQUER SERVIÇO PÚBLICO,
MAS SIM COMO UMA EMPRESA,
UMA EMPRESA ESPECIAL.**



para assistente da Escola Nacional de Saúde Pública, para a cadeira de Administração Hospitalar.

O meu “afastamento” da saúde durante quatro anos foi, de facto, algo que a ele se ficou a dever. Eu diria que se ele não me tem convidado para esse lugar, eu que estava no desempenho do cargo de Administrador Geral dos Hospitais Cívicos, teria continuado na administração hospitalar. Portanto, a minha prática de administração hospitalar foi relativamente curta por essa razão, mas teve como sucedâneo uma atividade muito ligada à carreira. Bem posso dizer que nunca deixei de ser administrador hospitalar até ao dia em que decidi aposentar-me da administração pública. ▶



ADMINISTRADOR HOSPITALAR ATÉ HOJE

Fui administrador hospitalar e, embora não “praticante”, continuo a sentir que ainda hoje o sou. E isto porque sinto a “profissão”, penso e escrevo sobre ela tanto quanto posso e sei.

O meu desempenho como administrador dos Hospitais Cívicos de Lisboa e como administrador-geral deste grupo hospitalar continua a emparceirar com os cargos que desempenhei de diretor-geral de Organização e Recursos Humanos da Segurança Social, de diretor-geral das Instalações e Equipamentos da Saúde e de professor da ENSP. Como continua a emparceirar com o cargo de presidente do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), durante doze anos, e com o que atualmente desempenho como Provedor do Associado e do Cliente desta instituição.

INFLUÊNCIA FRANCESA DECISIVA

Sobre modelos na profissionalização da gestão de saúde, diria que, em dada altura, e de forma quase exclusiva, foi a França que teve mais influência em nós. Havia uma

ligação muito forte entre Portugal e aquele país e, no fim dos anos 60, houve vários cursos de curta duração realizados em Portugal por administradores hospitalares franceses, todos homens de carreira. Também tivemos alguma influência inglesa, mas foi sobretudo a influência francesa. Influência a que também não foi alheio o facto de a École Nationale de Santé Publique de Rennes ter sido frequentada nos anos 70 por seis jovens portugueses - os designados “Meninos de Rennes”, que nela obtiveram o diploma em Administração Hospitalar.

A partir dos anos 80 a influência mudou de rumo e foram designadamente os Estados Unidos que, pela mão de Augusto Mantas - outro nome incontornável da gestão hospitalar em Portugal e a quem a carreira muito deve -, contribuíram para fortes inovações em Portugal na gestão hospitalar.

Hoje em dia, a influência provém sobretudo de organizações internacionais que se relacionam com Portugal, como foi o caso recente da realização em Cascais do Congresso da EAHM - Associação Europeia de Administradores Hospitalares.

UMA CARREIRA QUE TEM FUTURO ASSEGURADO

Sobre o futuro da carreira, eu diria o seguinte: se porventura os jovens olharem para os hospitais como deve ser e sobretudo se não valorizarem aspetos que porventura não deviam valorizar, a administração hospitalar profissionalizada tem futuro assegurado.

O hospital, pela sua natureza, requer pessoas habilitadas em consonância com essa natureza. Assim devia ser. Agora, o que é que vai prevalecer? O que devia ser? Ou aquilo que tem mais a ver com interesses de outra natureza? como os tais favores políticos, a não consciencialização da verdadeira natureza do hospital, que leva quem “manda” a pensar que administrar um hospital é o mesmo que administrar uma empresa qualquer ou um qualquer serviço público.

O HOSPITAL É UMA EMPRESA ESPECIAL

O mesmo responsável que diz que a gestão hospitalar tem uma natureza específica, no dia seguinte coloca como maior responsável do hospital alguém que estava desempregado ou que era até um bom gestor, mas um bom gestor de uma empresa que nada tinha a ver com ele. Reconheço que pode haver algum exagero nesta afirmação, embora ela coincida com casos que são do domínio público. Mas o que a afirmação tem de mais verdadeiro é a certeza de que o hospital, como uma empresa especial, não dispensa que, na sua “pilotagem”, haja um profissional de gestão, mas não um qualquer profissional. Um profissional com a formação adequada à natureza desta organização que, sem qualquer dúvida,

se coloca no mais elevado grau de complexidade gestonária. Mais elevado grau de complexidade gestonária em razão quer dessa natureza, quer da diversidade e crescente exigência dos seus múltiplos e diferenciados fatores de produção.

Tenho para mim que está há muito ultrapassada a “velha questão” que consistia em responder à pergunta: o primeiro responsável de um hospital tem de ser necessariamente médico? Creio já ter dado antes a resposta a esta pergunta. Médico ou não, esse primeiro responsável convém que seja um “profissional de gestão hospitalar”, um profissional que saiba “pilotar” uma organização que na maior parte do tempo “navega” no meio de tempestades, enfrentando um ambiente turbulento em que são constantes os ventos contrários e com igualmente constantes mudanças de rumo.

A SAÚDE É UM ELEMENTO DE UM ARCO-ÍRIS

A saúde é algo que não pode ser visto de forma isolada, pois depende de fatores como a economia, a demografia e outros. O que significa que, não podendo ser vista como isolada, e tendo de ser vista como um elemento deste arco-íris muito diversificado, o que é que ela poderá ser? Eu diria que a saúde, porventura, será dos sectores mais imprevisíveis e para o qual será difícil prever a evolução.

Qualquer pessoa que se atreva a prever com alguma certeza o futuro da saúde incorre num erro. Qualquer previsão implica um grande atrevimento. Se procurarmos algumas linhas mais importantes, diria que a saúde dependerá do que for a economia, da quantidade de recursos que lhe possam ser alocados e de muitos outros fatores. O que, portanto, gera um cenário em que as cores que nele existem estão extremamente diluídas e pouco claras.

Considero, sem dúvida, que a saúde constituirá uma das preocupações mais importantes dos responsáveis políticos, uma vez que sem saúde todos os outros sectores da vida são afetados. E aqui surge o dilema, e é aqui que eu situo fundamentalmente a minha posição: é o dilema entre a vontade, o desejo, da melhor saúde, e a escassez dos recursos necessários para que esse nível mais elevado possível seja conseguido. O que é que será o mundo na disponibilidade de recursos que a saúde exige? As opções são difíceis, serão cada vez mais difíceis.

A natureza demográfica, o envelhecimento da população, a esperança de vida cada vez maior, o constante aparecer de novas formas de tratamento, o desejo natural das pessoas de terem mais saúde, atropelam-se uns aos outros. E o dilema é como sair disto. E eu não sei. Oxalá que os Homens tenham a capacidade para, não conseguindo aquilo que desejariam que acontecesse, no mínimo consigam aquilo que seja possível. ●



A SAÚDE É ALGO QUE NÃO PODE SER VISTO DE FORMA ISOLADA, POIS DEPENDE DE FATORES COMO A ECONOMIA, A DEMOGRAFIA E OUTROS.



Entrevista publicada no livro “50 anos em 20 Olhares - o Percurso da Administração Hospitalar em Portugal”, editado em 2019 no âmbito dos 40 anos do SNS

READAPTAR: A ECONOMIA CIRCULAR NOS CUIDADOS DE SAÚDE AUDITIVOS



Ana Carvalho
Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica



Francisco Branquinho
Diretor do Serviço de Otorrinolaringologia



Ana Pais
Diretora Clínica



Margarida Ornelas
Presidente do Conselho de Administração

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

A ototoxicidade pode originar alterações auditivas ou vestibulares, temporárias ou permanentes. Os sintomas de ototoxicidade incluem acufenos, tonturas, perda auditiva e dificuldade em discriminar sons¹. O grau de ototoxicidade pode variar de acordo com diferentes fatores coexistentes, como a dose e a duração do tratamento, a via de administração, a suscetibilidade genética, a idade, outras comorbilidades como a insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, dislipidemia ou insuficiência renal e a pré-existência de perda auditiva¹.

A ação do agente ototóxico assume um comportamento previsível, pois afeta a zona basal da cóclea, em particular as células ciliadas externas, atingindo as altas frequências. Numa fase posterior, a zona apical da cóclea é afetada, lesando as baixas frequências¹. Outras estruturas da cóclea podem também ser comprometidas, causando tipos diferentes de perda auditiva, o mesmo acontecendo com os órgãos vestibulares do ouvido interno (vestibulotoxicidade).

Mais de duzentos medicamentos, habitualmente prescritos no tratamento de cancro ou infeções, podem originar lesões no ouvido interno por ototoxicidade². O aparecimento constante de novos fármacos de tratamento sistémico acarreta um grande potencial de ototoxicidade, obrigando à sua monitorização e investigação.

A quimioterapia com sais de platina é altamente eficaz no tratamento oncológico, contribuindo para taxas de sobrevivência que rondam os 66%, nos cinco anos após o diagnóstico, mas o seu potencial ototóxico é muito elevado³. A ototoxicidade resultante da cisplatina ocorre entre 23% a 50% em adultos, e até 60% em crianças. Alguns estudos indicam que os limiares auditivos se encontram alterados em 100% dos doentes oncológicos tratados com cisplatina, 63% com aminoglicosídeos e 6 a 7% com furosemida¹.

Alguns doentes oncológicos recebem de forma concomitante radioterapia e quimioterapia. Nos casos de tumores da cabeça e pescoço o potencial ototóxico acaba por ser maior, uma vez que a cóclea se encontra dupla-

Prevalência da ansiedade e depressão - escala HADS			
		N	%
Total HADS Ansiedade	Normal	0	0
	Leve	8	16,7
	Moderado	14	29,2
	Grave	26	54,2
Total HADS Depressão	Normal	0	0
	Leve	32	66,7
	Moderado	12	25,0
	Grave	4	8,3

Tabela 1: Prevalência da ansiedade e depressão - escala HADS

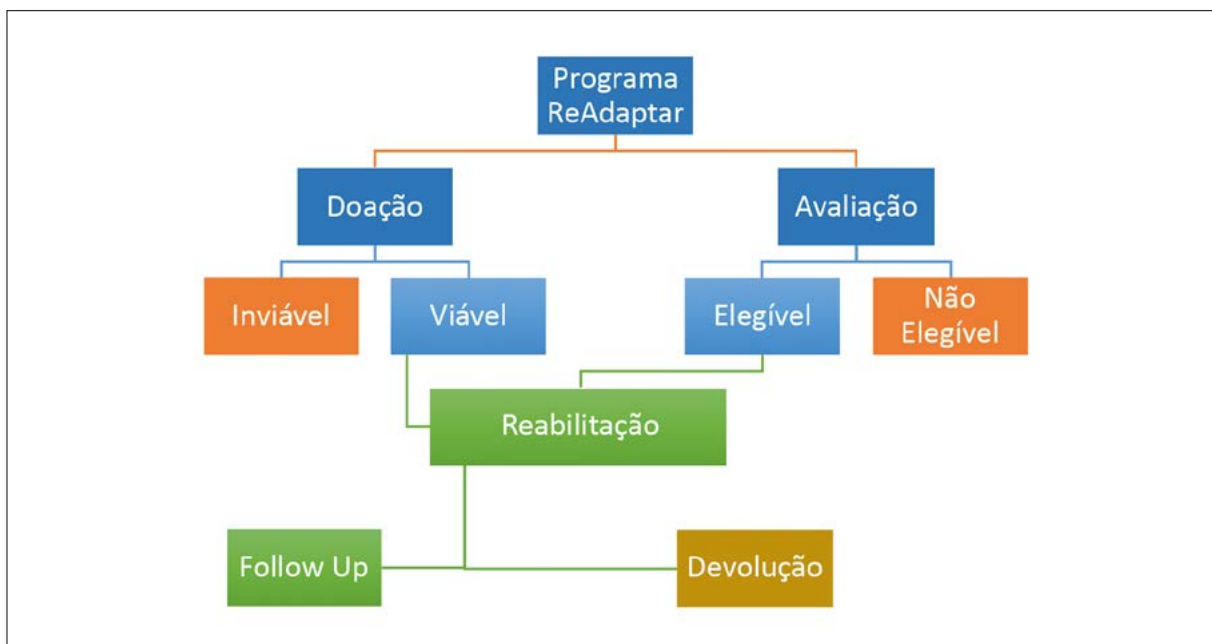


Gráfico 1: Estrutura do Programa ReAdaptar

mente vulnerável, tanto pela quimioterapia, como pela incidência da radiação junto às estruturas do ouvido³. Outros fatores como a desnutrição ou a insuficiência renal, associadas frequentemente à doença oncológica podem agravar, ainda mais, a perda auditiva.

A ototoxicidade pode afetar substancialmente a interação social, a comunicação e a qualidade de vida, mas o impacto causado pode ser minimizado quando se segue um programa de monitorização, uma vez que abrange os fundamentos de identificação e a intervenção precoce¹. Num estudo de Carvalho e Amaral, 2021, foi avaliada a sintomatologia ansiosa e depressiva em doentes oncológicos com acúfenos, aplicando a HADS (Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar). Esta escala divide-se em duas sub-escalas: a da Ansiedade e a da Depressão. A maioria dos indivíduos (54,2%) obteve classificação de “Grave” na sub-escala de Ansiedade e 29,2% dos indivíduos obteve classificação de “Moderado”. Já na sub-escala de Depressão, verificou-se que a maioria (66,7%) obteve uma classificação de “Leve” e 25% de “Moderado”. Nenhum indivíduo obteve a classificação de “Normal” em nenhuma das sub-escalas⁴ (Tabela I).

O **Programa ReAdaptar**, acessível a toda a comunidade que queira colaborar com o IPO de Coimbra, pretende disponibilizar a criação de um banco de próteses auditivas doadas, passíveis de serem reprogramadas e readaptadas para os doentes oncológicos do IPO Coimbra, de forma a minimizar o impacto da perda auditiva na qualidade de vida do doente, independentemente da fase da doença ou do tratamento, em complementaridade com as respostas já existentes.

Com a doença oncológica, seja pela localização da lesão ou os tratamentos associados, poderá surgir perda auditiva, o que motiva, devido ao isolamento desencadeado pela dificuldade de compreensão e comunicação com o seu núcleo familiar, amigos e com os profissionais de saúde que o acompanham, sinais de ansiedade e depressão. Quando o doente retoma a sua atividade social e profissional, a perda auditiva pode representar também um grave obstáculo com que o doente tem de lidar. A reabilitação auditiva, através da adaptação de próteses auditivas permite minimizar todo este impacto e devolver a capacidade de ouvir ao doente oncológico. O processo de reabilitação auditiva pode ser complexo, desde a seleção da prótese auditiva à programação adequada à sua perda auditiva, avaliação de ganho protético e gestão de expectativas do doente e família/cuidador. Com o banco de próteses auditivas do Serviço de Otorrinolaringologia, o IPO Coimbra reforça o processo de reabilitação auditiva, estando o Gabinete de Audiologia capacitado para uma resposta imediata e de proximidade ao doente oncológico.

O **Programa ReAdaptar** foi lançado a 22 de agosto de 2022 e idealizado para que, particulares ou empresas, possam doar à Instituição próteses auditivas que, estando a funcionar, já não se encontrem em uso, bem como acessórios, consumíveis e *software* que permitam potenciar o processo de reabilitação auditiva.

Foram definidos critérios de elegibilidade e o circuito de implementação, em articulação com os Serviços de Aprovisionamento e de Gestão Financeira, de forma a salvaguardar a rastreabilidade de todas as fases do Programa. ▶

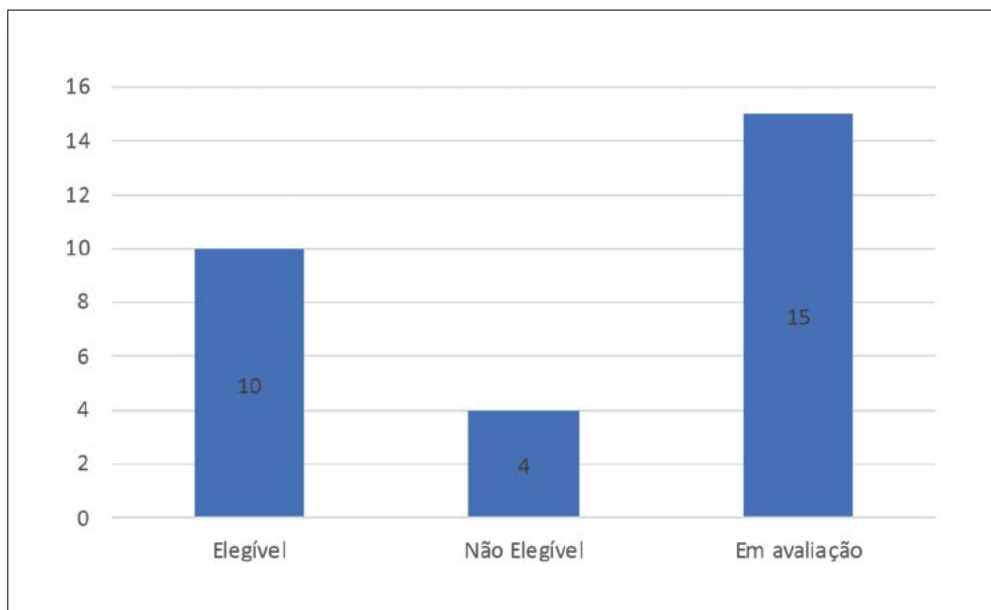


Gráfico 2: Candidatos ao Programa ReAdaptar

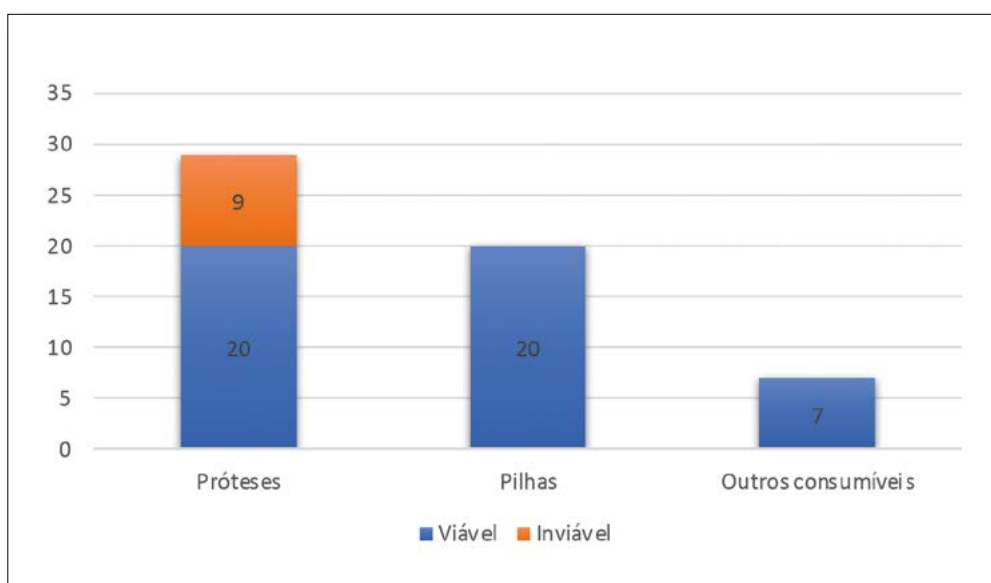


Gráfico 3: Doações de acordo com o tipo

Este Programa inicia-se com a doação dos equipamentos e avaliação dos candidatos, que decorrem em simultâneo, sendo preenchido um questionário de identificação. Todos os equipamentos recebidos passam por um processo de identificação, higienização e validação. São descartados todos os componentes de inserção auricular. É iniciado um processo de catalogação de acordo com as suas características e são inseridos na base do banco de próteses. Os equipamentos que não se encontrem em corretas condições de adaptação são encaminhados para o processo de gestão de resíduos e consequente reciclagem (Gráfico 1).

Os candidatos passam pela fase de avaliação em audiolologia e otomnolaringologia. Cumprindo os critérios de elegibilidade inicia-se o processo de reabilitação, com seleção das próteses adequadas, considerando as características da perda auditiva e os equipamentos disponíveis no banco de próteses. Os doentes incluídos no Programa ReAdaptar assinam um termo de responsabilidade que salvaguarda a conservação da prótese auditiva e sua restituição, se deixarem de ter essa necessidade ou em caso de substituição. Atualmente, foram considerados elegíveis dez doentes,

dos quais cinco doentes já iniciaram o processo de reabilitação. Foram considerados não elegíveis quatro doentes, tendo sido aconselhados sobre outros procedimentos ou vigilância. Encontram-se em processo de avaliação quinze doentes (**Gráfico 2**).

Após iniciar a reabilitação o doente mantém uma vigilância trimestral. Em caso de não adaptação ou desistência, a prótese auditiva volta a integrar o banco de próteses. Totalizam o banco de próteses dezanove doações, com vinte e nove próteses auditivas doadas até à data, entre outros consumíveis. Após avaliação, nove próteses foram consideradas inviáveis, por avaria ou dano (**Gráfico 3**).

Em síntese, reconhecendo que a perda auditiva é muitas vezes fator de isolamento social pela dificuldade de comunicação que acarreta, com potencial para induzir quadros de ansiedade e depressão, o Serviço de Otorrinolaringologia do IPO de Coimbra idealizou o **Programa ReAdaptar** que contribui para devolver a capacidade de audição aos doentes oncológicos, independentemente da fase da doença ou do tratamento.

Esta iniciativa, de criação de um banco de próteses auditivas que possam ser readaptadas para os doentes on-

cológicos, será certamente replicável a outros serviços, com outro tipo de ajudas técnicas, potenciando, de igual modo, bons resultados.


Numa era em que se impõe uma mudança de paradigma, ditada pela economia circular, a sustentabilidade pode ir nascendo de ideias simples. O valor está em **ReAdaptar**. ●

1. Pearson SE, Taylor J, Hoare DJ, Patel P, Baguley DM. Exploring the Experiences of Cancer Patients With Chemotherapy-Induced Ototoxicity: Qualitative Study Using Online Health Care Forums. *JMIR Cancer*. 2018;5(1). doi:10.7874/jao.2017.00360
2. Cone B, Dom P, Konrad-Martin D, Lister J, Ortiz C, Schairer K. What Are the Effects of May Notice from Ototoxic Medications?; 2015. Accessed September 5, 2019. www.asha.org
3. Baguley D. The Pharmacology of tinnitus: ototoxicity and treatment. *Annual Tinnitus Research Review* 2017. Published online 2017. Accessed September 5, 2019. www.tinnitus.org.uk
4. Carvalho A, Amaral AP. Acufenos. Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão Em Doentes Oncológicos. Instituto Politécnico de Coimbra; 2021. Accessed December 19, 2022. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37531/1/Vers%C3%A3o%20definitiva%20-%20Ana%20Filipa%20Gon%C3%A7alves%20de%20Carvalho.pdf>



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

PERSPETIVAS DE FUTURO PARA OS **BIOBANCOS**



Carla Barbosa



Andreia da Costa Andrade

Advogadas - Investigadoras Associadas do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Os biobancos são instrumentos essenciais ao desenvolvimento da investigação científica reconhecida como essencial para a melhoria em geral da saúde dos cidadãos, por meio dos progressos logrados pela medicina. São, no entanto, infraestruturas que enfrentam diversos desafios: seja ao nível da governança, seja quanto à sustentabilidade económica. A verdade é que os biobancos criam bio-valor que nas palavras de Catherine Waldby é definido como “the surplus of in vitro vitality produced by the biotechnical reformulation of living processes”¹. Nas sociedades modernas os avanços biotecnológicos são amplamente escrutinados procurando-se sempre lograr um equilíbrio entre os benefícios médico-científicos e as incertezas éticas e legais que acarretam. O Direito, enquanto última instância crítica da comunidade, não se furta a esta tarefa oferecendo um enquadramento legal e doutrinal à inovação científica. Perante a crescente necessidade de recolha, tratamento e conservação de amostras biológicas humanas em infraestruturas dedicadas à investigação científica e/ou à prestação de cuidados de saúde, tornou-se premente definir regras desta atividade designada por Biobanco.

O termo Biobanco que se tomou comum no seio da comunidade médica e científica, corresponde ao conceito legal de “banco de produtos biológicos”, que nos termos da lei portuguesa (Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro), designa qualquer repositório de amostras biológicas ou seus derivados, com ou sem tempo delimitado de armazenamento, quer utilize colheita prospetiva ou material previamente colhido, quer tenha sido obtido como componente da prestação de cuidados de saúde de rotina, quer em programas de rastreio, quer para investigação, e que inclua amostras que sejam identificadas, identificáveis, anonimadas ou anónimas. Atualmente, para cons-

tituir um biobanco é necessária uma autorização prévia de entidade credenciada pelo departamento responsável pela tutela da saúde (apesar de este aspeto nunca ter sido objeto de regulamentação), bem como, para o perfeito preenchimento dos requisitos legais, de um parecer favorável de uma Comissão de Ética. Os biobancos em território português devem ser constituídos apenas com a finalidade da prestação de cuidados de saúde, incluindo o diagnóstico e a prevenção de doenças, ou de investigação básica ou aplicada à saúde. Sendo expressamente proibida a recolha, armazenamento de material biológico não anonimado por parte de entidades com fins comerciais.

As delimitações conceptuais constantes do regime jurídico nacional nem sempre estão em linha com os demais ordenamentos jurídicos. Não há uma definição de biobanco, variando a determinação conceptual na mesma extensão que varia o regime ético-jurídico aplicado por cada país. Na Dinamarca, designa-se por Biobanco “uma estrutura organizada de material biológico humano cujo acesso se restringe por critérios e onde as informações contidas na amostra biológica podem ser relacionadas com as pessoas”. França e Alemanha dispõem de definições próximas. Nestes países, biobancos são “entidades particular ou publicamente sustentadas para armazenamento a longo prazo de substâncias corporais humanas”. Tratam-se de “coleções de amostras de substâncias corporais humanas que são ou podem ser associados com dados pessoais e informações sobre seus doadores”. “Os Biobancos têm um carácter duplo, como coleções de amostras e de dados”. Nos termos definidos pelo ordenamento jurídico da Noruega, o conceito de Biobanco designa a “coleção e o armazenamento de amostras biológicas de um ou vários indivíduos de origem anónima ou não”. Na vizinha Espanha, apesar de não



ser regulado de modo homogêneo atenta a organização político-administrativa do país, os biobancos são definidos nos termos da Lei da Investigação Biomédica como “estabelecimento que acolhe uma coleção de amostras biológicas organizadas como uma unidade técnica com critérios de qualidade, ordem e destino”. A Lei da Suécia entende por Biobanco o conjunto do “material biológico de um ou vários seres humanos recolhido e armazenado por tempo determinado e pode ser relacionado com os seres humanos a quem originariamente pertence”.

A delimitação conceptual diversificada espelha as diferenças registadas ao nível da regulamentação interna das questões suscitadas pela criação e exploração dos biobancos, mas varia também em função do tipo de biobanco em referência. Os biobancos podem ser classificados de diferentes maneiras com base no tipo de tecido, finalidade, propriedade, grupo de participantes ou tamanho. Embora haja uma imagem geral compartilhada do que é um biobanco de amostras biológicas humanas, as definições académicas e as diretrizes políticas são amplas e variadas. Entretanto, milhões de amostras de tecido são recolhidas e armazenadas em todo o mundo para efeitos de prestação de cuidados de saúde, ensino, controlo de qualidade ou desenvolvimento de investigação. Estima-se que existam cerca de 100 milhões de amostras armazenadas na Suécia, com 23 milhões de novas amostras adicionadas a cada ano. Do mesmo modo, mais de

“

É PROVÁVEL QUE UMA PARTE CONSIDERÁVEL DE CIDADÃOS NACIONAIS E EUROPEUS SEJA TITULAR DE UMA AMOSTRA BIOLÓGICA (...) CONSERVADA NUM DOS BIOBANCOS EM ATIVIDADE

”

300 milhões de amostras biológicas humanas são armazenadas nos Estados Unidos, crescendo ao ritmo de 20 milhões de novas amostras por ano.

É provável que uma parte considerável de cidadãos nacionais e europeus seja titular de uma amostra biológica, seja ela de sangue, urina, tecido, saliva ou de outro tipo, conservada num dos biobancos em atividade. Começando pelo caso europeu, veja-se o exemplo do Biobanking and Biomolecular Research Infrastructure - European Research Infrastructure Consortium (BBMRI-ERIC). O BBMRI-ERIC é uma infraestrutura de investigação científica, estabelecida por um período de tempo ilimitado, e composta por uma rede de biobancos e recursos biomoleculares, que fornece acesso a coleções de biobancos parceiros. Esta iniciativa pan-europeia colocou os biobancos num processo de transição de instrumentos de investigação individuais para infraestruturas de investiga- ▶



**A CIÊNCIA JURÍDICA DEVERÁ PROSSEGUIR
NESTE ESFORÇO DE ACOMPANHAMENTO
DA EVOLUÇÃO DAS BIOTECNOLOGIAS,
OFERECENDO ENQUADRAMENTO
REGULATÓRIO AO NÍVEL EUROPEU
A TODAS AS FASES DO BIOBANCO**



ção internacionais multicêntricas. Este processo não é uma mudança simples e homogênea, mas antes um processo complexo e turbulento, revelando a necessidade de regulamentação europeia deste tema.

Já em Portugal, o Biobanco-iMM, fundado em 2012, enquadrado nas atividades do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML), congrega amostras biológicas (provenientes de biopsias, cirurgias, colheitas de sangue, etc.) que são doadas voluntariamente com autorização dos titulares para preservação e uso futuro em investigação biomédica. Outro exemplo, o biobanco do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), fundado em 1995, com o propósito de facilitar a investigação dos determinantes da saúde humana em áreas como a diabetes, doenças cardiovasculares, doenças reumáticas e cancro ou obesidade e perturbações do comportamento, com centenas de milhares de amostras biológicas de diversas tipologias. Já em 2017, foi constituído o Biobanco da Universidade da Beira Interior (UBI), uma ferramenta idealizada para perceber como atuar na identificação e combate aos problemas de saúde típicos da região da Beira Interior, agregando na sua coleção além de amostras biológicas humanas, amostras de origem animal e ambiental. Por fim, o mais importante consórcio nacional nesta área, no qual participa a Universidade de Coimbra, o Biobanco.pt é uma infraestrutura de investigação biomédica, que tem por objetivo maximizar colaborações científicas nacionais e internacionais baseadas no uso de amostras biológicas humanas e respetiva informação clínica.

Portugal é um país de pequena dimensão, e, por esse motivo, muitas vezes um dos principais problemas que se coloca e que frequentemente vem à colação sempre que são discutidas questões relativas a biobancos é o da sustentabilidade económica dos mesmos, sendo que a sustentabilidade é um elemento crítico ao desenvolvimento destas infraestruturas. Daí que os biobancos nacionais tenham sentido a necessidade de estarem integrados em redes europeias ou internacionais de bioban-

cos. O outro problema, diretamente relacionado com o da sustentabilidade, é o da governança. Em Portugal possuímos biobancos para fins de investigação inseridos em instituições privadas e públicas. No caso das privadas, com a limitação decorrente da legislação que proíbe que instituições privadas com fins lucrativos possuam amostras identificadas. Maioritariamente, no entanto, o sistema de financiamento, de governança, parte de um modelo público. Tem sido o governo através da sua administração direta ou então através de institutos descentralizados (como universidades ou hospitais) a suportar os custos destas infra-estruturas. De facto, poucas são as instituições privadas a possuir biobancos para fins de investigação significativos ou criados de acordo com a regulamentação existente.

Julgamos que continuaremos, sobretudo, a apostar nos biobancos públicos. Não na criação de mais, mas na expansão dos atuais e, ainda, na inclusão destes em redes internacionais de biobancos. A necessidade de existência de biobancos para fins de investigação em saúde é algo para que as entidades governamentais estão despertas há vários anos. A alocação de verbas públicas e o financiamento de algumas entidades privadas reputadas permitirá, pois, um crescimento destas infraestruturas em termos de dimensão em Portugal e na Europa. É aliás a isto que temos assistido: aumento do número de amostras nos biobancos existentes; integração em redes e criação de consórcios de biobancos.

Portugal possui diversa legislação que regulamenta a constituição e funcionamento de biobancos. Está em vigor legislação que regula biobancos de células estaminais, biobancos para fins criminais e fins civis, e ainda biobancos (ou como a lei portuguesa prefere designar: bancos de produtos biológicos) para finalidades da prestação de cuidados de saúde, incluindo o diagnóstico e a prevenção de doenças, ou de investigação básica ou aplicada à saúde. A regulação da atividade de biobanco em Portugal tem em vista a garantia de que a investigação científica em saúde humana é realizada de forma transparente, de acordo com os mais exigentes princípios ético-legais. Não obstante, a ciência jurídica deverá prosseguir neste esforço de acompanhamento da evolução das biotecnologias, oferecendo enquadramento regulatório ao nível europeu a todas as fases do biobanco, desde a colheita, processamento, análise, disponibilização e utilização, armazenamento e destruição de células e tecidos de origem humana, promovendo assim a excelência e credibilidade das ciências biomédicas, sem descuidar a proteção da sociedade e do indivíduo. ●

I. Waldby C. Biomedicine, tissue transfer and intercorporeality. *Fem Theory*. 2002; 3(3):239–254. doi: 10.1177/146470002762491980.

2023

IHFLISBON

46th World Hospital Congress

Global learning, local action

Datas do congresso
**25 e 27 de outubro
de 2023**

Atividades do pré-congresso
**23 e 24 de outubro
de 2023**



Centro de Congressos
de Lisboa, Portugal

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



Aprenda com líderes de opinião, peritos e executivos do mundo inteiro.



Atualize-se sobre as boas práticas, inovações e soluções que poderá implementar na sua organização.



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



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



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



Explore o património tradicional, a história secular e a animação cultural cruzados com a inovação tecnológica de Lisboa e Portugal.



Com o Património de São Francisco
Associação de Hospitais de Lisboa
Associação de Hospitais de Portugal e do Alentejo



O Presidente da República



Associação Portuguesa de Desempenho Hospitalar



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES



#IHFLisbon



worldhospitalcongress.org



ihfcongress@events.mci-group.com

PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A FUNÇÃO **AUDITORIA INTERNA** NO SNS



Sónia Cruz
Vogal Executiva do Conselho de Administração
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPEE.

As primeiras referências à Auditoria Interna surgiram na legislação nacional relativa à gestão hospitalar, pela primeira vez, em 1988. Desde aí sofreu várias alterações sendo atualmente um requisito obrigatório na estrutura de governação dos hospitais públicos portugueses.

À Auditoria Interna, das unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde "...compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo"¹.

Apesar de ao longo dos anos terem ocorrido várias alterações legislativas ao regime jurídico dos hospitais, a competência *core* dos serviços de auditoria interna tem-se mantido inalterada.

Atentos às tendências globais que têm vindo a ser apontadas à Auditoria Interna, através nomeadamente das publicações anuais do IIA - Institute of Internal Auditors ou da recente publicação da pesquisa efetuada pela Comunidade de Auditores dos Países de Língua Portuguesa sobre os Desafios da Profissão 2022, facilmente se compreende que é necessária uma mudança no *modus operandi* da auditoria interna da saúde.

Um dos grandes desafios é a necessidade de incluir, nos planos anuais de trabalho, auditorias aos sistemas de informação e aos dados gerados. É crucial que a Auditoria Interna esteja alerta e avalie de forma adequada os riscos de cibersegurança, identificando quais os que representam maior perda para a organização e possam colocar em causa a prestação de cuidados de saúde. Especialis-

tas da área de cibersegurança têm vindo a alertar que o setor da saúde é dos mais expostos a este risco por processar grandes quantidades de dados pessoais, com base numa infraestrutura muito diversa e com vários intervenientes, quer internos, quer externos.

Outra das áreas que representa um desafio atual para a Auditoria Interna é a agenda ESG. O conceito ESG integra as palavras *Environmental* (Ambiente), *Social* (Social) e *Governance* (Governança Corporativa), agrupando nestes três eixos os fatores não financeiros mais relevantes de uma organização. A sociedade e os *stakeholders* exigem cada vez mais informações sobre a forma como as instituições gerem as questões relacionadas com a sustentabilidade.

De acordo com os normativos legais em vigor, empresas com a dimensão da maioria dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde têm o dever de apresentar demonstrações não financeiras, que contenham informações bastantes para uma compreensão da evolução, desempenho, posição e impacto das atividades da organização, referentes, no mínimo, às questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, ao respeito dos direitos humanos, ao combate à corrupção e às tentativas de suborno.

Todas estas temáticas impactam noutra grande desafio, o Regulamento Geral de Proteção de Dados. Segundo estudos recentes do IIA, o risco Proteção de Dados aparece em segundo lugar de um *ranking* dos principais riscos presentes e futuros, só ultrapassado pelo risco de cibersegurança, o que leva a concluir pela suma importância desta questão.

Assim, à Auditoria Interna, enquanto terceira linha de defesa, cabe a responsabilidade de transmitir garantia de fiabilidade independente e objetiva e aconselhar a gestão e o órgão de governação sobre a adequação e eficácia da gestão do risco, promovendo e favorecendo a melhoria contínua de todo o processo de Proteção de Dados.

A função da Auditoria Interna na saúde tem imensos desafios com características e complexidades múltiplas, sempre com o desígnio de se apresentar como uma poderosa ferramenta de apoio à gestão, que pode e deve fazer a diferença, fornecendo ao Conselho de Adminis-



tração informação independente, confiável e imparcial sobre as atividades de natureza operacional, administrativa e de gestão.

Para cumprir com a sua missão, a Auditoria Interna necessitará de usar ferramentas de *data analytics* que permitirão à Auditoria Interna obter ganhos de eficiência, detetar falhas no sistema de controlo interno, cruzar informação de várias fontes de informação e monitorizar de modo contínuo a totalidade das operações, proporcionando desta forma trabalhos de Auditoria Interna com elevado impacto nas atividades diárias do setor da saúde. A capacidade de acompanhar as tendências globais ao

nível dos riscos e das oportunidades nas mais diversas áreas que impactam com o setor, tais como a cibersegurança, a agenda ESG e a proteção de dados pessoais, entre outros, será determinante para o reposicionamento do papel da Auditoria Interna no futuro próximo.

Mas, mais importante, será a capacidade da função de Auditoria Interna captar e manter recursos humanos especializados, multidisciplinares, com competências técnicas e humanas capazes de responder aos grandes desafios que aí vêm. ●

I. De acordo com o Decreto-Lei n.º 233/2005



Distribuidor Farmacêutico de Serviço Completo.
O Parceiro na saúde.

www.ocp.pt



PROJETO WALKINGPAD



Ivone Silva¹



Rafaela Oliveira²



Hugo Paredes³



Susana Pedras⁴

A esperança média de vida tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Segundo os dados mais recentes (2019) da Organização Mundial de Saúde, a população do oeste da Europa vive em média 80 a 83 anos. Contudo, o facto de vivermos mais tempo, traz uma série de desafios. Viver mais anos acarreta uma maior probabilidade de contrair doenças e, o melhor exemplo disso, são as doenças cardiovasculares, e em particular a doença arterial periférica (DAP).

A doença arterial periférica (DAP) é uma doença cardiovascular comum que afeta 27 milhões de pessoas na Europa e nos Estados Unidos (Nichols *et al.*, 2014). Os doentes com DAP apresentam habitualmente, como primeiro sintoma, um grave comprometimento da capacidade funcional, nomeadamente na distância percorrida devido à isquemia muscular definida como claudicação intermitente (CI). O declínio funcional significativo em doentes com DAP está associado à gravidade da CI, que, por sua vez, está correlacionada com maior morbilidade, redução da qualidade de vida (QV) e aumento da mortalidade. Se não se intervir a DAP pode, em extremo, levar à amputação de membro. Aliás, é a causa mais comum de amputação dos membros inferiores.

O exercício físico tem sido recomendado como terapia de primeira linha para doentes com DAP e CI, aliado ao controle de fatores de risco cardiovasculares e à medicação antiagregante e estatinas em todas as *guidelines* relativas à DAP (Aboyans *et al.*, 2018). O exercício físico melhora a capacidade de deambulação, o estado funcional e a Qualidade de Vida relacionada à saúde. No entanto, as taxas de adesão à recomendação de exercício físico são muito baixas. Um dos principais fatores que contribui para a não adesão ao tratamento da DAP reside na falta de conhecimento e consciência sobre a gravidade e severidade da doença, e no facto do exercício físico (caminhadas) provocar dor, desmotivando o doente.

Por isso, revela-se fundamental educar os doentes sobre a sua doença e tratamento, com o objetivo de aumentar a consciência e o conhecimento sobre a DAP, avaliar as

suas necessidades individuais, e permitir aos profissionais de saúde, de forma simples e prática, identificar onde residem as lacunas de informação que necessitam de ser alvo de intervenção individualizada para aumentar a adesão à prescrição de exercício físico.

Os Centros de Reabilitação Cardíaca podem ser uma alternativa para estes doentes. Porém, são pouco acessíveis, escassos e limitados, envolvem custos elevados, um enorme consumo de recursos humanos e técnicos e obriga frequentemente ao absentismo ao trabalho causando um impacto considerável no quotidiano dos doentes.

Para colmatar com estas lacunas e dificuldades, e promover a capacidade física e a qualidade de vida do doente com DAP, desenhamos o **WalkingPad** - um programa de exercício físico realizado na área de residência apoiado por uma *app* - a *app* **WalkingPad** - e integrado num programa de educação, de motivação, de mudança comportamental e de corresponsabilização do doente.

OBJETIVOS DO PROJETO

O objetivo do projeto é o da implementação de um programa de exercício físico na área de residência do doente com DAP, com recurso a uma *app* para *smartphone*, aliado a um programa educacional, de mudança comportamental e motivacional para aumentar a adesão ao exercício físico. Este programa configura-se numa abordagem para a redução de internamentos, cirurgias e, sobretudo, de amputações, que têm um forte impacto negativo nos doentes, nas suas famílias, cuidadores e na sociedade como um todo.

METODOLOGIA

O ecossistema tecnológico **WalkingPad** tem como objetivo estabelecer uma base tecnológica para o programa **WalkingPad**, assegurando as ferramentas necessárias à intervenção clínica do programa, seguindo um *roadmap* <https://play.google.com/store/apps/details?id=walkingpad.distancepad>¹. Este ecossistema está ancorado numa plataforma *web* baseada numa arquitetura de *microserviços*



que disponibiliza ferramentas para a prescrição e monitorização do exercício físico terapêutico. Por isso, este ecossistema é constituído por uma plataforma *web*, e por uma *app* para *smartphone* que são geridas pelos profissionais de saúde à distância (física) mas mantendo a proximidade da prestação dos cuidados centrados no doente, com a monitorização remota, os contactos por telefone, o envio de SMS e notificações. Os estudos são consensuais ao demonstrar a eficácia das intervenções *m-health* e *e-health* na *performance* de caminhada dos doentes com DAP (Kim et al., 2021; McDermott et al., 2018; Veiga et al., 2022).

PROCEDIMENTO

Para testar a eficácia deste projeto e seu ecossistema, foram identificados todos os doentes com DAP inscritos na consulta externa de Angiologia e Cirurgia Vascular do CHUPorto através da consulta do processo clínico e, aqueles que cumprissem os critérios de inclusão do projeto, foram convidados a participar no estudo, através de um telefonema. Os que aceitaram colaborar foram convidados para uma sessão de avaliação no hospital onde foram avaliados ao nível de indicadores clínicos, de *performance* física e de estado psicológico, por um médico de cirurgia vascular, uma técnica de fisiologista clínica e uma psicóloga da saúde. Os doentes foram avaliados três vezes, ao longo de seis meses.

De 119 doentes convidados, 73 doentes foram incluídos, randomizados de forma aleatória em dois grupos: grupo de controlo (GC) e grupo experimental (GE). Os elementos comuns aos dois grupos foram: (1) uma prescrição de exercício físico na forma de caminhadas, com uma duração mínima 30 minutos, uma frequência de 3 vezes por semana, a uma velocidade autoescolhida que

seja confortável para o doente e (2) uma intervenção personalizada para a mudança comportamental. O fator que distinguiu os grupos foi o uso da *app* **WalkingPad**.

Neste estudo foram utilizados testes e provas físicas que permitiram conhecer objetivamente a capacidade de caminhada de cada doente e, por consequência, permitiu a personalização da prescrição do exercício físico no sentido em que a caminhada do doente foi programada para a distância que ele conseguia em média caminhar até sentir a primeira sensação de dor. Para conhecer os detalhes deste processo consultar o *study protocol* já publicado (Silva et al., 2022).

Os doentes no GC receberam a prescrição de exercício físico em papel, e o trajeto a realizar foi desenhado com recurso ao Google Maps com a colaboração atenta e motivada do doente. Este grupo recebeu um diário (em papel) para assinalarem as caminhadas realizadas. Os doentes no GE receberam a prescrição do exercício físico e um *smartphone* com a *app* **WalkingPad** que monitorizava o número de passos, metros, quilómetros e tempo gasto em cada caminhada. A aplicação móvel¹ é um instrumento para a adesão ao *home based exercise*, assegurando o acompanhamento da prescrição e a monitorização remota do exercício físico. Como a prescrição contempla também o número expectável de caminhadas semanais, bem como um limite mínimo de tempo de caminhada, quando não é realizada uma caminhada de tempo igual ou superior ao pré-definido, essa sessão de exercício físico é considerada um passeio e não uma caminhada, não sendo contabilizado para a persecução da prescrição semanal. Ao realizar uma caminhada, o utilizador dispõe de um mapa do percurso percorrido e, ao ser detetada uma paragem, o utilizador é automática- ▶

Pain free walking distance (PFWD)		
Silva et al., 2022	Collins et al., 2022	Gardner et al., 2011
+183 metros (185,46)	+ 67 metros	+134 metros
Functional walking distance (FWD)		
+206 metros (117,33)		
Maximum walking distance (MWD)		
Silva et al., 2022	Collins et al., 2022	
+229 metros (222,08)	+39 metros	
Distância dos 6 minutos (6MWD)		
Silva et al., 2022	McDermott et al., 2013	McDermott et al., 2021
+43 metros (61,21)	+42 metros	+35 metros

Tabela 1: Valores médios (desvio padrão) das distâncias alcançadas no final do programa e os valores médios de outros estudos com a mesma duração (6 meses)

mente inquirido se o motivo da paragem é dor ou não. A interação com o utilizador é estendida ao momento em que termina o tempo recomendado de caminhada sendo apresentada uma caixa de diálogo sobre a intenção do utilizador terminar a caminhada ou prosseguir.

Os *outcomes* recolhidos neste estudo foram os seguintes: a distância caminhada sem dor (*pain free walking distance* - PFWD), a distância funcional (*functional walking distance* - FWD), a distância máxima (*maximal walking distance* - MWD); e a distância caminhada no teste 6-minutos; o *report* subjetivo da capacidade para caminhar (distância), a velocidade e a capacidade para subir escadas. Por fim, foi avaliada a qualidade de vida relacionada com a DAP. As distâncias objetivas foram recolhidas através da prova realizada numa passadeira, e num corredor pontuado de acordo com as *guidelines* do teste. O *report* subjetivo da *performance* da caminhada e a qualidade de vida foram recolhidos através de instrumentos de autorrelato.

INTERVENÇÃO

A todos os doentes foi feita individualmente uma intervenção educacional, com recurso a um *booklet*, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre as causas da doença, fatores de risco, sintomas, complicações e comportamentos de gestão da doença. Realizaram-se dois encontros de doentes para reforçar esta sessão educacional, permitir a troca de experiências e reforçar a motivação para adesão ao programa de exercício, mesmo após o término do estudo. Todos os doentes receberam uma intervenção de mudança comportamental de seis horas no total, ao longo de seis meses para aumentar a adesão à prescrição realizada presencialmente e através de contactos por telemóvel, baseadas na Teoria da Auto-determinação (Deci & Ryan, 1985, 2008). Foram desenvolvidas ferramentas motivacionais como o Campeonato das Caminhadas, a Volta a Portugal a pé (individual) e a Volta à Europa (coletiva) com o objetivo de aumentar

a coesão grupal, o sentido de pertença a um objetivo e, sobretudo, aumentar a adesão ao comportamento. As ferramentas educacionais, motivacionais, e de intervenção de mudança comportamental responderam à necessidade de educar o doente para motivar a mudança e consequente adesão ao comportamento novo (exercício físico) (Pedras et al., 2022).

Os doentes que não foram incluídos no estudo por apresentarem critérios de exclusão, foram convidados a participar numa sessão para doentes onde foi realizada uma abordagem educacional e de sensibilização sobre a importância e eficácia do exercício físico na manutenção da mobilidade e capacidade funcional e na diminuição do risco de complicações associadas à evolução da DAP.

RESULTADOS

O projeto **WalkingPad** demonstrou que um programa de exercício físico prescrito para ser realizado num ambiente familiar e não clínico, com monitorização remota, incluindo uma intervenção de mudança comportamental implementada de forma presencial e remota, é uma opção eficaz, prática, de baixo custo e com elevada adesão e satisfação por parte dos doentes.

Foram incluídos 60 pacientes (média (DP) idade, 65 (7,20) anos; 53 (88,3%) sexo masculino). Dos doentes que participaram no programa ao longo dos seis meses, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nas distâncias caminhadas, na *performance* de caminhada, ou na qualidade de vida. Mas foi encontrada uma diferença significativa na distância máxima caminhada.

Por outro lado, a *app* **WalkingPad** revelou-se eficaz em aumentar a distância de caminhada máxima nos doentes que ainda apresentavam boas capacidades de caminhada e não apresentavam sintomas de ansiedade. Nos doentes com ansiedade elevada, a *app* parece gerar mais ansiedade e não promover a adesão ao exercício físico. Estes resultados, enfatizam que a *app* **WalkingPad**, por si só,

Capacidade de distância	Velocidade da caminhada	Capacidade de subir escadas
Aumentou 41,5 pontos (DP=35,23)	Aumentou 20,11 pontos (DP= 26,08)	Aumentou 29,9 pontos (DP=45,24)

Tabela 2: Valores médios (desvio padrão) das pontuações obtidas na performance de caminhada no final do programa

não é um elemento diferenciador, mas sim a intervenção educacional e motivacional. No entanto, os doentes, na sua totalidade, apresentaram uma melhoria muito além do esperado, na sua *performance* física, nas distâncias caminhadas, e na qualidade de vida (desde a *baseline* até aos 6 meses). A distância funcional é uma medida pouco usada nos estudos internacionais, mas muito útil e, por isso, foi incluída neste projeto. Esta distância aumentou 206,63 metros (DP=173,34). As restantes distâncias estão apresentadas na **Tabela 1** juntamente com os resultados de outros estudos com uma duração de seis meses, onde é possível verificar que os nossos resultados ultrapassaram largamente os anteriormente encontrados noutros estudos (Collins *et al.*, 2022; Gardner *et al.*, 2011, 2013, 2021). A *performance* da caminhada e a qualidade de vida foram recolhidos através de instrumentos de autorrelato. Observou-se uma melhoria nas três medidas de *performance* da caminhada bem como na qualidade de vida. A **Tabela 2** apresenta os resultados. A qualidade de vida melhorou (15,67 para os 19,3) da *baseline* para os seis meses após a intervenção, com uma diferença de 3,7 pontos (DP=4,2).

CONCLUSÃO

Estes resultados demonstram que o programa **Walking-Pad** com uma intervenção de mudança de comportamental presencial e remota foi capaz de aumentar, e exceder em muito, os valores encontrados noutros estudos internacionais, nas distâncias caminhadas, na performance de caminhada e na qualidade de vida, ao final de seis meses de um programa de exercício físico. Estes resultados reforçam a necessidade de interação direta com o doente (presencial ou remota), a promoção da literacia sobre a DAP e a complementaridade de programas de mudança comportamental e motivacionais, que são imprescindíveis para obter resultados tão promissores como estes. Outras funcionalidades de envolvimento, gamificação e socialização, numa segunda versão da *app* **WalkingPad** (versão 2.0), serão testadas para promover a adesão ao exercício físico nos doentes que apresentam mais limitações no caminhar e sintomatologia ansiosa porque o objetivo dos cuidados centrados no doente é responder “a preferências individuais do paciente, necessidades, valores e objetivos” (Greene *et al.*, 2012). Por fim, concluímos que o projeto **WalkingPad** é facilmente replicável e escalável a outros contextos de saúde, não só no contexto da prevenção secundária, mas também primária, quer a nível hospitalar quer a nível dos cuidados de saúde primários. ●

¹Médica - Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular CHUPorto

²Técnica de Cardiopneumologia - Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular CHUPorto

³Pró-Reitor para a Transição Digital e Modernização Administrativa - UTAD

⁴Investigadora e Psicóloga Clínica - Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular CHUPorto

I. Disponível na Google PlayStore em:

<https://play.google.com/store/apps/details?id=walkingpad.distancepad>

- Abovans V, Ricco JB, Bartelink MLEL, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, et al. Editor's Choice - 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2018;55(3):305-68.
- Collins T, Geana M, Overton K, Benton M, Lu Liuqiang, Khan F, et al. Use of a Smartphone App Versus Motivational Interviewing to Increase Walking Distance and Weight Loss in Overweight/Obese Adults with Peripheral Artery Disease: Pilot Randomized Trial. *JMIR Form Res*. 2022;6(2):e30295.
- Deci E, Ryan R. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. Plenum; 1985.
- Deci E, Ryan R. Self-determination theory: A macro-theory of human motivation, development, and health. *Can Psychol*. 2008; 49(3): 182-185. doi.org/10.1037/a0012801.
- Gardner AW, Parker DE, Montgomery PS, Scott KJ, Blevins SM. Efficacy of quantified home-based exercise and supervised exercise in patients with intermittent claudication: a randomized controlled trial. *Circulation*. 2011; 123:491-8.
- Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center. *Perm J*. 2012;16(3):49-53.
- Kim M, Kim C, Kim E, Choi M. Effectiveness of mobile health-based exercise interventions for patients with peripheral artery disease: systematic review and meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth* 2021;9(2):e24080.
- McDermott MM, Liu K, Guralnik JM, Criqui MH, Spring B, Tian L, et al. Home-based walking exercise intervention in peripheral artery disease: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310(1):57-65.
- McDermott MM, Spring B, Berger JS, Treat-Jacobson D, Conte MS, Creager MA, et al. Effect of a home-based exercise intervention of wearable technology and telephone coaching on walking performance in peripheral artery disease: The honor randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;319(16):1665-76.
- McDermott MM, Spring B, Tian L, Treat-Jacobson D, Ferrucci L, Lloyd-Jones D, et al. Effect of Low-Intensity vs High-Intensity Home-Based Walking Exercise on Walk Distance in Patients With Peripheral Artery Disease: The LITE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021 Apr 6;325(13):1266-76.
- Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J* 2014;35:2950-9.
- Pedras S, Oliveira R, Silva I. Motivação como ingrediente essencial para a mudança comportamental na doença arterial periférica [Motivation as an essential ingredient for behavioral change in peripheral arterial disease]. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 2021;22(3):908-20.
- Silva I, Pedras S, Rafaela O, Veiga C, Paredes H. WalkingPad protocol: randomized clinical trial of behavioral and motivational intervention added to smartphone-enabled supervised home-based exercise in patients with peripheral arterial disease and intermittent claudication. *Trials*. 2022;23:326.
- Veiga C, Pedras S, Oliveira R, Paredes H, Silva I. A Systematic Review on Smartphone Use for Activity Monitoring During Exercise Therapy in Intermittent Claudication. *J Vasc Surg*. 2022;76(6):1734-41.
- World Health Organization (Organização Mundial de Saúde). Life expectancy and healthy life expectancy. 2019. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/gho-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS E GEOGRÁFICAS NA DOENÇA CRÓNICA E MULTIMORBILIDADE EM PORTUGAL



Dora Melo
Administradora Hospitalar - Centro Hospitalar
Universitário do Algarve, E.P.E

O conceito de saúde foi definido no período pós 2.^a Guerra Mundial no preâmbulo da Constituição da OMS, em 1947, como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença”. Representa uma condição holística e utópica, quase inalcançável e mantém-se ainda hoje, indubitavelmente, a definição mais difundida globalmente.

No entanto, a Saúde apresenta um elevado grau de complexidade e incerteza, dependendo de fatores biológicos, socioeconómicos e ambientais. Como tal, exige-se à gestão e à governação da Saúde medidas sujeitas a constante inovação e evolução mediante o reconhecimento das necessidades da população e a melhor adequação dos recursos que invariavelmente são finitos, obrigando a decisões e discussões éticas e políticas que envolvem governantes, gestores, profissionais de saúde e cidadãos¹. Estudos realizados em Portugal, à semelhança de outros internacionais, evidenciaram que os fatores socioeconómicos e geográficos condicionaram a desigualdade em saúde, penalizando os grupos mais desfavorecidos¹.

Após consulta bibliográfica, verificou-se carência de estudos recentes que relacionassem fatores socioeconómicos e geográficos com multimorbilidade em Portugal, o que motivou a questão de investigação “Existem desigualdades socioeconómicas e geográficas na doença crónica ou na multimorbilidade em Portugal?”. Assim, pretendeu-se conhecer: a prevalência da doença crónica, da multimorbilidade, da multimorbilidade complexa e do número de doenças crónicas em Portugal; a distribuição da prevalência da carga da doença de acordo com os fatores socioeconómicos e geográficos e a importância que estes têm enquanto preditores de carga da doença.

METODOLOGIA

Considerou-se pertinente analisar de que forma os determinantes de saúde Nível Educativo (EDU), Situação Profissional (PRO), Nível de Rendimento (REN), Região de Residência (REG) e Densidade Populacional da região de residência (POP) interferem e influenciam na existência de Doença Crónica (DC), Multimorbilidade (MM), Multimorbilidade Complexa (MMC) e Número de Doenças Crónicas (NDC). Considerou-se adequado ajustar o estudo com as variáveis Idade (IDD) e Sexo (SEX)^{2, 3, 4, 5}.

Foram consideradas as seguintes definições de interesse: DC - problema de saúde prolongado que dura ou que possa vir a durar seis ou mais meses. Inclui problemas de saúde controlados com medicação, problemas sazonais (por exemplo alergias) ou causados por lesões, patologias congénitas ou malformações, excluindo problemas temporários⁶; MM - ocorrência, em simultâneo, de duas ou mais DC numa pessoa⁷; MMC - ocorrência, em simultâneo, de cinco ou mais DC num indivíduo e NDC - contagem do número de doenças crónicas entre as identificadas no Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014.

Para o desenho do estudo foram tidos em consideração os modelos conceptuais desenvolvidos por Furtado e Pereira⁸ e Adler e Stewart⁹. Considerando as variáveis do estudo a desenvolver, desenhou-se o modelo de análise apresentado na **Figura 1**. Pretendeu-se estabelecer associações estatísticas entre a DC, a MM, a MMC e a NDC (variáveis dependentes) e os seus fatores explicativos (variáveis independentes), e dado o carácter exploratório do estudo, foram colocadas as hipóteses de investigação exibidas na **Figura 1**.

Foi realizado um estudo quantitativo, transversal e retrospectivo, com base no INS. A amostra corresponde à população do estudo, sendo representativa das várias regiões do território português: Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, realizado em 22.538 habitações e correspondendo a 18.204 pessoas inquiridas e a uma taxa de resposta global nacional de 80,8%^{6,10}.

Foi efetuada uma análise univariada de forma a conhecer as respetivas prevalências. Posteriormente, foi realizada uma análise multivariada em que o impacto no NDC foi analisado segundo a regressão de Poisson e nos restantes resultados de saúde - DC e MM - recorreu-se à regressão

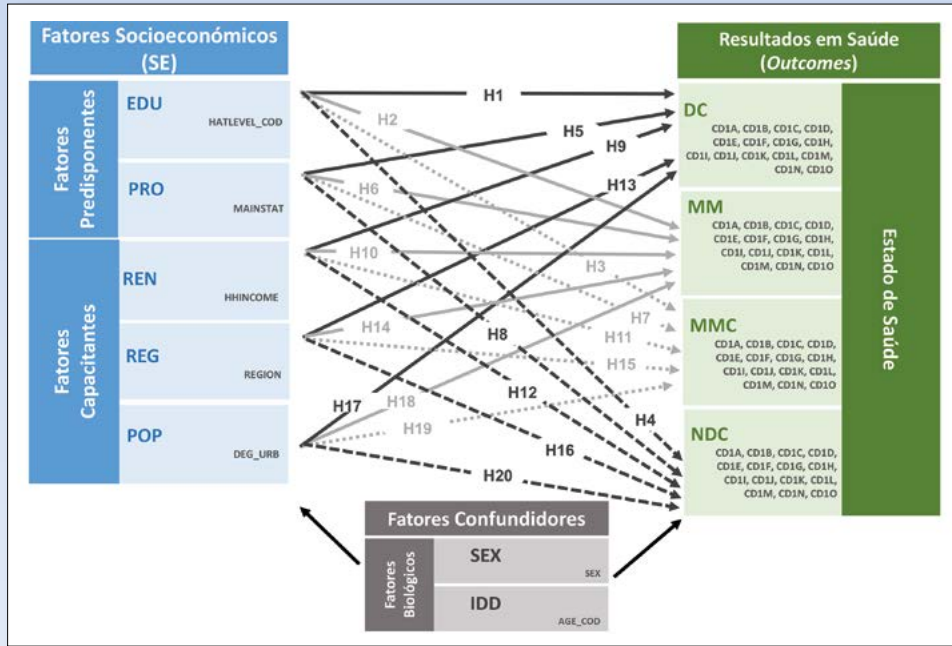


Figura 1: Modelo de análise

Fonte: Melo D, (2019)¹

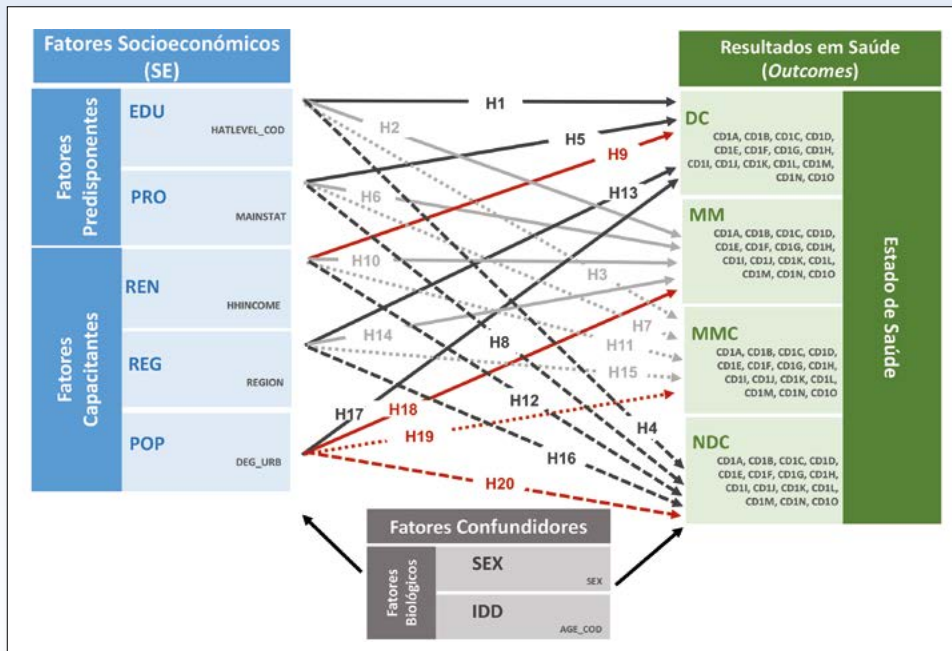


Figura 2: Confirmação das Hipóteses de Investigação

Fonte: Melo D, (2019)¹

logística. A hipótese nula (H_0) nestes testes estabeleceu que não há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis e considerou-se o grau de significância $p < 0.05$ para todos os resultados.

Para a análise da MMC, recorreu-se à análise estatística da dispersão dos valores da variável NDC que revelou que o P90 apresenta uma média ponderada de 5 DC, pelo que se efetuou uma regressão logística da MMC para $DC \geq 5$.

Para quantificar o grau de desigualdade das variáveis de saúde relacionadas com o rendimento, foram calculadas curvas de concentração e índices de concentração.

RESULTADOS

Verificou-se uma elevada prevalência de DC (64% da população portuguesa), e destes, quase metade apresentaram multimorbilidade. Constatou-se maior prevalência de DC nas mulheres (61.7%), nas pessoas de clas- ▶

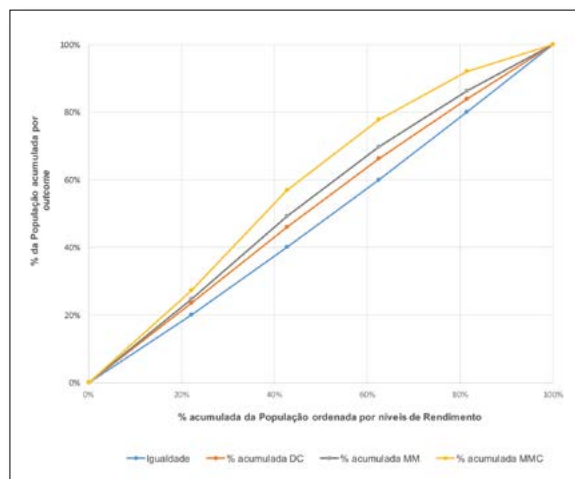


Figura 3: Curvas de Concentração para a distribuição de *outcomes* por níveis de rendimento
Fonte: Melo D, (2019)¹

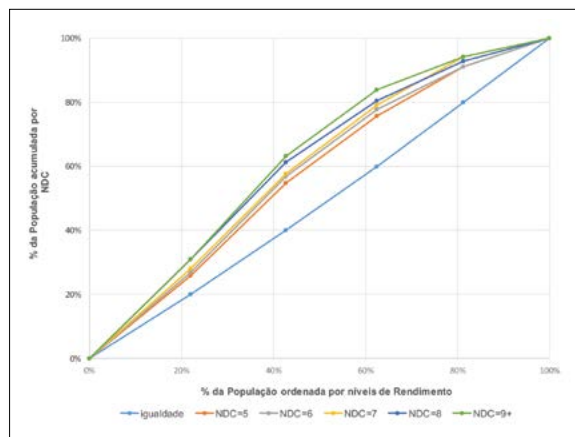


Figura 4: Curvas de Concentração para a distribuição de NDC por níveis de rendimento
Fonte: Melo D, (2019)¹

se etária superior, com escolaridade mais baixa, nos reformados (42.8%), nos que auferem rendimento mais baixo, nos habitantes da zona centro (22.0%) e nas áreas pouco povoadas (39.3%). Para a MM, os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre MM e todas as variáveis independentes, apresentando prevalências muito semelhantes para as mesmas categorias. Relativamente à MMC também se evidenciou existir diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo, com maior prevalência nas mulheres (77.1%), pessoas de maior idade, com escolaridade mais baixa, reformados (63.2%), classes com rendimento mais baixo, habitantes do centro do país (23.9%) e áreas pouco povoadas (44.1%). A análise de NDC permitiu verificar que ser mulher associou-se a um maior NDC, que indivíduos mais idosos tendem a apresentar maior NDC, níveis de educacionais mais baixos estão associados a um maior

NDC, estar incapacitado para o trabalho ou ocupar-se de tarefas domésticas ou estar reformado representam um maior NDC. Relativamente ao rendimento, destacam-se o primeiro e segundo quintis com mais NDC. Viver no Centro e no Alentejo apresenta um NDC mais alto e as áreas pouco povoadas associaram-se a um maior NDC.

Dos resultados obtidos constatou-se que, à exceção das hipóteses H9, H18, H19 e H20, se confirmaram todas as hipóteses de investigação (Figura 2). Observou-se, portanto, que não existem relações entre os níveis de rendimento e a DC nem entre a densidade populacional e a MM, MMC e NDC.

Para determinar a desigualdade na distribuição das variáveis de saúde relacionada com o rendimento, calculou-se a curva de concentração (CC) (Figura 3), que sugere uma maior concentração de DC nos grupos mais desfavorecidos. No entanto, não se verifica uma desigualdade expressiva entre os níveis socioeconómicos estudados pelos grupos de rendimento. O Índice de Concentração (IC) obtido para a DC foi de -4.08%, o que confere um baixo grau de desigualdade da DC, relacionada com a distribuição de rendimento, que se encontra mais concentrado nos grupos de menor rendimento.

No que respeita à MM, observou-se um aumento da desigualdade e um IC de -8.46%, também considerado baixo. Por fim, para a MMC verificou-se um maior nível de desigualdade, quer em relação à MM quer à DC, refletindo-se num aumento do IC para -18.19%. Os IC negativos e o facto das curvas se encontrarem acima da diagonal indicam que as variáveis se encontram mais concentradas entre os mais pobres.

Observando as CC, verifica-se que nos primeiros níveis de rendimento existe alguma proporcionalidade.

Os níveis correspondentes a 40-80% traduzem-se em maior desigualdade.

Foi, ainda, estudada a mesma tendência relativamente ao agravamento do estado de saúde, adicionando níveis de morbilidade. Assim, pela análise gráfica (Figura 4), verificou-se maior assimetria na distribuição de multimorbilidade relativamente ao nível de rendimento auferido.

Foi notório que os indivíduos de classes mais desfavorecidas apresentaram maior carga de doença associada, tendo esta desigualdade maior impacto nos indivíduos com >9 DC.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados demonstram que o nível educacional, a situação laboral, o rendimento, a região geográfica e a densidade populacional estão associados à desigualdade na doença crónica e/ou multimorbilidade¹.

O elevado nível educacional manifestou ser protetor da carga de doença, traduzindo, possivelmente, maior

foco para comportamentos saudáveis, maior literacia em saúde e menores comportamentos de risco. A situação laboral influenciou o estado de saúde. Os empregados encontram-se favorecidos relativamente a todas as restantes condições perante o trabalho. Possivelmente por maior disponibilidade para o investimento em saúde, estando a balança desequilibrada para os mais desfavorecidos. **O elevado rendimento manifestou-se protetor**, constatando-se mesmo um aumento do número de doenças crónicas que acompanhou o empobrecimento da população. Em termos geográficos, **o Algarve e os arquipélagos da Madeira e Açores foram regiões protetoras para o desenvolvimento de carga de doença**¹. Estudos sobre desigualdades podem constituir relevantes *inputs* para adequar as políticas públicas, sociais e macroeconómicas, quer no que respeita ao planeamento dos recursos de saúde - aos níveis nacional, regional e local -, à reorientação das estratégias de saúde e a uma gestão organizacional mais adequada e ajustada às reais necessidades da população. O conhecimento da realidade da população portuguesa pode permitir delinear estratégias no sentido de diminuir as desigualdades, devendo ser dada uma **maior atenção aos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, à região de residência, adotando medidas que promovam a melhoria das oportunidades educacionais e de rendimento**¹¹, promovendo a alocação mais adequada de recursos e distribuição de suporte social¹² o que, potencialmente, poderá aumentar os ganhos em saúde. Importa salientar as limitações inerentes ao estudo, sendo no nosso entender, o tipo de estudo a limitação que mais se evidencia. Tratando-se de um estudo transversal - impossibilita assegurar as relações implícitas de causalidade entre as variáveis estudadas. No entanto, mantem-se relevante pois permite formular novas questões de investigação que poderão ser estudadas em futuros estudos longitudinais³. Outra limitação prende-se com a definição de multimorbilidade adotada e com a fonte de informação. Os estudos consultados revelam que considerar apenas algumas condições clínicas promove a obtenção de estimativas de prevalência inferiores¹³ e que a falta de padronização dos conceitos¹⁴, da definição das condições clínicas a integrar¹⁵, do número de doenças incluídas¹⁴ e das fontes de dados¹⁶ promove a variabilidade das estimativas da prevalência da multimorbilidade, dificultam a comparação dos resultados obtidos e afiguram-se como um ponto crítico nos estudos de estimativas de prevalência¹⁶. Seria útil o desenvolvimento de trabalhos que definissem qual a melhor forma de estudar a magnitude da doença. No nosso caso, **o recurso ao NDC permitiu estudar a multimorbilidade complexa, evitando a subestimação da prevalência e obtendo uma estimativa mais real**¹. ●



OS RESULTADOS ENCONTRADOS DEMONSTRAM QUE O NÍVEL EDUCACIONAL, A SITUAÇÃO LABORAL, O RENDIMENTO, A REGIÃO GEOGRÁFICA E A DENSIDADE POPULACIONAL ESTÃO ASSOCIADOS À DESIGUALDADE NA DOENÇA CRÓNICA E/OU MULTIMORBILIDADE



1. Melo D, Desigualdades Socioeconómicas e Geográficas na Doença Crónica e Multimorbilidade em Portugal (Dissertação de Especialização em Administração Hospitalar). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2019.
2. Cambois E, Solé-Auró A, Brønnum-Hansen H, Egidi V, Jagger C, Jeune B, et al. Educational differentials in disability vary across and within welfare regimes: A comparison of 26 European countries in 2009. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(4):331-8.
3. Aguiar P, Estatística em Investigação Epidemiológica: Guia Prático de Medicina. Lisboa: Climepsi; 2007.
4. Abellán A, Rodríguez-Laso Á, Pujol R, Barrios L, A higher level of education amplifies the inverse association between income and disability in the Spanish elderly. *Aging Clin Exp Res*. 2015;27(6):903-9.
5. Jonker MF, Donkers B, Chaix B, Van Lenthe FJ, Burdorf A, Mackenbach JP, Estimating the impact of health-related behaviors on geographic variation in cardiovascular mortality: A new approach based on the synthesis of ecological and individual-level data. *Epidemiology*. 2015;26(6):888-97.
6. Instituto Nacional de Estatística. Documento metodológico do Inquérito Nacional de Saúde; 2014. (accessed in 2018 nov 28). Available from: <http://smi.ine.pt/UploadFile/Download/1825>
7. Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J, Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open*. 2014;4(7):1-10.
8. Furtado C, Pereira J, Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública; 2010.
9. Adler NE, Stewart J, Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1186:5-23.
10. Dias, CM. 25 Years of the National Health Survey in Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. Suppl. Especial 25 anos. 2009; 51-60.
11. Mackenbach J, Stirbu I, Roskam A, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst A, European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med*. 2008; 358:2468-81.
12. Broeiro P, Multimorbilidade em idosos dependentes ao cuidado das equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região de Lisboa e Vale do Tejo (Dissertação de Doutoramento em Saúde Pública). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2018.
13. Diederichs C, Berger K, Bartels DB, The measurement of multiple chronic diseases: a systematic review on existing multimorbidity indices. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011;66A:301-11.
14. Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J, Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open*. 2014;4:e004694. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004694.
15. Fortin M, Stewart M, Poitras M, Maddocks H, A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. *Ann Fam Med*. 2012;10:142-51.
16. Ubalde-Lopez M, Deldos GL, Benavides FG, Calvo-Bonacho E, Gimeno D, Measuring multimorbidity in a working population: the effect on incident sickness absence. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(4):667-78.

O CORVO: UMA FORMA DE COMUNICAR ENTRE EQUIPAS NA URGÊNCIA

Ana Valente
Gabinete de Comunicação, CHULC

Miriam Viegas
Administradora Hospitalar, UGP

Inês Elvas
Enfermeira, UGP

Sónia Pinote
Psicóloga, SSO

Paulo Barreto
Médico, Medicina Interna

O DESAFIO PARA CANDIDATURA À BOLSA CAPITAL HUMANO

O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) reúne 8.300 profissionais, em 129 edifícios organizados em sete pólos hospitalares. Esta condição geográfica é um desafio adicional na gestão e funcionamento da instituição. O Serviço de Urgência Geral Polivalente (UGP) funciona no Hospital de São José, e funciona como ponto de encontro, embora muito agitado, entre profissionais dos vários pólos que vêm fazer o seu “banco” semanal.

O lema do CHULC é “Inovar no Cuidar” e sabemos que existem muitos profissionais com iniciativa, empreendedorismo e capacidade para inovar. Mas no terreno as ideias de mudança encontram obstáculos e muitas delas não se concretizam. Existe um clima de resistência e conformismo, e urge compreender de onde vem.

No nosso entender, as falhas na comunicação podem ser um problema silencioso contudo muito relevante, nas organizações de saúde. No período inicial da pandemia Covid-19 (2020), um projeto em particular ajudou a perceber este problema. Na UGP, o sistema habitual das equipas médicas, com turnos uma vez por semana, não permitia acompanhar as mudanças frequentes de procedimentos. Utilizou-se um novo sistema em que as equipas de Medicina ficavam em exclusividade na UGP, e os médicos rodavam com os serviços de internamento em períodos de seis semanas. Neste sistema, 40% dos médicos ficavam alocados à UGP e 60% à enfermaria. O maior ganho foi coletivo.

Tanto médicos como enfermeiros, consideram que a exclusividade foi um fator determinante num ganho de sinergia entre equipas. Após quatro meses, a situação de pandemia estabilizou e as equipas voltaram ao funcionamento anterior. Também voltaram os problemas de comunicação.

Como em tudo, há um início. Esta experiência de quatro

meses lançou a semente. Nos meses seguintes, as conversas de corredor eram muitas vezes sobre as ligações (ou a falta delas) entre as equipas. Havia uma inquietação, que nos fez enviar uma candidatura para a Bolsa Capital Humano em Saúde da APAH em 2022.

1.ª FASE: QUAL O NOSSO PROBLEMA? (Bootcamp Nobox)

A UGP tem um funcionamento complexo, multiprofissional, multidisciplinar, incluindo centenas de colaboradores. Cada grupo tem diferenças no tempo dedicado e horário. Resulta um lugar “onde se vai” e não um serviço “onde se está”. Existe um problema da identidade, e existem dificuldades na comunicação.

Como podemos incentivar os líderes para a abordagem integrada e coerente ao doente na UGP, de modo a contribuir para uma resposta multiprofissional com envolvimento e compromisso de todos?

Com as primeiras contas percebemos que em cada 24 horas trabalham cerca de 400 pessoas na UGP, e alguém lembrou que são tantos quantos os habitantes da Ilha do **Corvo**, nos Açores. Foi assim que surgiu o nome do projeto.

2.ª FASE: QUAL A SOLUÇÃO? (1.ª Sessão imersiva Nobox)

Juntámos muitas ideias, mas foi difícil escolher uma estratégia e definir um protótipo. Aqui a ajuda da Nobox foi valiosa. Decidimos trabalhar em três eixos principais: Mapa da Urgência - mostrar quem somos, como interagimos, reconhecer a complexidade; Indicadores - encontrar formas de quantificar a qualidade da comunicação entre equipas; Quadro dos irritantes - desenvolver ferramentas para partilhar problemas e trabalhar soluções em conjunto.

Para todos os eixos os dinamizadores deveriam ser profissionais no terreno, num modelo *bottom-up*.



3.ª FASE: IMPLEMENTAR O PROJETO NO TERRENO

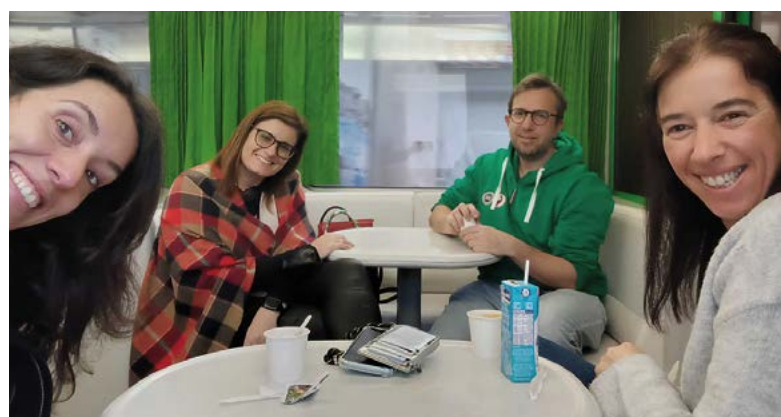
(2.ª Sessão Imersiva Nobox)

A estratégia estava a falhar porque os profissionais no terreno não tinham tempo, estavam completamente consumidos pela prestação de cuidados. Nós próprios, a equipa de base do projeto, passámos por dificuldades de falta de disponibilidade. Não conseguíamos fazer reuniões, nem tínhamos resposta aos *emails*. Estávamos em dificuldades e foi preciso procurar novas soluções.

A primeira solução foi utilizar um jornal de parede para trabalhar os três eixos definidos, mas evitando grupos de trabalho e reuniões - **Boletim O Corvo**. Assim, todos podiam participar ao seu ritmo - ler, comentar, enviar um contributo. Os princípios do jornalismo foram também um incentivo para treinar formas de comunicação positiva, baseada mais em factos e menos em opiniões, acessível a todos e transparente.

A segunda solução foi garantir um espaço próprio de trabalho - **O Ninho** - um espaço confortável, onde a equipa se reúne, alinha estratégias e trabalha no projeto, essencial no fortalecimento e identidade da equipa do projeto.

A terceira solução foi criar um sistema de sessões de trabalho - **Corvo GTD**. A equipa do projeto passou a reunir duas vezes por mês de forma programada, em dias de trabalho com oito horas de duração. Estas horas ficam marcadas em horário aprovado pelos superiores hierárquicos (GTD *getting things done*). Para cada elemento da



equipa são dezasseis horas por mês, no total de 10% do horário de trabalho. Este reconhecimento e compromisso entre a organização, a liderança intermédia e os elementos dinamizadores, são decisivos neste tipo de projetos que crescem no terreno (*bottom-up*).

4.ª FASE: RESULTADOS, PEQUENAS GRANDES VITÓRIAS

(3.ª sessão imersiva Nobox)

O projeto está a ganhar consistência, somos reconhecidos e aceites pela comunidade da UGP, e começam a aparecer os primeiros resultados.

O **Boletim O Corvo** está numa parede central da UGP, as pessoas gostam de ler, comentam, perguntam pelo próximo número, e enviam contributos. ▶

No eixo do “Mapa da Urgência”, fizemos perguntas no terreno e em média cada um conhece 233 pessoas na UGP. Depois contámos, grupo a grupo, os números reais. Contando os sete grupos profissionais mais ligados à prestação de cuidados, somos um total de 896 profissionais. Os médicos são 566 (63%), oito em equipa dedicada e 558 em turnos semanais. Distribuídos em dezasseis especialidades e oito equipas para cada uma, são 128 equipas diferentes e os mesmos tantos, líderes rotativos. Estes números ajudam a desenhar a complexidade que sentimos, e podem ajudar a criar ferramentas de comunicação.

No eixo do **Jogo dos Irritantes** estamos a desenvolver uma atividade de gamificação. As equipas podem participar com um *avatar* (anónimo), e ganhar pontos. Vamos recolher e votar em problemas - os “irritantes” - e criar soluções em conjunto. Já temos a **Caixa do Corvo**, uma caixa de correio verdadeira, para colocar os cartões com irritantes.

Para garantir a sustentabilidade do projeto em 2023 definimos objetivos: **Sessão GTD** a cada quinze dias; **Boletim O Corvo** a cada trinta dias; 75% das equipas de médicos e enfermeiros a participar no **Jogo dos Irritantes**; Lista de dez irritantes mais populares em cada três meses; Lista de soluções para dez irritantes populares a cada três meses; Encontrar indicadores de comunicação e aplicar a cada seis meses.

CONCLUSÃO

Um fator determinante para chegar a resultados foi reservar tempo. Com a Nobox trabalhámos em sessões imersivas, de forma que o tempo ficava garantido. No hospital as coisas estavam estagnadas e foi quando encontramos o nosso modelo de sessão imersiva (dias GTD) que o projeto desbloqueou. Garantir tempo reservado é um dos desafios em projetos de tipo *bottom-up*, e o nosso modelo pode ser uma boa solução.

A Bolsa Capital Humano em Saúde é um reconhecimento da influência que a interação entre pessoas tem no funcionamento destas organizações. Estamos muito gratos à APAH e à Nobox por estarem atentos e terem criado esta oportunidade. Tínhamos em mãos um problema aparentemente irresolúvel, e agora temos um conjunto de ferramentas que funcionam, assim como alguns sinais de mudança. ●

Equipa do projeto O Corvo:

Ana Sofia Dias; Ana Valente; Catarina Pereira;
Cláudia Sousa; Inês Elvas; Inês Ramalho;
Miriam Viegas; Paulo Barreto; Sónia Pinote

AS OPINIÕES DA EQUIPA SÃO OS FATORES MOTIVADORES DA SUSTENTABILIDADE DO GRUPO E O MOTE PARA CONTINUAR:

“Tal iniciativa, para além de estar completamente alinhada com um dos eixos estratégicos do CHULC que é precisamente “Valorizar as pessoas” incide sobre um problema basilar deste centro hospitalar que é a gestão da mudança, tanto ao nível dos aspetos culturais (de resistência à mudança) como da forma como estruturalmente se tem abordado esses aspetos, em especial no que respeita à comunicação interna.”

Paulo Espiga, Vogal do CA do CHULC

“O Corvo nasceu e cresce com diferentes olhares e diferentes abordagens (...) trabalhar no terreno com os colegas, num horário dedicado ao projeto foi uma mais valia.”

Sónia Pinote, Psicóloga, SSO

“Identifico-me com o Corvo, projeto inovador, fora da caixa, permite desenvolver competências diferentes, como o jornal de parede, trabalhar relações interpessoais desafiantes entre equipas multidisciplinares na UGP com vista a resolução de problemas.”

Sofia Dias, Enfermeira, UGP

“À semelhança de uma caixinha de música de onde sai uma melodia que muitas vezes abraça e ilumina temas complexos, também O Corvo através do pipilar dos seus estorninhos procura dar voz às preocupações da passada, e em conjunto construir um lugar melhor!”

Cláudia Sousa, Enfermeira UGP

“O corvo faz-nos voar!... voar na busca de novas formas de ver, comunicar, pensar e tentar ir mais longe. O corvo também deu um sentimento de pertença e partilha, sem julgamentos, juntos por um objetivo comum.”

Inês Ramalho, Enfermeira UGP

“O corvo mostrou-me a imensidão da UGP. Como um iceberg, só conseguia ver a parte que estava acima da superfície da água. Ajudou-me a conhecer os 90% da UGP que se encontram submersos, o lado oculto da urgência.”

Miriam Viegas, Administradora da AUGCI

“Um meio para chegar a um fim.”

Catarina Pereira, Diretora Clínica da UGP

HEAT: HOSPITAL ENGAGEMENT TOOL



Luís Andrade Moniz
Vogal Executivo



Paulo Castanheira da Silva
Diretor do SGRHDP



Sofia Lopes
Técnica Superior Segurança no Trabalho



Susana Moreira
Enfermeira Especialista em Saúde Mental

Atualmente, num contexto de pós-pandemia, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se com um enorme desafio: índices motivacionais muito reduzidos dos seus profissionais, resultado, não só de fatores de natureza socioemocional - fruto do envolvimento emocional com doentes e seus familiares e da responsabilidade por pessoas - e de fatores de natureza organizacional - sobrecarga de trabalho, pressão de indicadores de produção, falta de recursos e/ou redução de benefícios - mas, porventura, também, por algum sentimento de afastamento, distância e desalinhamento das instituições que integram.

Devido à natureza, estrutura e complexidade das próprias organizações, identificam-se significativas barreiras à comunicação organizacional nas instituições do SNS, com perda de informação associada à utilização de canais de comunicação demasiado burocratizados e com excesso de intervenientes, o que faz com que os trabalhadores não se sintam ouvidos, não se sintam como parte da solução dos problemas e, muitas vezes, não se revejam ou não entendam a atuação das próprias organizações que integram.

As instituições devem estar dispostas a ouvir os seus trabalhadores, envolvendo-os nos processos de melhoria e na resolução de problemas e constrangimentos com que se deparam diariamente, beneficiando, assim, do conhecimento e perceção privilegiados de quem está no “terreno” diariamente. Ao dar voz aos profissionais estarão, também, a aumentar a sua responsabilização e o seu compromisso, reforçando o contrato psicológico entre os trabalhadores e a instituição. Ao assumirem um papel ativo na resolução de problemas e no processo de melhoria organizacional, os profissionais sentir-se-ão mais motivados e alinhados com os objetivos e valores da instituição que integram.

As organizações têm, ainda, o dever de acompanhar e cuidar dos seus trabalhadores, sendo recorrente a existência de várias situações em que estes sofrem de problemas ou dificuldades, ao nível profissional, pessoal e/ou

social, sem que a própria instituição tenha conhecimento e, como tal, não tenha a oportunidade de disponibilizar qualquer apoio ou ajuda na sua resolução.

Verifica-se, por outro lado, que as pessoas detêm várias aptidões e talentos que se estendem além das competências inerentes à função que desempenham diariamente e, eventualmente, estariam dispostas, num diferente contexto, a colocá-las ao serviço das instituições que representam. Também aqui há, por norma, o desconhecimento por parte das organizações, pelo que os mesmos não podem ser aproveitados, desperdiçando-se capital humano que se encontra disponível na organização e que poderia, não só ser aproveitado em prol da instituição, como ser também mais um fator motivacional para os trabalhadores que possuem essas aptidões.



É assim clara a lacuna existente no que à comunicação organizacional diz respeito, abrangendo várias realidades organizacionais, que amplia ainda mais a distância entre as pessoas e as organizações de saúde que estas representam. Esta lacuna pode, e deve, ser colmatada através do reforço na comunicação entre as instituições e as pessoas que as constituem, com o consequente alinhamento e acréscimo motivacional, tornando a marca de empregador ainda mais forte e atrativa, com o consequente reflexo no recrutamento, motivação e retenção dos melhores talentos.

Quisemos perceber a realidade do CHMA, através de um inquérito realizado aos profissionais, onde procuramos aferir: “O CHMA preocupa-se com o meu bem-estar pessoal?; O CHMA está disponível para me ajudar, se assim necessitar?; Se precisar de ajuda, sei como e a ▶

Aplicação móvel (*app*)

Apresentação do projeto: sessão presencial

quem me dirigir?; O CHMA valoriza as minhas ideias e está disponível para as acolher?; Obtenho do CHMA resposta e *feedback* aos meus pedidos e sugestões?; O CHMA promove a interação entre os profissionais, nomeadamente através de atividades extralaborais?''.

Neste contexto, nasce o **HEaT - Hospital Engagement Tool**, um programa multidisciplinar, que visa promover e incentivar, de forma holística e integrada, a interação entre os trabalhadores e a instituição, através de uma ferramenta facilitadora e intuitiva, que permita aos profissionais do Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, de uma forma prática, imediata e direta, comunicar com a instituição, nomeadamente no que se refere a três dimensões que identificamos como relevantes:

1. Pedidos de apoio de âmbito profissional, pessoal e/ou social;
2. Apresentação de novas ideias, sugestões e/ou propostas de melhoria;
3. Dinamização de atividades e comunicação da disponibilidade para realização de funções distintas das funções habituais, nomeadamente de âmbito extralaboral.

Começou por ser definido um grupo coordenador para análise e tratamento dos pedidos de ajuda e das sugestões/propostas de melhoria, bem como para a dinamização das atividades extralaborais. Este grupo, multidisciplinar, é constituído por quatro elementos, abrangendo a área executiva, a gestão de pessoas, a saúde mental e a segurança no trabalho, permitindo assim uma análise transversal das situações.

Foram, de seguida, definidos protocolos de atuação para todas as situações que, previsivelmente, poderiam ser apresentadas através do **HEaT**. Através de reuniões com

os responsáveis dos serviços considerados como "serviços chave", foram antecipados eventuais problemas e pedidos de apoio, sendo definidos circuitos de encaminhamento e processos facilitadores para tratamento e resolução dos mesmos.

Sendo percecionado que nem sempre será possível resolver as situações internamente, seja por insuficiência de recursos ou pela sensibilidade das próprias situações, foram também criados protocolos de atuação externos, nomeadamente com o gabinete de psicologia e gabinete de ação social da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (CMF), que prontamente se disponibilizou para apoiar o projeto.

Para o sucesso do projeto era, desde logo, fundamental ser disponibilizado um canal de comunicação apelativo e ao alcance de todos os profissionais do CHMA, pelo que, em parceria com a Salesforce, uma referência mundial na área das tecnologias da informação e completamente alinhada com o propósito do projeto, desenvolvemos uma aplicação móvel (*app*) específica para o **HEaT**. A parametrização técnica da aplicação contou ainda com a colaboração da empresa Loba, parceira nacional da Salesforce. Trata-se de uma *app*, disponível exclusivamente para os trabalhadores do CHMA, através da qual os utilizadores podem efetuar pedidos dentro das três dimensões elencadas, consultar os estados dos seus pedidos e obter *feedback* dos mesmos. Têm também possibilidade de votar nas ideias e sugestões, colocadas a votação, apresentadas no âmbito do segundo eixo de atuação, de forma a eleger as melhores propostas. É ainda possível consultarem, através de um calendário, as atividades que irão decorrer no âmbito do **HEaT** e

interagirem com outros profissionais através de grupos criados para as diferentes atividades.

Contudo, a solução das carências previamente identificadas não se resume apenas à disponibilização de um canal de comunicação. É necessário envolver as pessoas, merecer a sua confiança e garantir que todos os processos, sobretudo no que se refere aos pedidos de apoio, serão tratados com o máximo sigilo, não havendo razão para receios, vergonhas ou desconfianças. É também muito importante conseguir transmitir que é recompensador participar, que as ideias e sugestões são ouvidas e consideradas e que será, sempre, dado *feedback* a todas as participações. Nesse sentido, foram já desenvolvidas várias atividades no âmbito do **HEaT**.

Desde logo, para dar a conhecer o **HEaT** e envolver a comunidade CHMA, foi apresentado o projeto através de uma sessão presencial, transmitida também *online*, onde os pressupostos do projeto foram dados a conhecer. No âmbito desportivo/social, foram já implementadas duas atividades regulares, o Clube de Corrida & Caminhada, com dez treinos realizados, e o Clube de Padel, com nove treinos e um torneio intra-hospitalar concretizados, que envolveram já dezenas de participantes.

Foram também implementadas as **HEaT sessions**, tendo as primeiras sessões já ocorrido em ambas as unidades hospitalares do CHMA, com uma excelente adesão. Estas sessões são um espaço, aberto a todos, de reflexão, opinião e conhecimento, sobre o CHMA e com a comunidade CHMA.

Para iniciar 2023, será disponibilizada, ainda no mês de janeiro, a primeira edição da *newsletter* **HEaT news**, através da qual serão divulgadas algumas das atividades realizadas no âmbito do **HEaT**, para que todos os profissionais se possam manter envolvidos e tenham conhecimento do que tem sido dinamizado pela comunidade CHMA. Brevemente serão também disponibilizadas as **HEaT boxes**, caixas físicas que irão percorrer a generalidade dos serviços do CHMA, permitindo e incentivando uma participação analógica dentro das três dimensões definidas no projeto. E muitos mais projetos estão a ser desenvolvidos para 2023!

O **HEaT** visa, deste modo, facilitar e promover a comunicação entre os profissionais e a instituição e incentivar a participação de todos, conferindo um papel ativo e de destaque àqueles que são os principais motores da instituição: os seus trabalhadores, inseridos e identificados com comunidade CHMA.

Continuamos a trabalhar na consciencialização, capacitação e alinhamento dos nossos profissionais, nomeadamente daqueles tradicionalmente mais afastados dos centros de decisão, bem como na capacitação das nossas equipas, com meios e ferramentas fundamentais para o desenvolvimento e sucesso deste programa e na incor-



Clube de Padel



Clube de Corrida & Caminhada

poração na organização de *inputs* de melhoria e transformação, que tenham reflexo na motivação, satisfação e desempenho dos profissionais.

Queremos que os nossos profissionais sintam que têm um papel ativo na organização, que são ouvidos e que sintam em pleno que fazem parte da família CHMA.

Embora haja ainda um longo e árduo caminho a percorrer no que se refere à motivação, aproximação e alinhamento das pessoas que constituem e suportam o SNS, acreditamos que o **HEaT**, bem como outros projetos desenvolvidos com objetivos semelhantes, terá um contributo importante na reconstrução de uma imagem diferente do SNS, enquanto empregador, e resgatará o orgulho, motivação e o sentimento de pertença dos profissionais das instituições do SNS face às entidades que representam. Queremos, por fim, deixar o nosso agradecimento à APAH e Gilead pela iniciativa e pela tentativa, através do programa, de valorização do Capital Humano do SNS, e à equipa de formação da Nobox, pela mentoria e orientação. ●

Equipa do projeto HEaT:
Luís Andrade Moniz; Paulo Castanheira da Silva; Sofia Lopes; Susana Moreira

HB PRESENTE!: PASSO A PASSO, RUMO A UM HOSPITAL MAIS PRESENTE



Cláudia Mendo
Diretora do Serviço de Gestão
de Recursos Humanos



Alice Carvalho
Enfermeira do Serviço de Qualidade,
Segurança e Epidemiologia



Armanda Pereira
Diretora do Serviço de Qualidade,
Segurança e Epidemiologia



Fátima Faria
Enfermeira Diretora
do Hospital de Braga

O Hospital de Braga foi um dos vencedores da 2.ª Edição da Bolsa “Capital Humano em Saúde”, dinamizada pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), com o seu projeto “HB Presente!”, uma das três candidaturas de hospitais do Serviço Nacional de Saúde a terem acesso a um programa de consultoria especializado e acompanhamento para a implementação do mesmo.

A génese do projeto consistiu em analisar o absentismo, utilizando uma abordagem positiva e de envolvimento dos profissionais, através da implementação de instrumentos de *feedback* junto das equipas, no sentido da manutenção de um ambiente de trabalho positivo e motivador, o qual tem impacto na diminuição das ausências dos colaboradores.

Com este projeto pretende-se desenvolver ferramentas que aumentem a capacitação dos profissionais e respetivas chefias na gestão dos motivos geradores de absentismo, adotando-se medidas adequadas e ajustadas a um maior índice de compromisso laboral e, desse modo, fortalecer o capital humano da Instituição.

O PONTO DE PARTIDA

Em 2021, o Hospital de Braga registou uma taxa de absentismo de 10%, o que representa mais de 580 mil horas de ausência, num universo de mais 3.330 colaboradores. Para se perceber melhor a dimensão do impacto deste nível de absentismo, é como se 300 profissionais estivessem ausentes durante um ano inteiro.

Estes dados refletem a urgência da resolução deste problema, que origina constrangimentos na gestão e organização da prestação de cuidados de saúde por parte dos Serviços do Hospital.

UM CAMINHO PREVISIVELMENTE DIFÍCIL DE PERCORRER

Cientes da dificuldade do processo de mudança, submetemos o projeto “HB presente!” à Bolsa “Capital Humano em Saúde”, tendo o Hospital de Braga sido uma das doze entidades selecionadas para o 1.º *Bootcamp*.

Este evento representou uma fase de consciencialização do problema. Com um (ainda) maior impacto desde a pandemia, o absentismo é uma temática de interesse transversal às Instituições do Serviço Nacional de Saúde, onde a resignação e a acomodação surgem como maiores entraves à mudança.

Deparamo-nos exatamente com esta resistência à mudança por parte das outras entidades presentes e tínhamos consciência não só da dimensão do projeto, mas também que teríamos de ter uma abordagem diferente. Este foi o principal ponto de viragem, em que com a ajuda da Nobox foi possível colocar questões que até então nunca nos tínhamos debruçado sobre elas.

Foram sem dúvida dias muito intensos que fizeram toda a diferença, e estávamos determinados a ter uma abordagem positiva em relação ao absentismo, tentando responder a questões como: “Porque é que um colaborador falta ao trabalho e não avisa a chefia?”; “Porque é que alguns colaboradores faltam consecutivamente?” e “Porque é que temos tantas baixas de gravidez de risco prematuras?”

O MAPA DA MUDANÇA

Após o 1.º *Bootcamp*, o projeto “HB Presente!” foi distinguido como um dos três vencedores. Com o valioso apoio da APAH e da Nobox, organização que presta apoio e consultoria aos Grupos de Trabalho, começamos a delinear o plano de ação. Neste sentido, estivemos presentes em várias sessões imersivas, as quais visaram construir um plano de mudança e de comunicação do projeto junto dos Profissionais.

O absentismo no ambiente de trabalho é um problema que afeta negativamente a eficiência e a produtividade

das organizações. Consideramos, por isso, importante implementarmos estratégias compostas por metodologias que envolvam os colaboradores. Neste sentido, uma das primeiras ações programadas foi a realização de *Focus Groups* com chefias e profissionais de serviços com maior e menor absentismo.

Como resultado destas reuniões, o projeto foi estruturado em três eixos de atuação: reconhecimento dos profissionais, equilíbrio entre vida pessoal e profissional e chefias como agentes de mudança.

O primeiro eixo, o reconhecimento dos profissionais, compreende ações de valorização dos profissionais, de forma a incentivá-los a continuarem a exercer as suas funções de forma dedicada e comprometida, diminuindo a probabilidade de se ausentarem.

Para um maior equilíbrio entre vida pessoal e vida profissional, o segundo eixo, planeamos e implementamos diversas ações em alguns Serviços-Piloto (Serviços com maior absentismo), entre as quais a implementação de medidas como a facilitação de horários, a flexibilidade de funções e a agilização do teletrabalho em funções compatíveis. Estas permitem que os profissionais sejam mais autónomos no controlo das suas vidas, o que, por sua vez, pode reduzir o absentismo.

O último eixo demarca a preponderância de se vislumbrarem e integrarem as chefias como agentes de mudança, uma vez que estas têm uma influência significativa na cultura e na dinâmica da Organização. Neste sentido, realizamos reuniões com as chefias dos Serviços-Piloto, partilhamos boas práticas e trabalhamos várias ferramentas e metodologias facilitadoras da gestão do absentismo.

O PRIMEIRO PASSO (VISÍVEL)

Reconhecer e valorizar os Profissionais do Hospital de Braga foi, desde cedo, visto por nós como a única maneira de iniciarmos publicamente o projeto junto dos colaboradores. Assim, foi atribuído um dia de descanso adicional a todos os profissionais que não tiveram nenhum dia de absentismo no ano de 2021 e um dia adicional de descanso aos profissionais que em 2022, após a data de divulgação interna do projeto, também não registaram qualquer ausência.

Simultaneamente, enviamos um agradecimento via *e-mail* para os colaboradores reconhecidos, enaltecendo o seu empenho e dedicação, visto ser fundamental incentivá-los a continuarem a trabalhar de forma dedicada e motivada.

A PRIMEIRA COORDENADA DO SUCESSO

Em apenas dois meses, com todas as ações referidas anteriormente, conseguimos reduzir 800 horas de ausência num dos Serviço-Piloto, o que demonstra o impacto positivo e recetividade dos Profissionais.

Com a implementação bem-sucedida deste projeto, es-



HB Presente: Identidade Visual

peramos uma melhoria ainda mais significativa na eficiência e produtividade do Hospital, bem como uma cultura organizacional mais positiva.

É caso para dizer que estamos num bom caminho!

A META PARA 2023

Sendo o absentismo uma realidade complexa, que pode ter múltiplos fatores e sem uma solução universal que o possa prevenir ou combater, continuaremos com implementação desta estratégia, analisando pomenorizadamente este problema.

Temos como objetivo trabalhar na melhoria contínua deste processo interno e isso implica tempo, dedicação, comunicação e proximidade.

Com os resultados positivos obtidos até agora, os próximos passos para o projeto incluem a aplicação transversal do projeto em todos os Serviços do Hospital.

Para além disso, será importante continuar a envolver as chefias, pois estas são fundamentais para a implementação bem-sucedida das medidas e para a promoção de uma cultura de trabalho saudável e produtiva.

Outro passo importante é a criação de novas ferramentas para ajudar os profissionais a manterem o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional. Isso pode incluir a implementação de novos programas de apoio.

Por fim, e não menos importante, será fundamental continuarmos a reconhecer, valorizar e motivar os profissionais, pois eles são a força motriz da Organização.

Apenas unidos conseguiremos reduzir absentismo e temos a certeza que, juntos, conseguiremos finalizar esta caminhada e tornar o Hospital de Braga mais presente. ●

Equipa do projeto HB Presente!:
Fátima Faria; Cláudia Mendo;
Armanda Pereira; Alice Carvalho;

VISITA DE ESTUDO AO 45.º CONGRESSO MUNDIAL DOS HOSPITAIS NO DUBAI

A APAH organizou a **Visita de Estudo** integrada no **45.º Congresso Mundial dos Hospitais**, promovido pela **International Hospital Federation (IHF)** que decorreu no Dubai, de 9 a 11 de novembro passado. Foram 25 os associados que beneficiaram de uma Bolsa APAH para participar no evento sendo que a comitiva portuguesa contou com mais de 50 elementos, uma das mais representadas no Congresso. Para tal contribuiu a ampla divulgação do evento, considerando que o próximo Congresso Mundial dos Hospitais ocorrerá em Lisboa, entre 25 e 27 de outubro, com a organização do IHF e do consórcio formado pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), Associação Portuguesa de Desenvolvimento

Hospitalar (APDH) e Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP).

A **Visita de Estudo** incluiu quatro hospitais de referência nos Emirados Árabes Unidos, dois localizados no Dubai e dois localizados em Abu Dhabi, nomeadamente:

1. O Hospital Al Wasl, foi criado em 1987 como o primeiro Hospital Especializado em Ginecologia e Obstetrícia e Infantil do Dubai; Em 2012, Sua Alteza Sheikh Mohammed bin Rashid Al Maktoum emitiu uma diretiva para mudar o nome do hospital para **Latifa Hospital** para Mulheres e Crianças em memória de sua mãe, Sheikha Latifa. Em outubro de 2021, os serviços médicos pediátricos, cirúrgicos e de emergência foram transferidos para o Al Jalila Children's Specialty Hospital, transformando o Latifa Hospital num centro especializado em Obstetrícia e Ginecologia com capacidade para 239 camas.

O hospital oferece cirurgia laparoscópica para doenças ginecológicas, uroginecológicas e tumorais e é credenciado como Centro de Excelência com certificado internacional. A presença de uma sofisticada e grande Unidade de Cuidados Intensivos para recém-nascidos e prematuros no Dubai e nos Emirados do Norte, que conta com 76 incubadoras, é uma das características distintivas deste hospital.

2. Ainda no Dubai visitámos, no **Rashid Hospital**, um centro regional de excelência para atendimento de Emergência e Trauma, preparado para responder a situações de catástrofe, dos mais movimentados da região, altamente reconhecido pelos seus serviços especializados que recebe doentes não apenas do Dubai, mas também dos Emirados do Norte. O Rashid Hospital tem 762 camas e conta com um Centro de Especialidade para patologias Músculo-Esqueléticas, que inclui as áreas de Ortopedia e Medicina Desportiva, Fisioterapia e Reabilitação, Patologias da Coluna e Reumatologia, um centro de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, que inclui Cirurgia Plástica, Psicologia, Nutrição e Medicina Respiratória e do Sono e, ainda, uma das maiores Clínicas Dentárias dos Emirados Árabes Unidos. É, também, um hospital académico especializado, com diversas salas de simulação que replicam Unidades de Cuidados Intensivos, salas de trauma e salas de Bloco Operatório.

O Rashid Hospital foi fundado em março de 1973 e está acreditado pela JCI desde outubro de 2007.

3. Em Abu Dhabi tivemos oportunidade de visitar a **Cleveland Clinic Abu Dhabi**, um hospital com seis Centros de Referência Regional nas áreas Cardíaca e Vascular, Cuidados Intensivos, Neurologia, Gastrenterologia, Pneu-

NETWORKING COM PLAYERS DO SETOR

“No âmbito do 45.º congresso do IHF, tive a oportunidade de visitar o Rashid Hospital e o Latifa Women and Children Hospital relativamente aos quais há a destacar a concentração e organização de recursos por área de especialidade médica, o que confere vantagem competitiva no desenvolvimento científico da comunidade, na otimização da eficiência técnica e tecnológica e na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados; da visita ao Cleveland Clinic Abu Dhabi destaca-se o caráter inovador e tecnológico, associado à componente académica suportada pelo seu centro de treino e simulação.

No que concerne à participação nas conferências, destacou-se a possibilidade de partilhar e adquirir conhecimento das mais diversas áreas científicas (ciência política, gestão, medicina, engenharia, etc.) e realizar networking com players de todo o setor da saúde a nível mundial (gestores, médicos, comerciais da indústria, engenheiros, terapeutas, etc.).”

David Mateus





Comitiva portuguesa presente no 45.º Congresso Mundial dos Hospitais

mologia e Oftalmologia. É uma extensão exclusiva do modelo da Cleveland Clinic, adaptado ao Médio Oriente, em parceria com a Mubadala Health.

O hospital, que abriu em 2014, tem 364 camas e concentra-se na prestação de cuidados de alta complexidade. A Cleveland Clinic Abu Dhabi fez recentemente o seu 300.º transplante de órgão sólido e aquando da visita estava prestes a abrir um novo Centro Ambulatório Oncológico, em novembro de 2022.

As instalações foram projetadas desde o início para fornecer cuidados abrangentes e multidisciplinares com uma experiência de hospitalidade de excelência, desde *lobbies* espaçosos e quartos privados, a *suites* exclusivas.

Como parte da visão de 2025, o Cleveland Clinic Abu Dhabi está a investir na medicina de precisão, com a intenção de alavancar o ecossistema exclusivo dos Emirados Árabes Unidos e aumentar a personalização da experiência do doente.

4. Também em Abu Dhabi, o **Sheik Shakhbout Medical Clinic**, que mantém parceria com a Mayo Clinic, foi outro dos Hospitais que recebeu a visita da comitiva portuguesa. É um hospital que conta com 732 camas, 132 das quais de Cuidados Intensivos de Adultos e 26 de Neonatais. São centro de referência nas áreas de Ortopedia, Saúde da Mulher, Pediatria, Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Vasculare e Reumatologia.

CONGRESSO MUNDIAL DOS HOSPITAIS 2022

Subordinado ao tema **Global Learnings, Local Actions:** ▶

BALANÇO POSITIVO

“Balanço extremamente positivo, por três ordens de razão:

- 1. Colocar meia centena de Administradores Hospitalares a conhecerem-se, a conversarem entre si e a trocarem contatos, experiências e conhecimento, é um enorme contributo à Saúde!;*
- 2. Podermos, também, em conjunto, conhecer outras realidades hospitalares, como a dos EAU, com tantas diferenças mas, simultaneamente, com similitudes com as nossas, é fantástico;*
- 3. Poder participar e aprender com gestores de todo o mundo no Congresso da IHF e, ainda por cima, participar da passagem de testemunho a Portugal da incumbência da realização em Portugal do Congresso de 2023, é marcante. Um agradecimento à APAH e a melhor das sortes na co-realização do evento neste ano.”*

Luis Andrade Moniz





Sessão de Encerramento: passagem de testemunho

Sustainable Healthcare, o Congresso Mundial dos Hospitais, promovido pela International Hospital Federation, contou com diversas sessões plenárias que incidiram sobre o **Impacto da Medicina de Precisão nos Hospitais e nos Cuidados de Saúde**, sobre os **Desafios da Gestão de Recursos Humanos nos Serviços de Saúde**, nomeadamente relacionados com recrutamento e retenção, e sobre **Liderança e Sustentabilidade**, nomeadamente como minimizar o **Impacto Ambiental dos Cuidados de Saúde**. Nos três dias de Congresso realizaram-se dezenas de sessões paralelas e estiveram expostos 150 *Posters* distribuídos por três temas principais: Improvements in delivery of care, The People Agenda e Green Hospitals. No último dia, após o encontro da delegação portuguesa com o Embaixador de Portugal em Abu Dhabi, Dr. Fernando Figueirinhas, teve lugar uma sessão de trabalho em língua portuguesa, onde foram apresentados modelos de cuidados em países de língua portuguesa, com a moderação de Esmael Tomas, da Clínica Sagrada Esperança, em Angola e com a participação de Andrea Prestes, representante da Federação Brasileira de Hospitais, Óscar Gas-

AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS

Visitar um sistema de saúde é sempre uma excelente oportunidade de aquisição de conhecimentos e partilha de experiências e um desafio de reflexão, considerando o enquadramento político e económico de cada país, para a possibilidade de transposição de boas práticas para a realidade nacional. A visita de estudo ao sistema de saúde dos EAU não foi exceção e, apesar das profundas diferenças de regime e de garantias de direitos humanos e sociais, foi possível identificar algumas dimensões que devem ser aprofundadas em particular ao nível da captação, retenção e motivação dos profissionais de saúde e no desenvolvimento da vertente de turismo de saúde assim como nas oportunidades de expansão de mercado para muitas empresas e instituições académicas portuguesas nos EAU.
Miguel Lopes



PERMUTA DE EXPERIÊNCIAS

“Foi uma oportunidade única para conhecer aquilo que de melhor se faz noutros Sistemas de Saúde. As visitas de estudo a quatro hospitais do país anfitrião, apesar da disparidade cultural com a realidade portuguesa, permitiram conhecer as melhores práticas de liderança, gestão e prestação de cuidados de saúde dos Emirato Árabes Unidos. Saliento acima de tudo as oportunidades de convívio e de permuta de experiências com colegas e outros profissionais da área de gestão em saúde. Ampliou as minhas competências de gestão, promovendo a futura utilização em benefício do nosso SNS.”

Elsa Baião



par, presidente da APHP, Rosa Valente Matos, Presidente do Conselho de Administração do CHULC e Tânia Matos, Diretora de Saúde na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Na Cerimónia de Encerramento foram apresentados 64 projetos vencedores - IHFAwards2022 - nas categorias Ouro, Prata e Bronze, bem como algumas menções honrosas entre as quais há a destacar quatro projetos portugueses:

- **Centro Hospitalar Entre Douro E Vouga:** Ashikaganiken Excellence Award for Green Hospitals;
- **Unidade Local de Saúde de Matosinhos:** American Hospital Association Excellence Award for Healthcare Workers' Wellbeing;
- **IPO-Porto:** American College of Healthcare Executives Award for Leadership and Management;
- **Cascais Hospital:** Austco Excellence Award for Quality and Safety.

A **Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros** recebeu o prémio "People's Choice Award" no Congresso Mundial dos Hospitais com um artigo submetido, entre 150 candidatos.

A Sessão de Encerramento do Congresso foi, ainda, marcada por um momento simbólico de passagem de testemunho ao consórcio constituído pela APAH, APDH e APHP, responsável por, em conjunto com a IHF, concretizar o próximo Congresso Mundial dos Hospitais, em Lisboa, de 25 e 27 de outubro de 2023.

Contamos com a vossa presença! ●

CONTACTOS PROFISSIONAIS

"A participação no Congresso permitiu o debate de assuntos relacionados com a temática da Sustentabilidade dos sistemas de saúde, com a medicina de precisão em agenda, assim como a retenção e desenvolvimento do capital humano. A partilha de opiniões, experiências e o estabelecimento de redes de contactos entre profissionais nacionais e estrangeiros é outro dos aspetos a realçar, sobretudo para o estabelecimento de futuras parcerias. Exemplos de boas práticas, sobretudo no decorrer das visitas efetuadas às unidades de saúde, representaram o que de melhor se faz nos Emirados Árabes Unidos."

Helena Rodrigues



CONGRESSO ENRIQUECEDOR

"O 45.º Congresso Mundial dos Hospitais foi muito enriquecedor, colocando-me em contacto com outras realidades organizacionais. Do ponto de vista profissional foi muito interessante visitar alguns hospitais e perceber as diferentes abordagens e desafios. Também as conferências constituíram momentos interessantes de partilha, com novas perspetivas de abordagem da Saúde, como a relevância cada vez mais evidente da medicina de precisão, ajustada a cada doente como um caso único."

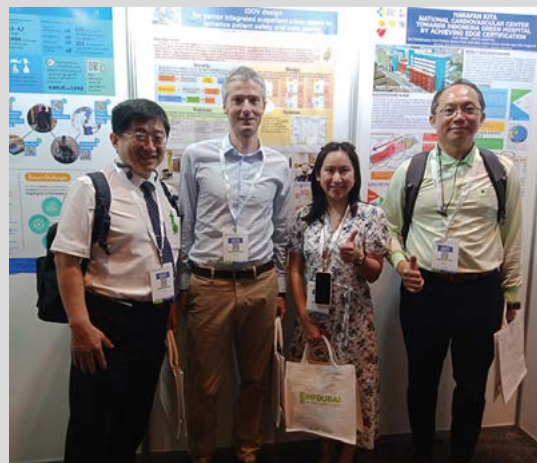
Cláudia Luz



INICIATIVA A REPETIR

"No Congresso IHF 2022 assisti a apresentações sobre assuntos relacionados com as minhas funções e conheci profissionais com desafios semelhantes. Destaco os colegas de Taiwan que criaram um centro de ambulatório integrado para utentes idosos. E as visitas a hospitais públicos e privados locais, onde contactámos com profissionais com empenho e muitos pontos em comum connosco. É uma experiência a repetir."

Jorge Teixeira



INNOSPITAL – PORTUGAL ESPANHA

A GESTÃO DA INOVAÇÃO COMO PILAR DO DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR



Alexandra Santos¹



Alberto Valejo²



Daniel Ferreira Polónia³

A evolução tecnológica e a transformação digital, considerados temas intrínsecos à inovação hospitalar, remetem-nos, cidadãos e profissionais de saúde, para uma análise mais profunda acerca dos benefícios de um serviço de saúde hospitalar cada vez mais atual e eficiente.

Sempre que falamos sobre inovação, há tendência para apenas relacionar à transformação digital. E, certo é que inovação hospitalar vai muito para além de implementar a tecnologia nos processos internos.

Se pensarmos na evolução dos serviços de saúde, nas últimas quatro décadas, somos transportados para tempos de uso de papel e tinta para todo o tipo de registo, impressão de exames em película, agendamentos presenciais, etc., para uma era atual em que a transformação digital proporciona mais agilidade desde o pré ao pós atendimento, claramente com novos formatos de prestação de cuidados de saúde.

Neste ciclo evolutivo foi possível observar vários desafios do setor prestador de cuidados, cujos objetivos se centravam principalmente na redução de custos e dos tempos de espera para atendimento e na diminuição dos desperdícios em geral.

Certo é que as diferentes inovações tecnológicas hospitalares trouxeram mais e robustos benefícios, tanto para o setor quanto para os utentes, desde o acompanhamento de dados e índices em tempo real, a aceleração de alguns recursos e soluções mais efetivas, tomadas de decisão mais estratégicas e assertivas, automatização de processos e aprimoramento no tratamento e na prevenção da doença.

A partir deste entendimento, urge lembrar a importância de centrar ações na capacitação dos profissionais de saúde que ganham um lugar muito significativo nas boas práticas e práticas inovadoras dentro de cada instituição.

É possível, então, fomentar a cultura de inovação hospitalar e a replicação da mesma para que as diversas equipas adotem tanto ferramentas quanto técnicas de gestão e acompanhem a evolução tecnológica e as mudanças evolutivas que se observam do setor da saúde.

O **INNHospital**, projeto liderado pela Direção Regional de Saúde de Castela e Leão, cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do Programa INTERREG V-A Espanha-Portugal (POCTEP), lançou as bases para se pensar no verdadeiro **papel do hospital na sociedade**, uma vez que para além deste ser uma fonte de conhecimento (científico e de cuidados), é também gerador de retorno.

Por seu lado, o projeto **INNHospital** veio ainda propor pensar as instituições hospitalares como assumindo um novo papel na sociedade, no qual estas não são apenas consumidoras de recursos, mas sim entidades produtoras de retorno económico derivado da exploração do conhecimento científico e assistencial, conseguido através do desenvolvimento de produtos e serviços inovadores. A necessidade de melhorar a participação da comunidade empresarial e dos hospitais nos processos de inovação e nas atividades de **Investigação, Desenvolvimento e Inovação (IDI)** mais próximas do mercado surgia no sentido de aumentar a cultura de inovação nos hospitais, pela adoção de medidas de apoio aos inovadores de modo a facilitar o desenvolvimento bem-sucedido de iniciativas, através da promoção de sinergias e transferência de conhecimento entre os hospitais e a comunidade empresarial.

Neste âmbito, a **Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH)** integrou este Consórcio - Projeto **INNHospital**, juntamente com sete outras entidades espanholas e portuguesas: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (GRS), *Cluster SocioSanitário de*



Extremadura, Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura, Asociación Cluster de Salud de Castilla y León (BIOTECYL), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Universidade de Aveiro e Instituto Pedro Nunes, e juntos contribuíram para a promoção da cultura e criação de estruturas e metodologias de apoio à inovação, potenciando a participação do tecido empresarial e promovendo a transferência de conhecimento entre hospitais e o seu ecossistema de inovação.

Trazer as ideias e/ou os resultados de IDI mais promissoras para o setor da saúde e para a prática clínica não é um processo simples. É necessário apoio na gestão das diferentes fases do processo, sendo que nos hospitais com um certo historial em inovação, este apoio é assegurado pelos gabinetes de transferência de tecnologia.

No âmbito do projeto **INN'Hospital**, procurou-se criar e consolidar sistemas que permitam uma abordagem adequada às tarefas de gestão da inovação nos hospitais, mediante um alinhamento dos procedimentos desenvolvidos com as normas ISO da família 56000.

Esta família de normas, desenvolvida ao longo dos últimos sete anos pela Comissão Técnica 279 (gestão de inovação) da ISO, contempla linhas de orientação para a gestão de inovação (ISO 56002:2019), para a gestão de parcerias (ISO 56003:2019), para o enquadramento estratégico do processo (ISO 56006:2021), para gestão da propriedade intelectual criada (ISO 56005:2020), para a gestão de oportunidades e ideias (ISO 56007), e

para obtenção de indicadores do processo de inovação (ISO 56008).

Nesse sentido, foram complementadas às linhas de orientação das referidas normas as peculiaridades da gestão num ambiente com características particulares como é o hospital.

Um primeiro resultado contemplou o processo de valorização das melhores ideias e resultados de IDI, sendo detalhados os procedimentos de análise de viabilidade técnica e potencial de mercado da solução inovadora. Com este resultado tomou-se possível estabelecer as metodologias e ferramentas para um correto desenvolvimento da fase de avaliação dos resultados de IDI em hospitais, através de um *workflow* padronizado para a valorização dos mesmos e a definição de responsabilidades e recursos associados ao processo.

O segundo resultado teve subjacente a ideia de que, além de valorizar o conhecimento que é gerado, é preciso tomar as ações necessárias para proteger esse conhecimento (resultados). A gestão inadequada dos direitos de propriedade industrial e intelectual (PII), bem como a falta de agilidade nos procedimentos de solicitação de direitos, acarretam um custo elevado em termos de oportunidades de inovação perdidas ou resultados inexplorados. Como resultado desta análise foi criada uma metodologia de gestão de PII nos hospitais que assegura a proteção adequada dos direitos derivados das ideias e resultados de IDI e que permite a escolha da forma de proteção mais adequada em cada caso. ▶



Finalmente, o terceiro resultado contemplou o desenvolvimento de um “modelo de negócios”, para explorar os resultados obtidos, que se consubstancia como a última etapa do processo de inovação. Este resultado permite estabelecer uma estratégia de aproveitamento dos resultados gerados na instituição. No caso particular de inovações em processos, esta etapa contempla as tarefas que devem ser realizadas para que a melhoria possa ser implementada na prática. Esta é a ação que permite suportar as medidas necessárias para facilitar a introdução no mercado ou a aplicação na prática clínica das soluções advindas de etapas anteriores.

Em conjunto, estes três resultados permitem suportar uma primeira abordagem das organizações hospitalares que pretendam estruturar os seus processos de inovação, podendo servir de suporte a uma eventual futura certificação pela nova norma NP 4457:2021 (Gestão da Investigação, Desenvolvimento e Inovação. Requisitos do sistema de gestão da IDI), que está alinhada com a norma ISO 56002:2019 anteriormente referida.

A integração de uma cultura de inovação nos hospitais é um processo complexo e implica mudança, num círculo contínuo e agregador que inclui necessidade, investigação, resultado, inovação e valor. E para tal, é imprescindível a intervenção de vários atores com diferentes perfis profissionais.

Inovação e transformação digital são então identificados como temas que intrinsecamente evoluem e impactam a gestão hospitalar e o setor da saúde. Pensar em gestão hospitalar é pensar em avanços tecnológicos que alcançam mais cidadãos, novas tecnologias que aceleram processos, avanços científicos que possibilitam novas abordagens de diagnóstico e terapêutica e melhoram a prestação de cuidados, sem deixar de elencar lideranças capazes de formar e manter equipas multidisciplinares, formadas por profissionais - **peçoas** verdadeiramente envolvidas e motivadas a encarar a inovação nos hospitais como chave basilar de crescimento, incremento de valor aos cuidados e processos assistenciais e garantia de um sistema de saúde sustentável. ●

Inovação e transformação digital são então identificados como temas que intrinsecamente evoluem e impactam a gestão hospitalar e o setor da saúde. Pensar em gestão hospitalar é pensar em avanços tecnológicos que alcançam mais cidadãos, novas tecnologias que aceleram processos, avanços científicos que possibilitam novas abordagens de diagnóstico e terapêutica e melhoram a prestação de cuidados, sem deixar de elencar lideranças capazes de formar e manter equipas multidisciplinares, formadas por profissionais - **peçoas** verdadeiramente envolvidas e motivadas a encarar a inovação nos hospitais como chave basilar de crescimento, incremento de valor aos cuidados e processos assistenciais e garantia de um sistema de saúde sustentável. ●

¹ Project Manager INNHospital

² Instituto Pedro Nunes

³ Professor Auxiliar Convidado no Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial e Turismo da Universidade de Aveiro

HIGIENE E SEGURANÇA: QUE TORNEIRAS DEVEM SER UTILIZADAS NOS ESTABELECIMENTOS DE CUIDADOS DE SAÚDE?

A luta contra a proliferação bacteriana nas águas sanitárias é um desafio permanente para os estabelecimentos de cuidados de saúde. Que soluções técnicas eficazes devem ser adotadas para controlar a higiene das redes de água?

Tanto nos estabelecimentos de cuidados de saúde como nos locais públicos, lutar contra a proliferação bacteriana nas águas sanitárias é um desafio constante. As infeções que podem resultar das redes de água mal controladas são potencialmente graves. A mistura da água o mais próximo possível do ponto de utilização é uma técnica eficaz para resolver este problema.

Na sua gama dedicada aos estabelecimentos de cuidados de saúde, hospitais, lares ou clínicas, a **DELABIE** oferece misturadoras de lavatório e misturadoras de duche, que contêm pouca água estagnada no seu corpo e protegem os utilizadores de qualquer risco de queimadura.

O duplo limitador de temperatura com que são equipadas estas torneiras facilita o choque térmico: facilmente desencadeado (sem desmontar o manípulo nem cortar a alimentação de água fria), o limitador alto permite a circulação de água a 70°C durante meia hora; pode ser aplicado um tratamento curativo no caso de contaminação bacteriana da rede.

Com a certificação NF Milieu Médical (França) em julho de 2021, a misturadora de duche termostática H9768 foi concebida para conter um volume muito baixo de água no corpo e tem também uma característica de segurança anti-queimaduras.

O seu cartucho termostático garante uma temperatura estável, quaisquer que sejam as variações de pressão e de débito na rede.

A água quente, limitada a 43°C, é cortada automática e imediatamente se a água fria for cortada. Além disso, está equipada com tecnologia Securitouch: o corpo da mistu-

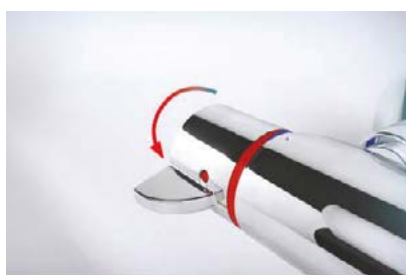


radora permanece frio independentemente da temperatura utilizada. Isto elimina qualquer risco de queimadura. Outra vantagem e não menos importante: esta misturadora de duche termostática não tem válvulas antirretorno nas entradas! As válvulas antirretorno defeituosas tomam possível a interligação de água quente e fria, o que aumenta o risco de desenvolvimento bacteriano. A conceção da H9768 impede qualquer intercomunicação e, assim, limita o risco de proliferação bacteriana.

A 2621EP não tem bica, deixando um volume muito baixo de água estagnada no seu interior. Esta misturadora de lavatório também tem a função de “choque térmico” e dá resposta às exigências dos estabelecimentos de cuidados de saúde.

Além disso, está equipada com um cartucho de equilíbrio de pressão que compensa as inevitáveis variações de pressão na rede. A temperatura da água à saída da misturadora permanece perfeitamente estável, evitando qualquer risco de queimadura.

Desenvolvida para os locais públicos, a PREMIX NANO 732012/732016 é uma pequena válvula misturadora termostática que responde perfeitamente às necessidades dos estabelecimentos de cuidados de saúde. ●



Limitador de temperatura



Função choques térmicos



Sem risco de queimaduras

11.ª CONFERÊNCIA DE VALOR APAH RUMO À SUSTENTABILIDADE

As Conferências de Valor da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) são um marco essencial na Saúde e no apoio à definição das Políticas de Saúde em Portugal. Ao longo das suas edições, que tiveram início em 2017, as Conferências de Valor APAH têm procurado contribuir, através do debate de ideias, identificação de soluções e respostas, para um sistema de saúde mais equitativo, justo e centrado na melhoria da saúde da nossa população.

Sob o tema “Hospital Verde e Sustentabilidade”, a 11.ª Conferência de Valor APAH decorreu de 20 a 22 de outubro de 2022 e foi palco para o debate de ideias e conceitos em torno da sustentabilidade no meio hospitalar, permitindo explorar as suas várias dimensões: ambiental, social, económica e política.



Assente num modelo híbrido, o primeiro dia da Conferência decorreu exclusivamente em formato virtual, e contou com doze atividades de formação *e-learning*, nas mais variadas vertentes, todas elas ligadas, direta ou indiretamente, ao tema central da Conferência. No segundo e terceiro dia, com emissão direta a partir do Hotel Eurostars Figueira da Foz, decorreram diversas sessões plenárias, entrega de prémios e distinção de projetos vencedores. De forma a permitir a partilha de ideias e soluções junto de todos os interessados, todas estas sessões estão disponíveis no Canal APAH no Youtube.

Contando com a participação de dezenas de ilustres convidados e uma plateia sempre atenta, foram apresentadas as principais linhas estruturantes da política de sustentabilidade ambiental europeia e nacional, bem como várias iniciativas desenvolvidas por forma a melhorar a gestão dos hospitais portugueses.

Reconhecendo que o sector da saúde é responsável por cerca de 5% da pegada ecológica global, a discussão sobre a temática da sustentabilidade provou ser uma questão emergente, já que as consequências da pegada ecológica estão intimamente ligadas à saúde, nomeadamente a degradação da qualidade de vida das populações e aumento da carga da doença, em particular a doença crónica induzida pelo ambiente.

À luz da transversalidade do tema, a sessão deste ano contou com a participação presencial da Associação Europeia de Gestão em Saúde (EHMA) e do Centro de Sustentabilidade de Geneva da Federação Internacional dos Hospitais (IHF), permitindo conhecer as principais linhas estratégicas da política europeia relativamente à sustentabilidade ambiental, às novas ferramentas de avaliação da maturidade da sua implementação, bem como aprender com experiências internacionais simples, mas eficazes, na redução das emissões carbónicas.

Ao longo das várias sessões saiu reforçada a importância de um planeamento global para uma ação local centrada na circularidade da utilização dos recursos. Foram evidenciados os principais impactos negativos das alterações climáticas e da poluição atmosférica na saúde dos cidadãos, bem como as iniquidades associadas a estas alterações, em que as populações mais frágeis são as que mais sofrem.

No contexto global da Conferência, foram abordados temas relacionados com a gestão hoteleira e dos edifícios hospitalares, com foco na redução de desperdício através da melhoria da eficiência energética e hídrica, nomeadamente as alterações das centrais de calor, instalação de painéis fotovoltaicos ou a substituição de lâmpadas LED, com alguns exemplos claros de benefícios em outras áreas de atividade, como a transição dos semáforos de Lisboa para LED com poupanças energéticas e financeiras na ordem dos 800.000€ anuais.

Ficou demonstrada a necessidade e importância da existência de planeamento com o desenvolvimento de planos diretores dos hospitais, bem como a necessidade de monitorização e subsequente análise dos indicadores de sustentabilidade, de forma a promover uma revolução verde. A ação sobre a cultura das instituições foi reco-



nhecida como elemento fundamental para a melhoria da comunicação e articulação entre as várias instituições do Ministério da Saúde.

A cadeia de abastecimento e de distribuição foi também discutida, com particular ênfase para a economia circular do medicamento, desde a produção até à sua utilização e à existência de boas práticas de logística inversa. Foi focado o valor “verde”, conceito a introduzir nos processos de compras.

O papel da mobilidade sustentável foi igualmente evidenciado, nomeadamente com a transição verde dos transportes e o impacto que esta transição tem para as organizações do ponto de vista económico e social, permitindo conhecer estudos de caso importantes em áreas de baixa densidade populacional em Portugal com a eletrificação dos transportes, um passo necessário para o Serviço Nacional de Saúde.

No que respeita à transição digital e à relevância que os sistemas e tecnologias de informação têm para a sustentabilidade, foi realçada a importância dos dados, da sua transformação em informação e derivação para conhecimento. Nas sessões plenárias conhecemos as experiências de transformação e desmaterialização nacionais e internacionais, com evidência para as boas práticas de hospitais centrais, bem o exemplo do Hospital Sem Papele de Ovar.

As soluções de Tecnologias de Informação foram destacadas em várias sessões como elementos essenciais para a criação e transição das organizações para hospitais verdes e mais sustentáveis. ▶



Ricardo Mestre, Secretário de Estado da Saúde



Ana Escoval, Chairperson do evento



Xavier Barreto, Presidente da APAH

Durante a **II.ª Conferência de Valor** tivemos ainda a oportunidade de honrar as práticas de excelência no SNS através da Cerimónia de Finalistas e Entrega do Prémio Healthcare Excellence (9.ª edição), onde foram apresentados projetos de elevada qualidade que muito contribuem para melhorar os cuidados de saúde em Portugal. O projeto “WalkingPAD”, do Centro Hospitalar Universitário do Porto, foi eleito como vencedor e os projetos “Centro de Respostas Sociais e de Saúde”, do ACES Almada-Seixal, Câmara Municipal de Almada, GAT e Hospital Garcia de Orta e “Aplicação móvel SNS 24”

dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, foram distinguidos com a 1.ª e 2.ª menção honrosa, respetivamente.

Também o projeto Bolsa “Capital Humano em Saúde” permitiu reforçar a importância do trabalho em equipa e da cooperação enquanto elementos fundamentais para a melhoria dos cuidados de saúde, destacando mais uma vez os projetos vencedores da 2.ª edição desta iniciativa, nomeadamente “Criar uma cultura de cooperação entre equipas e serviços” do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, “HEaT - Hospital Engagement Tool” do Centro Hospital do Médio Ave e “HB Presente!” do Hospital de Braga.

Um agradecimento especial à Professora Ana Escoval, Sócia de Mérito da APAH e *Chairperson* da II.ª Conferência de Valor que nos acompanhou ao longo da iniciativa e nos brindou com a sua sessão *Inspiring*, que contribuiu de forma inequívoca para o sucesso da Conferência.

Para além da magnitude das sessões e dos intervenientes envolvidos, uma referência particular para a participação e intervenção do Senhor Secretário de Estado da Saúde, Dr. Ricardo Mestre, que enalteceu o papel e importância das **Conferências de Valor APAH**.

É com orgulho que constatamos que as **Conferências de Valor APAH** têm contribuído para o debate da Gestão da Saúde em Portugal e são a prova de que mais e melhor gestão é sinónimo de melhor Saúde! ●





11ª Conferência DE VALOR APAH 2022

20 a 22 de outubro

HOSPITAL VERDE E SUSTENTABILIDADE

Hotel EuroStars Figueira da Foz

Híbrida

PROGRAMA



20
OUTUBRO

21
OUTUBRO

22
OUTUBRO

09h00
13h00

13h00
14h00

14h00
18h30

CERIMÓNIA ABERTURA

09h30 - 11h30

**FÓRUM
CONCEITOS INERENTES
À SUSTENTABILIDADE**

Em parceria com Baxter

Moderadores:
Lara Lopez [Baxter]
Bruno Moita [APAH]

Oradores:
Elena Meacci [Baxter]
Lara Lopez [Baxter]
Vitor Verdeho Vieira [UCP]

11h30 - 13h00

Prescrição Social

Moderadora:
Adelaide Belo [PAFIC]
Catarina Paulino [APAH]

Oradoras:
Ana Alonso [Hospital Curry Cabral]
Louise Hoffmeister [NOVA PSQI]
Susana Alexandre [Hospital Sta. Maria]
Patrícia Silva [Associação Mais Proximidade]

Go Digital / Go Green

Moderadoras:
Inês Sá Dantas (Gabinete do Secretário de Estado da Saúde)
Joana Cunha [APAH]

Oradores:
José Carlos Ramos [ARS LVT]
Rita Veloso [CHUJP]
Sofia Couto Rocha [Luslidas Saúde]

Como consumir menos energia em hospitais

Moderador:
Xavier Barreto [APAH]

Orador:
José Costa Pereira [Veolia]

09h30 - 13h00

**HEALTHCARE EXCELLENCE 2022
APRESENTAÇÃO DOS PROJETOS FINALISTAS**

Abertura:
Xavier Barreto
Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH)

Antonio Della Croce
Diretor-Geral da AbbVie Portugal

BALÇÃO SNS 24
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

PROJETO WALKINGPad
Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

CENTRO DE RESPOSTAS SOCIAIS E DE SAÚDE
Aces Almada-Seixal, Câmara Municipal de Almada,
Grupo de Atividade em Tratamentos (GAT) e Hospital
Garcia de Orta, E.P.E.

APLICAÇÃO MÓVEL - TELEMONIT SNS 24
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

**PREGeRET - PROGRAMA DE GESTÃO DO REGIME
TERAPÉUTICO DIABETES TIPO 2**
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

**PROJETO LOGÍSTICA INVERSA DO MEDICAMENTO
[PLI-M]**
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E.

App UHD@CHBM
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

APLICAÇÃO MÓVEL SNS 24
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

09h30 - 11h00

**PLENÁRIA TEMÁTICA II
INNOVATION TOWARDS SUSTAINABILITY
EIT HEALTH MORNING TALKS**

Moderador: Alexandre Lourenço [CHUC]

Oradora:
Emmi Weller [EHMA]

Mesa Redonda:
Ana Vargas Gomes [CHUA]
Carlos Santos [CHUC]
Rosa Valente Matos [CHULC]

11h00 - 12h00

**PLENÁRIA TEMÁTICA III
TRANSFORMAÇÃO DIGITAL
E SUSTENTABILIDADE**

Moderadora: Teresa Magalhães [ENSP]

Teleconsulta e redução da pegada de carbono
Elisabete Vaz [ENSP]

Transformação digital e sustentabilidade no Hospital de Ovar
Luís Miguel Ferreira [Hospital Doutor Francisco Zagalo - Ovar]
O uso dos dados para redução do impacto ambiental
Pedro Brito da Cruz [IQVIA]

12h00 - 13h00

**HEALTH SOLUTIONS
DADOS EM SAÚDE: O CAMINHO
PARA A SUSTENTABILIDADE**

Em parceria com Roche

Moderadora: Catarina Baptista [APAH]

Espaço Europeu de Dados de Saúde
Diogo Nogueira Leite [FMUJP]

Sustentabilidade no Ecosistema digital SNS
Luís Goes Pinheiro [SPMS]

Visão da inovação - Projeto Groove
Miguel Barbosa [CHUSJ]



14h00 - 15h30

Gestão Hoteleira e Sustentabilidade

Moderadoras:
Ana Maria Nunes [SUCH]
Sandra Olim [APAH]

Oradores:
Jorge Santos [SUCH]
Mário Esteves [SUCH]
Natalia Lucas [SUCH]

**Prescrição e impacto no meio ambiente:
Uma análise do caso suíço**

Moderadora:
Catarina Baptista [APAH]

Oradora:
Sara Geraldes [EY]

**Como preparar os sistemas de saúde para os
desafios decorrentes das alterações climáticas**

Moderadores:
Luís Campos [DGS]
Xavier Barreto [APAH]

Oradores:
Artur Moraes Vaz [Luz Saúde]
Constantino Sakellariés [ENSP]
Miquel Angel Martinez [Universitat Internacional de Catalunya]

15h30 - 17h00

Compras e sustentabilidade

Moderadora:
Glória Almeida [APAH]

Orador:
Nuno Costa [SPMS]

Gestão de Transportes e Sustentabilidade

Moderador:
Daniel Galvoeira [APAH]

Oradores:
Carmen Cavalheira [CCDR Alentejo]
Henrique Sanchez [Associação de Utilizadores de
Veículos Eléctricos]
Ramiro Fernandes [uCharge]

17h00 - 18h30

Alterações Climáticas e Saúde Pública

Moderador:
Bruno Moita [APAH]

Oradores:
Carla Martins [ENSP]
Ricardo Assunção [CEEM]
Susana Viegas [ENSP]

Sustainability for Healthcare by Microsoft

Moderadores:
Gaetano Bonifacio [Microsoft]
Leandro Luís [APAH]

Oradores:
Andrea Coluccio [Microsoft]
Elena Bottinelli [Microsoft]
Gaetano Bonifacio [Microsoft]
Matteo Giudici [Microsoft]

Sustentabilidade na Produção do Medicamento

Moderadora:
Raquel Chantre [APAH]

Oradores:
Luísa Magalhães [Smartwaste]

14h00 - 15h00

**PLENÁRIA ECO@SAÚDE
APRESENTAÇÃO DO PLANO DE
SUSTENTABILIDADE DO SNS**

Moderadora: Raquel Chantre [APAH]

Oradora: Sofia Coutinho [ACSS]

Mesa Redonda:
Ana Infante [Hospital Distrital de Santarém]
João Barranca [ULS Guarda]
Cristina Santos [SUCH]

15h00 - 15h30

**IHF GENEVA SUSTAINABILITY CENTER
SUPPORTING SUSTAINABILITY
IMPLEMENTATION**

Moderador: Leandro Luís [APAH]

Oradora: Sylvia Basterrechea [IHF]

15h30 - 16h00

**APAH TALK
IMPACTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
NO AMBIENTE**

Orador: João Queiroz e Melo



16h30 - 17h30

**PLENÁRIA TEMÁTICA I
EDIFÍCIOS SUSTENTÁVEIS**

Moderadora: Sandra Olim [APAH]

Melhoria de eficiência energética em edifícios hospitalares
Abraão Ribeiro [ATEPH]

Sustentabilidade Ambiental em Instituições de SNS
José Chen Xu [ENSP]

Plano estratégico para a sustentabilidade ambiental
Mário Bernardino [CHULNI]
Nuno Jorge [CHULNI]

17h30 - 18h00

**APAH INSPIRING
COM ANA ESCOVOAL**

18h00 - 18h30

**HEALTHCARE EXCELLENCE 2022
CERIMÓNIA DE ENTREGA DE PRÉMIOS**

Sessão presidida pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde,
Dr. Ricardo Mestre

14h00 - 15h00

**PLENÁRIA TEMÁTICA IV
GESTÃO DE RECURSOS E SUSTENTABILIDADE**

Moderadora: Ana Raquel Santos
[Hospital Distrital Figueira da Foz]

Impacto da Certificação ambiental
Marco Sameiro [Hospital de Braga]

Redução de desperdício em cirurgia oftalmológica
Miguel Paiva [CHEDV]

Oportunidades de melhoria na gestão de resíduos
Cristina Santos [SUCH]

15h00 - 16h00

**BOLSA CAPITAL HUMANO EM SAÚDE
PROJETOS VENCEDORES 2022**

Moderadora: Catarina Paulino [APAH]

HEAT - Hospital Engagement Tool
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.

Como criar uma cultura de cooperação entre equipas
e serviços
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E.

HB Presente
Hospital de Braga, E.P.E.

16h00 - 16h30

CONCLUSÕES E ENCERRAMENTO

Xavier Barreto [APAH]
Ana Escoval [APAH]



KabiCare[®]

**Preparação
de Fórmulas Magistrais**
para Nutrição Parentérica

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



**FRESENIUS
KABI**

caring for life