

GH GESTÃO HOSPITALAR

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

N.º 33 // ABRIL MAIO JUNHO 2023
TRIMESTRAL // GRATUITA // www.apah.pt



**BARÓMETRO DE
INTERNAMENTOS
SOCIAIS**

EFICÁCIA DO SNS
EM AVALIAÇÃO

Graça Freitas
Diretora Geral da Saúde

**CONTRATAÇÃO
PÚBLICA**

O ADMINISTRADOR
HOSPITALAR NA
GESTÃO DE COMPRAS

ENTREVISTA

SAÚDE PÚBLICA REQUER ABORDAGEM GLOBAL

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

SUMÁRIO

ABRIL MAIO JUNHO 2023

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

PROJETO GRÁFICO

Sara Henriques

BANCO DE IMAGENS

Getty Images

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

4 EDITORIAL

○ Administrador Hospitalar como transformador do Serviço Nacional de Saúde

6 HISTÓRIA DA SAÚDE

Hospital de Santa Maria Nuova de Florença: modelo dos primeiros hospitais portugueses

8 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Carreira de Administração Hospitalar: o passado

12 SAÚDE PÚBLICA

Saúde Mental Populacional: desafios na antecâmara da multiplicação das ULS

14 DIREITO BIOMÉDICO

Direito Biomédico e Genómica: caminhando em direção ao futuro

17 OPINIÃO

Transição para ULS: preparar a mudança para não ficar tudo na mesma

18 OPINIÃO

Novo Regulamento dos Dispositivos Médicos: equilíbrio entre regulamentação e inovação, será utopia?

20 SNS SUMMIT

Centros de Responsabilidade Integrados: um caminho de futuro para o SNS

22 ENTREVISTA

Graça Freitas, Diretora Geral da Saúde

28 CONTRATAÇÃO PÚBLICA

○ Administrador Hospitalar na gestão de compras públicas

30 AUDITORIA INTERNA

○ fenómeno da corrupção no setor da saúde

34 INICIATIVA APAH | BARÓMETRO DE INTERNAMENTOS SOCIAIS

7.ª Edição avalia eficácia do SNS

36 INICIATIVA APAH | BARÓMETRO DE INTERNAMENTOS SOCIAIS

Soluções múltiplas e complementares

38 INICIATIVA APAH | BARÓMETRO DE INTERNAMENTOS SOCIAIS

Saúde e Cuidados Sociais: a cooperação que urge desenvolver

40 INICIATIVA APAH | PROJETO 3F

○ que dizem os peritos sobre o financiamento da nova organização do SNS?

43 INICIATIVA APAH | CAMINHO DOS HOSPITAIS

Inovação na integração de cuidados em destaque na 25.ª Edição

44 INICIATIVA APAH | 1.ª EDIÇÃO BOLSA NOGUEIRA DA ROCHA

Para reconhecer e potenciar áreas de suporte logístico do SNS

46 INICIATIVA APAH | FÓRUM DE INOVAÇÃO E TECNOLOGIA EM SAÚDE

Boas práticas na gestão dos equipamentos e dispositivos médicos

48 ATIVIDADE APAH

Resumo de atividades 2.º trimestre de 2023



Xavier Barreto
Presidente da APAH

*Os administradores
hospitalares
devem ter um
papel fundamental
no processo de
transformação
em curso no SNS*

O Administrador Hospitalar como transformador do Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde está em acelerada mudança. A transformação de grande parte dos Hospitais portugueses em unidades locais de saúde, a integração de Hospitais SPA em Centros Hospitalares/ULS EPE ou o forte incentivo para a criação de Centros de responsabilidade integrados, são várias faces de um complexo processo de mudança em curso.

A Administração Hospitalar deve naturalmente liderar estes processos de mudança, modelando-os para que o SNS se torne cada vez mais competitivo e eficaz. Não passamos “cheques em branco”, nem tão pouco acompanhamos processos orientados por agendas que não acrescentam Valor, mas devemos antes envolver-nos nas transformações contribuindo para que estejam ao serviço do doente.

Nos últimos meses temos discutido e proposto melhorias no âmbito do processo de transformação em curso. No âmbito do financiamento, da estrutura organizacional, dos modelos de incentivos e de todos os microprocessos que correm no “terreno” e que, em boa verdade, são muitas vezes o que determina o sucesso destas reformas estruturais.

A nossa visão é clara:

- A integração de cuidados deve assentar essencialmente na integração clínica, devendo esta começar pela criação de verdadeiros percursos assistenciais integrados, consensualizados entre todos (mesmo todos!) os envolvidos. É crucial que esses percursos sejam estruturados em função dos resultados em saúde que realmente interessam aos doentes, assumindo-os como eixo estruturante da organização de todos os nossos processos de trabalho;
- A criação de CRI deve ser norteadada pelo conceito de Unidades de Prática Integrada (UPI), integrando diferentes áreas clínicas e profissionais numa única entidade organizacional, com o objetivo de oferecer cuidados mais coordenados, acessíveis e centrados no paciente. De pouco serve criar um CRI que mantém inalterada a forma como a equipa se organiza e responde ao doente;
- Os incentivos devem acompanhar esta visão. Devem focar-se em medidas de desempenho que reflitam a qualidade do trabalho, os resultados clínicos que são atingidos, colocando sempre o doente como avaliador privilegiado dos cuidados recebidos.

Os administradores hospitalares devem ter um papel fundamental no processo de transformação em curso no SNS. A criação de novos percursos, o envolvimento de novos intervenientes e a definição de novos sistemas de incentivos, representam uma oportunidade que não podemos deixar de abraçar.

Duas notas finais: A primeira para agradecer à Dr.^a Graça Freitas pelo seu percurso e contributo dado à Saúde Pública Portuguesa. O seu trabalho e dedicação são uma inspiração permanente para todos os trabalhadores do SNS. A segunda nota para Vos incentivar a fazerem desde já a Vossa inscrição para o 46.º Congresso Mundial dos Hospitais. Falta pouco para o maior evento de gestão em saúde do mundo se realizar em Lisboa, e contamos com a presença de todos! ●

Em primeiro lugar, obrigado.

Estamos a celebrar 20 anos de vida.
Mas, antes de tudo, temos muito a agradecer.

Temos de agradecer a quem esteve do nosso lado, ao longo
destas 2 décadas, a cuidar de cada pormenor na produção
dos nossos medicamentos.

A quem esteve connosco, desde o começo, ajudando a lançar
e a consolidar a presença dos genéricos no nosso País.

E, acima de tudo, agradecer ao País.

Porque foram os portugueses que nos colocaram
no lugar onde estamos hoje.

Somos a marca que mais doentes
trata em Portugal.

Talvez seja por isso que os portugueses
nos tratam tão bem.

Obrigado, Portugal.



Saúde em primeiro



Hospital de Santa Maria Nuova de Florença: modelo dos primeiros hospitais portugueses

Jorge Varanda¹

As cidades com forte crescimento demográfico num período temporal limitado tendem a tornar desajustados na dimensão os hospitais criados para serviço das suas populações. Foi isso que aconteceu entre a cidade do Porto e o seu Hospital de Santo António na segunda metade do século XVIII e começo do século XIX, e, curiosamente, aconteceu algo de semelhante na Florença dos séculos XIII e XIV, no que respeita ao Hospital de Santa Maria Nuova. De facto, no século XIII Florença tornou-se a cidade mais importante da Toscana com uma população calculada em 30.000 habitantes, realidade que exercia uma pressão grande sobre as estruturas dedicadas aos cuidados a que hoje chamaríamos de hospitalares.

Escolhi este Hospital para explicar a sua criação e descrever a sua evolução até se tornar num hospital modelo que serviu de inspiração a unidades de outros países, entre os quais Portugal, cujos primeiros hospitais (Hospital de Todos os Santos e Hospital de Nossa Senhora do Pópulo) foram criados dois séculos depois do Hospital de Florença, tendo como imagem longínqua o Hospital de Santa Maria Nuova. Esse avanço histórico traduz o progresso feito em Itália no desenvolvimento das Universidades, na formação de médicos e na sua integração hospitalar.

O nome de Santa Maria Nuova teve origem num altar mandado edificar logo na primeira fase da obra, altar esse dedicado a Santa Maria, a que Folco Portinari acrescentou a palavra Nuova, com a finalidade de estabelecer uma distinção com a igreja próxima de Santa Maria do Campo.

O amor de Dante por Beatrice, filha do fundador do Hospital, acrescenta uma memória única aos acontecimentos. Dante era vizinho dos Portinari e

com nove anos de idade avistou e apaixonou-se por Beatrice, de oito anos de idade, a qual se tornou a sua musa, principalmente na célebre Divina Comédia, a quem se referiu como “a gloriosa senhora” da sua mente. “Ela apareceu com uma cor muito nobre, humilde e honesta, sanguínea, cingida e adornada, com o disfarce que combinava com a nossa tenra idade”, assim descreve poeticamente essa visão de infância.

Muito relevantes são os laços do Hospital com a Arte, sendo o primeiro desses laços com Cimabue, a quem foi encomendado o quadro “Nossa Senhora, o Menino e Dois Anjos,” para ser colocado no altar principal da igreja. A Companhia dos Pintores de São Lucas foi mesmo sediada na própria Capela do Hospital e várias são as obras de valor único que fazem parte do património do Hospital, das quais se podem lembrar o fresco de Nicoló Pietri Gerini, de 1385, representando a Ressureição de Cristo, a pintura “Nossa Senhora Entronizada entre os Santos Julião e o Abade António”, da autoria do Mestre de S. Martinho a Mensola, “Os Abençoados Bernardo Tolomei e Santo Egdio”, de Ludvico Buti, entre outros. Curiosa é também a frequência de Leonardo da Vinci em actividades de dissecação na cave do Hospital, actividades essas que o ajudaram a compreender a anatomia do corpo humano, para melhoria das suas obras e das suas figuras humanas. O estudo do corpo humano, numa instituição em que se sucediam as mortes decorrentes da assistência hospitalar, foi comum entre os artistas de Florença desde que o Hospital teve condições para tal.

Foi no contexto dessa Florença pujante de vida que Folco Portinari tomou a iniciativa de criar o Hospital de Santa Maria Nuova em 1288. A sua riqueza pessoal, proveniente do seu estatuto de banqueiro e de negócios imobiliários, permitiu-lhe tomar a iniciativa da criação de um hospital *ad opus pauperum et infirmorum*, na cidade que adoptou para viver. Para isso, terá sido influenciado pela

sua governante, Mona Tessa, franciscana secular que, como tal, procurava concretizar os ideais de São Francisco de Assis, sem renunciar à sua vida normal em sociedade. A confiança e amizade que ligava Mona Tessa à família Portinari permitiu-lhe influenciar decisivamente o chefe da família. Este, por sua vez, terá visto no hospital um foco de atracção de legados e doações, mantendo-o gerido pelos seus descendentes. Mona Tessa esteve ainda na origem das Oblatas na sequência da criação do hospital. Erigido o hospital, Mona Tessa comprometeu-se pessoalmente e com a ajuda de mais voluntárias a prestar serviço na nova instituição, cuja dimensão inicial permitia dar resposta às necessidades de apoio aos doentes. Desta forma, foi possível prestar assistência aos doentes no novo hospital de Florença, com esse grupo de voluntárias inspiradas nos ideais de São Francisco de Assis. Hoje, as Oblatas são uma ordem religiosa presente em 15 países. A elas se juntaram, do lado masculino, os Conversi que se dedicavam ao tratamento dos homens internados.

Folco Portinari faleceu um ano depois de ter fundado o Hospital, em 1289, seguido pouco depois da morte de sua filha Beatrice, para profundo desgosto de Dante Alighieri, passando de fulcro e foco de amor, para sua “santa protectora”.

QUAL A DIMENSÃO INICIAL DO NOVO HOSPITAL?

Doze camas, o mesmo número dos apóstolos. Tal dimensão, porém, cedo se mostrou exígua, sendo o seu alargamento possível graças à aquisição, pelos herdeiros de Folco Portinari, de terrenos adjacentes à propriedade inicial e às doações e legados de que o Hospital beneficiou. Dez anos depois estavam já em construção a enfermaria de mulheres e as primeiras instalações para as Oblatas. O Hospital acabou por ganhar a forma arquitectural de uma cruz. O seu alargamento fez com que se tornasse no primeiro hospital em Florença, impulso matriz a que se manteve fiel desde a sua fundação,



adaptando-se às exigências hospitalares que se foram fazendo sentir ao longo dos séculos. Essa capacidade de adaptação faz com que o Hospital de Santa Maria Nuova ainda exista hoje em funcionamento, 735 anos depois da sua fundação.

No final do século XV, na altura em que D. João II decidiu criar o Hospital de Todos os Santos e sua mulher, a Rainha Dona Leonor, o Hospital de Nossa Senhora do Pópulo, nas Caldas da Rainha, foi no modelo do Hospital de Florença que procuraram inspiração. Diga-se ainda que nessa época o Hospital de Santa Maria Nuova já tratava por ano seis mil e quinhentos doentes, com uma demora média de doze a vinte dias, mostrando a transformação que sofrera nos seus duzentos anos de existência.

Mais ainda do que a dimensão é de assinalar a natureza médica da sua organização, em contraste com a tradicional separação das actividades médicas e das actividades de albergar debaixo do mesmo tecto doentes e casos sociais. O desenvolvimento da medicina em Itália e em Florença, em particular, explicam este passo em frente na evolução hospitalar,

associando os médicos aos cuidados de doentes acamados. É significativa ainda a associação do Hospital ao ensino da Medicina e da Cirurgia em Florença, reforçando a sua natureza médica e cirúrgica. Lembremos que o Studium Generale, com ensino de Direito, Medicina e Literatura foi reconhecido pelo Papa Clemente VI no ano de 1349, pouco mais de cinquenta anos após a fundação do Hospital.

Muito relevantes são ainda três aspectos que caracterizaram o Hospital: a integração de médicos na organização, a estrutura dos prestadores de cuidados, a que hoje chamaríamos de enfermagem, com responsabilidade pelos cuidados prestados aos doentes nas enfermarias, a decisão clínica de internamento, incluindo a possibilidade de ir buscar o doente ao domicílio e a sequência dos cuidados prestados, factos que mostram a maturidade do pensamento que presidiu à organização do Hospital.

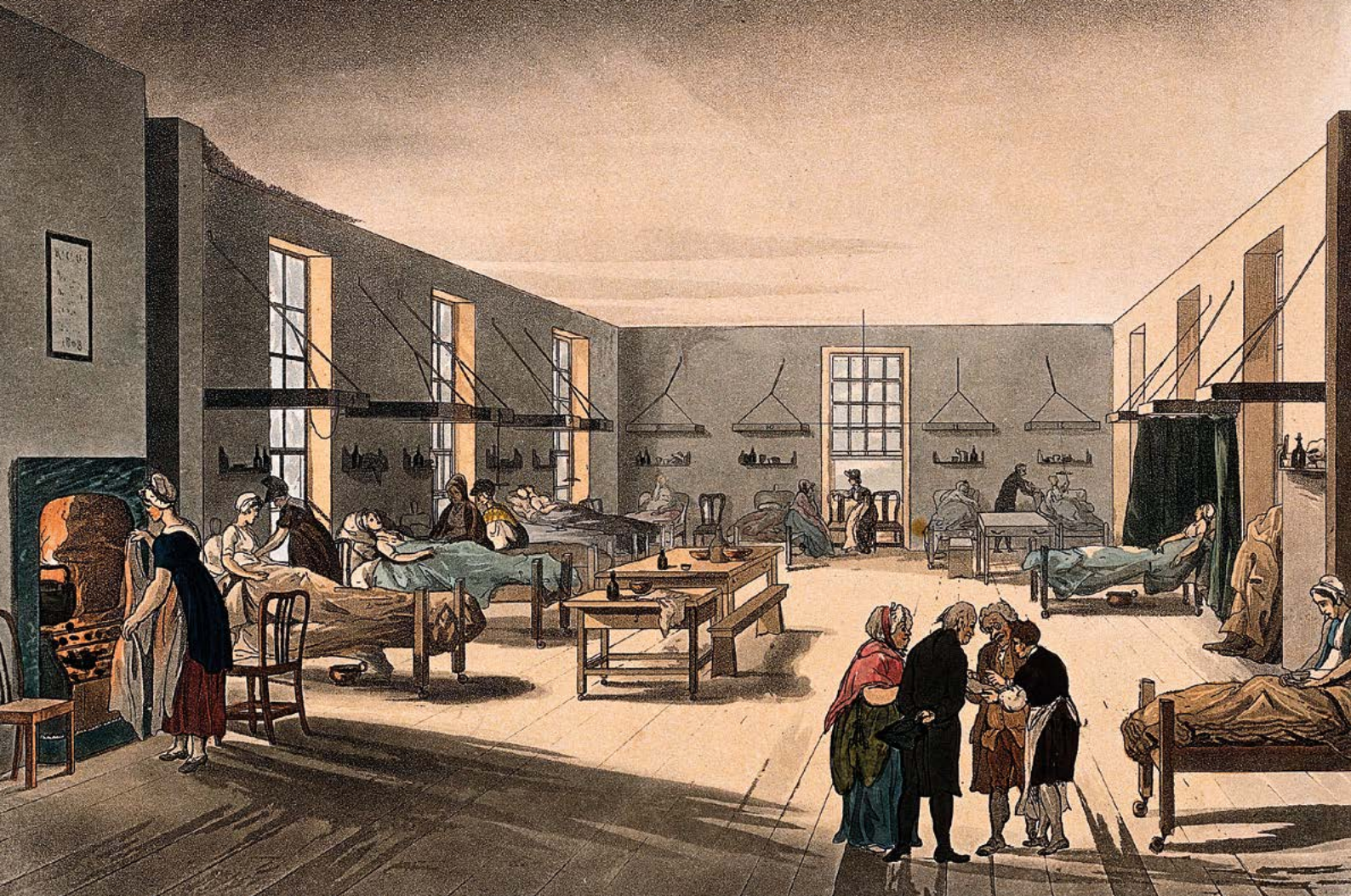
Finalmente, cumpre dar relevo à figura do Spedalingo que representava o poder administrativo na organização, tal como aconteceu nos primeiros hospitais portugueses com a figura do Provedor:

Tal como em Portugal, Henrique VIII de Inglaterra também pensou no Hospital de Florença quando quis reformar o Hospital de S. Bartolomeu em 1525, em Londres, mandando pedir uma cópia dos estatutos de Santa Maria Nuova à família Portinari, os quais lhe foram enviados. O próprio Papa Leão X enviou a Florença o seu médico pessoal para colher informações para reformar o Hospital do Espírito Santo em Roma e o mesmo fez Fernando I da Áustria em 1546, com a intenção de modernizar os hospitais do País. Por tudo o que se sabe, se percebem melhor as razões pelas quais D. João II e a Rainha Dona Leonor se inspiraram no hospital de Florença para criarem os primeiros hospitais portugueses. Honra lhes seja prestada. ●

REFERÊNCIAS

- Santa Maria Nuova through the Centuries. Medicine, Surgery, Healthcare, Art and Culture in the Hospital of the Florentines, editor Giancarlo Landini, Junho 2017, Edizioni Polistampa, Firenze.
- Dante e Santa Maria Nuova, Fondazione Santa Maria Nuova, 2022, Edizioni Polistampa, Firenze.

1. Presidente da APAH (1988-1992),
Sócio Mérito da APAH



Carreira de Administração Hospitalar: o passado

Pedro Lopes¹

Falar da carreira de Administração Hospitalar implica fazer uma viagem ao passado sobre o tema da saúde em Portugal e a sua organização, particularmente na área hospitalar. A Carta de D. Afonso V a Rodrigo das Pias, concedendo-lhe a provedoria e administração do Hospital de Milréus, em Coimbra, por estar mal governado (1468), é talvez a primeira afloração do papel da administração hospitalar em Portugal. Em 1485 D. João II, utilizando os legados pios de 43 pequenos hospitais e albergarias de Lisboa, procede à sua centralização e cria o Hospital Real de Todos Os Santos inaugurado, apenas,

no reinado de D. Manuel I. No mesmo ano, a sua mulher rainha Dona Leonor criou o Hospital Termal Dona Leonor, nas Caldas da Rainha. A Carta de D. Manuel I, concedendo o cargo de provedor e administrador do Hospital das Caldas de Lafões, em Janeiro de 1514 ao Doutor Duarte de Almeida, com indicações sobre o modo de administrar o hospital, o celeiro e o funcionamento dos banhos é outra menção, bem longínqua, do mesmo atributo. Refere o documento, entre outras referências, “Dom Manuel E cetera A quantos esta nossa carta virem fazemos saber... E administrador das caldas E cilleiro... E ho conhecimento dello pertencer que leixem administrar as dítas caldas ao dicto Duarte d'almeida...”. Em 1564, D. Manuel I

entregou a gestão do Hospital Real de Todos Os Santos à Misericórdia de Lisboa, que se transformou num movimento de reivindicação das misericórdias do país com vista ao seu alargamento criando, assim, a rede das misericórdias que prestam cuidados sociais e de saúde à população portuguesa, nesse período e no período subsequente. Estes cuidados, no entanto, caracterizam-se por serem de índole caritativa e cobrem essencialmente as classes mais desfavorecidas.

As Misericórdias têm origem nas ordens religiosas e eram originalmente locais que albergavam pessoas que estavam de passagem nas respetivas localidades.

O processo constitucional português

também é um campo de reflexão para nos situarmos na questão das preocupações do estado português em matéria de saúde. A Constituição Política da Monarquia Portuguesa de 26 de Setembro de 1822, do reinado de D. João VI, referia no seu Art.º 240.º que "As Cortes e o Governo terão particular cuidado da fundação, conservação, e aumento de casas de misericórdia, e de hospitais civis e militares...".

A Constituição Política da Monarquia Portuguesa de 24 de Abril de 1838, do Reinado de Dona Maria II, no entanto, não tem qualquer referência específica às questões da saúde. Por outro lado, a Constituição Política da República Portuguesa de 21 de Agosto de 1911, do período da I República, refere no seu Título II, que se intitula Dos Direitos e Garantias Individuais e Art.º 3.º, n.º 29.º que "É reconhecido o direito à assistência pública". A Constituição da República Portuguesa de 19 de Abril de 1933, do período chamado de Estado Novo, refere no Art.º 15.º que "As corporações, associações ou organizações... visarão... objectivos... de assistência...", bem como no Art.º 40.º que "É direito e obrigação do Estado a defesa da moral, da salubridade e da higiene pública." e, finalmente, no Art.º 41.º que "O Estado promove e favorece as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade". Finalmente a Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976 refere no seu Art.º 64.º, com a designação Saúde, no seu n.º 1, que "Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover", bem como no seu n.º 2 que "O direito à protecção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito". Considera-se que a nossa atual Constituição, com este preceito legislativo, consigna um verdadeiro "direito à saúde" aos cidadãos portugueses.

A Lei n.º 201 I de Abril de 1946 (Lei da Organização Hospitalar) estabeleceu pela primeira vez entre nós, e muito antes de outros países, um sistema hospitalar regionalizado, conforme BASE I, n.º 1 que refere "Para efeitos de organização hospitalar, o País é dividido em zonas, regiões e sub-regiões". Esta configuração permaneceu durante muito tempo no panorama da nossa organização hospitalar. A BASE XXIII refere que "A organização, administração... preparação

A carreira de administração hospitalar é criada pelo Decreto 499/70 de 24 de Outubro, sendo Ministro da Saúde e Assistência Baltasar Leite Rebelo de Sousa

técnica, modo de recrutamento e acesso dentro dos respetivos quadros...", conceitos que apontam claramente para a profissionalização dos seus recursos, nomeadamente na área da administração.

Inicia-se a partir deste momento uma fase de construção de hospitais que, no entanto, serão entregues às Misericórdias, instituições da maior relevância na época.

É neste conspecto que surgem dois importantíssimos diplomas legislativos que apontam para a necessidade de gerir os hospitais de forma mais profissional. Os Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968 e o Decreto 48 358, de 27 de Abril de 1968.

O Decreto n.º 48 357 referindo, desde logo, no Artigo 35.º, n.º 1 "Em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos e serviços hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial...", bem como no n.º 2, alínea b), do mesmo artigo "Aplicar métodos actualizados de gestão económica..." e ainda, na alínea c) do mesmo, a necessidade de "Prestar a maior atenção à preparação técnica do pessoal". Mais refere este diploma legislativo no Artigo 54.º, n.º 3, a existência de lugares de administrador geral, administrador dos hospitais oficiais e administrador dos hospitais regionais. A Secção II do mesmo diploma fala das carreiras hospitalares e no Artigo 70.º, n.º 4 que o estabelecimento das carreiras é feito por decreto regulamentar. Finalmente, no Artigo 72.º que são estabelecidas de imediato, entre outras, a carreira de Pessoal superior de saúde.

Mas é com a publicação do Decreto 48 358, acima referido, que aprova o Regulamento Geral dos Hospitais, que se estabelece a organização e funcionamento dos hospitais. Desde logo com a referência à composição dos seus órgãos de administração

(art.º 8.º), com a referência à criação do Pessoal dirigente (art.º 16.º), com a referência à carreira de administração dos hospitais referindo o Administrador e o Administrador Geral (art.º 37.º) e, ainda e particularmente para o discurso da nossa temática, a referência no Artigo 37.º, n.º 3 que será fixada em portaria a data a partir da qual passa a ser exigida como habilitação indispensável o curso de administração hospitalar.

A carreira de administração hospitalar é criada pelo Decreto 499/70 de 24 de Outubro, sendo Ministro da Saúde e Assistência Baltasar Leite Rebelo de Sousa, bem como a regulamentação do respetivo acesso. Assim se lê no seu preâmbulo quando refere que é decretada e promulgada a referida regulamentação em execução do disposto no artigo 91.º do Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968, que dava nota da necessidade da posterior publicação pelo Ministério da Saúde e da Assistência, dos necessários regulamentos.

No entanto, só com a publicação do Decreto-Lei n.º 101/80, de 8 de Maio que refere no seu preâmbulo da necessidade de reformulação da carreira de administração hospitalar, é que se manifesta a sua efetiva intervenção. O preâmbulo refere que "Sendo a responsabilidade dos órgãos de gestão a contrapartida necessária da autonomia..." a participação dos administradores hospitalares é determinante "... quer na fase da preparação, quer na tomada de decisão". Os pressupostos, além da referida autonomia administrativa e financeira eram o facto de os hospitais serem unidades de cuidados diferenciados, de se tratar de cuidados muito caros e ainda pelo número de trabalhadores que utilizam visto serem estabelecimentos de grande dimensão. A sua regulamentação consta dos vários artigos, dos quais destacamos o art.º 2.º que se intitula ▶



Quadro da carreira de administração hospitalar vulgarmente conhecido por Quadro Único, onde se refere que a sua gestão é feita pelo Departamento de Recursos Humanos da Administração Central de Saúde, comumente conhecido por Departamento de Recursos Humanos, o art.º 9.º intitulado Comissão de avaliação constituída por três administradores hospitalares com a categoria de 1.º grau, refiro como curiosidade que a primeira comissão de avaliação foi constituída pelos nossos colegas Júlio Reis dos Hospitais da Universidade de Coimbra e Viriato Namora e Cândido Araújo, ambos do Centro Hospitalar de Coimbra. Os administradores hospitalares eram classificados em graus nos termos do art.º 4.º do mesmo diploma que refere os graus da carreira serem em número de quatro. Com base na sua categoria ou grau, eram oponentes aos vários lugares dos estabelecimentos hospitalares, na sequência dos concursos abertos pelo Departamento de Recursos Humanos e colocados nos respetivos hospitais em comissão de serviço, equiparados a pessoal dirigente, designadamente para efeitos remuneratórios, entre outros. De referir a luta para a obtenção do direito às despesas de representação consagradas na Lei n.º 49/99, de 22 de Junho que estabeleceu o Estatuto do Pessoal Dirigente e no seu art.º 34.º, n.º 2 fala sobre a possibilidade da sua atribuição. Com efeito, o Decreto-Lei n.º 158/2001, de 18 de Maio refere no seu

preâmbulo que “Atendendo às funções de gestão hospitalar exercidas e tendo presente a complexidade de organização e funcionamento dos hospitais, bem como o seu imprescindível elevado grau de rendimento e eficiência, justifica-se a atribuição aos administradores hospitalares do suplemento mensal por despesas de representação”.

A criação do curso de administração hospitalar está intimamente ligada à criação da Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical hoje, apenas, Escola Nacional de Saúde Pública conforme Portaria n.º 24 222 de 4 de Agosto de 1969. Refere o n.º 1 deste diploma legislativo que na Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical é criado o curso ordinário de Administração Hospitalar que terá a duração de um ano escolar seguido de cinco meses. Mais refere o diploma as licenciaturas exigidas para o respetivo ingresso, bem mais restritas do que as exigências atuais, bem como a preferência para os funcionários que desempenhavam funções hospitalares. Não podemos deixar de mencionar algumas das personalidades que lecionaram as várias matérias do curso de administração hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, como o professor Coriolano Ferreira, “pai da nossa carreira”, Caldeira da Silva, Eduardo Caetano, Augusto Mantas, Correia de Campos, Nogueira da Rocha, Vasco Reis e tantos outros que fizeram parte do

Quisemos fazer perpassar o panorama dos primórdios dos cuidados prestados aos cidadãos

seu elenco e nos permitiram abraçar, com o entusiasmo que nos caracteriza, esta carreira e a nobre missão que com ela desempenhamos de forma afinçada, a nobre missão da gestão das nossas unidades de saúde em prol da saúde dos nossos cidadãos.

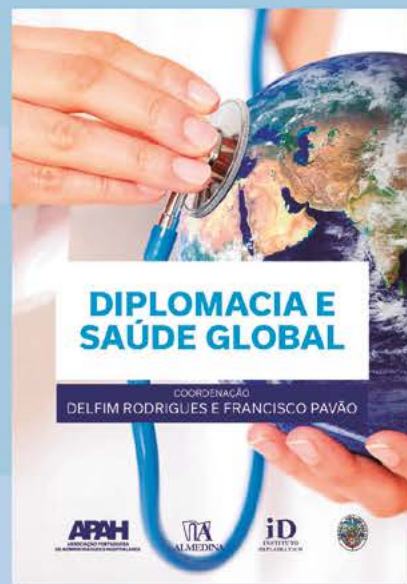
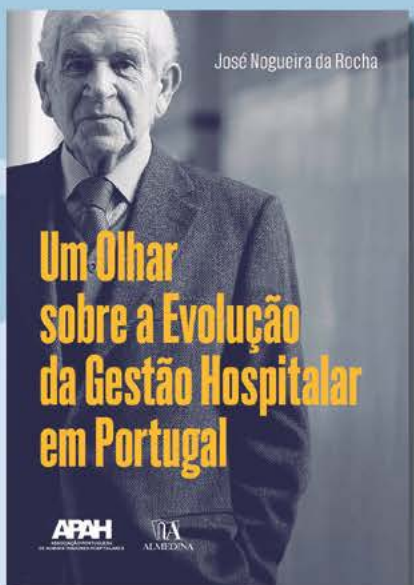
Com este texto quisemos fazer perpassar o panorama dos primórdios dos cuidados prestados aos cidadãos, basicamente caritativos, aonde pontuaram as Misericórdias, de seguida um périplo pelos vários processos constitucionais e as respetivas preocupações com a saúde dos portugueses, culminado com a atual Constituição da República Portuguesa e a consagração do princípio do direito à proteção da saúde de cariz universal, geral e tendencialmente gratuito, posteriormente as questões ligadas à organização hospitalar e os afloramentos da gestão na saúde com vista à prestação de cuidados de saúde de forma eficaz e eficiente e finalmente, a carreira de administração hospitalar. ●

REFERÊNCIAS

- “Fragmenta Histórica”, Revista do Centro de Estudos Históricos da Universidade Nova de Lisboa.
- Constituição Política da Monarquia Portuguesa de 26 de Setembro de 1822.
- Constituição Política da Monarquia Portuguesa de 24 de Abril de 1838.
- Constituição Política da República Portuguesa de 21 de Agosto de 1911.
- Constituição da República Portuguesa de 19 de Abril de 1933.
- Lei n.º 2011 de Abril de 1946.
- Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968.
- Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de Abril de 1968.
- Decreto 499/70 de 24 de Outubro.
- Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976.
- Decreto-Lei n.º 101/80 de 8 de Maio.
- Portaria n.º 24 222, de 4 de Agosto de 1969.
- Decreto-Lei n.º 158/2001, de 18 de Maio.

1. Administrador Hospitalar, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; Presidente da APAH (2008-2013) e sócio de mérito da APAH

JÁ DISPONÍVEIS



Saúde Mental Populacional: desafios na antecâmara da multiplicação das ULS

Bernardo Gomes¹

Portugal tem um desafio particular com o peso das doenças mentais, sendo que representam uma das principais razões de perda de anos de vida com saúde. É sobejamente conhecido o peso da depressão para os cuidados de saúde, sendo que a utilização de antidepressivos é frequentemente citada como estando acima da média europeia.

Neste pequeno parágrafo citam-se factos, mas começamos logo a focar um dos principais problemas da saúde mental populacional: é mais difícil de medir e tem complexidades associadas relevantes. Uma das falácias mais comuns de reflexões sobre o uso de antidepressivos reside logo na incapacidade de entender que são fármacos usados para outras patologias e, por outro lado, perante o subdiagnóstico de patologia depressiva, porventura estão a faltar prescrições que poderiam melhorar a vida de muitos indivíduos. Adicionalmente, a questão da quebra de acesso às consultas de psicologia como primeira linha de abordagem da patologia depressiva fica amiúde fora da reflexão de causalidade de prescrição aumentada.

Na questão da codificação de doença mental, são conhecidas as limitações

do ICPC-2 nesta circunstância, o que, somado ao subdiagnóstico, deixa uma base pouco sólida de planeamento na área da saúde mental. Um dos desafios de qualquer ULS será mesmo estabelecer metodologias mais ajustadas no apuramento de dados locais que traduzam a realidade. Neste contexto, é importante olhar para trabalhos nacionais com amostragem representativa como os levados a cabo por, entre outros, o Professor Ricardo Gusmão e colegas: estabelecerão balizas de raciocínio, juntamente com dados europeus e mundiais.

Recentemente temos visto avanços consideráveis com o estabelecimento progressivo de equipas de carácter comunitário e multidisciplinar. No entanto, é preciso ter a noção da limitação que as equipas têm no seguimento de um conjunto considerável de doentes com necessidades difíceis. Neste contexto, estamos a falar de doença mental com gravidade e não propriamente de um conjunto vasto de necessidades ligadas a patologias menos graves mas certamente mais numerosas.

Ainda no capítulo das doenças graves, continuam por capitalizar possibilidades de articulação entre saúde pública, psicologia, psiquiatria, assistentes sociais, tribunais, ministério público, equipas comunitárias de saúde mental (em progressiva implementação pelo

país), equipas de tratamento na área das dependências e também equipas locais da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. Na verdade, a doença mental muitas vezes vive em sindemia com fenómenos sociais disruptivos, o que pede especial atenção e articulação.

Mas pensando além daquilo que são problemas já conhecidos e soluções fáceis de implementar em articulação e/ou com algum reforço de recursos, melhorar a saúde mental da população requer uma abordagem multifacetada que aborde vários fatores que contribuem para o bem-estar mental.

A prestação de serviços clínicos de saúde mental, isoladamente, não é estratégia suficiente para resolver os problemas existentes e o apoio a intervenções e atividades não clínicas como estratégias de prevenção primária são fundamentais para redução de carga de doença. Não podemos esperar que consigamos ter resposta de psicologia a todas as necessidades existentes e a redução de carga no longo prazo é uma prioridade. Neste campo o planeamento, monitorização e avaliação devida de programas, com a devida adequação ao contexto sociodemográfico e geográfico é algo a ser levado a cabo por serviços de saúde pública devidamente capacitados para o efeito.

Existem algumas lacunas por explorar em Portugal: as campanhas mediáticas dedicadas à saúde/doença mental são recentes e têm mais terreno por explorar, com destaque para o estigma e subdiagnóstico; as experiências naturais e ensaios quasi-experimentais são formas pouco exploradas de validação de intervenções, sendo a saúde mental uma área prioritária; a reserva de tempo para que profissionais psi se dediquem a projetos de índole populacional no SNS deve ser considerada nos serviços; devem ser dirigidos incentivos para esta área,

Uma das falácias mais comuns de reflexões sobre o uso de antidepressivos reside logo na incapacidade de entender que são fármacos usados para outras patologias

compreendendo *a priori* a problemática da mais difícil medição de impacto quando comparada com outros grupos de doenças; a formação sobre doença mental deve ser também uma aposta dirigida aos cuidados de saúde primários para melhorar diagnóstico e tratamento.

Será de bom senso assinalar que escolas e locais de trabalhos são cruciais para a difusão de informação e mudança de comportamentos. No entanto, é necessário que os programas dirigidos para esse efeito sejam devidamente capacitados e avaliados. A ligação da atividade física e exercício físico à saúde mental deve ser também devidamente contemplada no desenho de programas comunitários.

Sem aprofundar possibilidades adicionais, já fora da ação dos serviços de saúde e programas comunitários clássicos, a modificação de determinantes socioeconómicos deve passar não só por políticas nacionais, como também por políticas

de proximidade que deem respostas a especificidades locais. Num panorama de desafios a curto e médio prazo, temos a questão da ambivalência da tecnologia como ferramenta auxiliar, mas também como ameaça à saúde mental. Recentemente foi destacada nos Estados Unidos uma publicação que se referia à epidemia de isolamento e solidão. A compreensão dos mecanismos pelos quais se agravou esse fenómeno também não deve afastar a ideia de que, no exemplo das redes sociais, existem também efeitos positivos, nomeadamente para grupos vulneráveis. Ainda no campo do papel da tecnologia para a saúde mental populacional, a leitura de sinais disponíveis nas redes sociais permite também auxiliar o conhecimento do estado coletivo de saúde mental assim como sinalizar situações de risco. Não usar esse potencial é negligenciar oportunidades de melhoria e intervenção.

O momento de criação de novas ULS pode perfeitamente servir para

potenciar muito do que foi aqui escrito, com maior massa crítica associada em serviços de saúde pública e com acesso a outras possibilidades de intervenção. É também mais do que recomendável incrementar a partilha de projetos bem-sucedidos entre as diversas ULS para que sejam replicados, adaptados e também reconhecidos. Por não se tratar de uma área particularmente fácil, devem ser procurados incentivos adicionais para que a saúde mental populacional também consiga fazer o seu papel e ajudar o mais rapidamente possível a minorar a carga de sofrimento individual, com todas as suas consequências. ●

1. Médico de Saúde Pública,
Vice-Presidente da ANMSP

www.caleffi.com

LEGIOMIX 2.0

A SAÚDE PASSA PELA ÁGUA



CALEFFI
Hydronic Solutions

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





Direito Biomédico e Genômica: caminhando em direção ao futuro

André Dias Pereira¹, Carla Barbosa¹, Andreia da Costa Andrade¹, Eduardo Figueiredo¹, Thaís Cesa e Silva¹, Marta Lobo¹

Os avanços da Medicina Personalizada/de Precisão (MPP) de Base Genômica desenvolvem-se de forma tão vertiginosa que, relativamente a certos aspetos, o ordenamento jurídico não consegue evoluir ao mesmo ritmo - lacuna esta que urge colmatar, de modo a dar resposta a diversos desafios presentes e futuros que ainda não encontram as suas bases no plano normativo. Foi com este objetivo (entre muitos outros, como o de levar ao conhecimento do público em geral as virtudes

destes avanços tecnológicos no plano da saúde), que surgiu o Projeto de Capacitação da Região Centro para a Medicina Personalizada/de Precisão, de Base Genômica¹, no qual o Centro de Direito Biomédico esteve envolvido desde 2020. O trabalho da equipa constituída pelo Prof. Doutor André Dias Pereira, pela Mestre Carla Barbosa, pela Mestre Andreia da Costa Andrade, pelo Mestre Eduardo Figueiredo, pela Mestre Thaís Cesa e Silva e pela Mestre Marta Lobo tinha como meta a clarificação da relação entre a medicina genômica e o Direito, numa dinâmica de simbiose e interajuda entre âmbitos tão diferentes.

Depois de três anos de diversos trabalhos (escrita de artigos, palestras,

congressos e conferências), o percurso da equipa terminou com a redação de um Manual de Boas Práticas, com o intuito de apresentar as possíveis soluções já clarificadas no ordenamento jurídico e trazer à reflexão os outros tantos desafios ético-jurídicos oferecidos pela MPP no domínio da genética.

Os potenciais da MPP devem-se aos progressos no mundo da genética, que permitem a implementação de modelos de tratamento médico-farmacológico personalizados às características específicas de cada paciente, baseados no genótipo e fenótipo individuais. Essa realidade oferece muitos benefícios ao alcance de melhores níveis de saúde e



Como pontos de partida, reconheceu-se que a prevenção em saúde é um ponto fundamental para ajudar a diminuir a mortalidade e morbidade e para diminuir os custos da saúde em Portugal

qualidade de vida, o que não pode ser impedido pela falta de alternativas de contorno aos desafios que iremos analisar, face aos quais valemo-nos, desde logo, das recomendações essenciais relativas à 'promoção de maior literacia sobre a correta utilização da informação genómica por parte dos profissionais de saúde, mas também da população, que terá uma maior responsabilidade sobre a sua própria saúde'² e ao facto de que 'o modo de implementação da medicina personalizada deve adequadamente responder aos múltiplos achados clínicos dela decorrentes.

Assim, esta modificação conceptual exige, da mesma forma, a urgente educação dos próprios políticos e legisladores e deve ser acompanhada de ampla discussão pública'³.

Foram diversas as discussões e conclusões destes três anos de estudos. Como pontos de partida, reconheceu-se que a prevenção em saúde é um ponto fundamental para ajudar a diminuir a mortalidade e morbidade

e para diminuir os custos da saúde em Portugal. Reconhece-se ainda que a internormatividade existente na área da genética se pode revelar restritiva, carecendo de alterações tendentes à harmonização e atualização em face dos desenvolvimentos técnico-científicos. Importa por isso realizar um esforço de revisão, discussão e (des)construção dos cânones em vigor, de modo que a comunidade aceda efetivamente aos benefícios que a genómica pode proporcionar nos serviços de saúde por meio da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças ou até mesmo na economia de meios.

Posto isto, cumpre mencionar algumas das recomendações finais alcançadas pela equipa do CDB acerca dos diversos temas abordados.

As mesmas encontram-se elaboradas de forma sucinta e clara - porque o Direito deve ser por todos entendido.

Biobancos - consagrados em Portugal, na Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro⁴

- A escassa regulamentação da atividade de biobancos em Portugal, presente de modo disperso em diplomas em vigor, tem gerado dificuldades na determinação de conceitos, deveres dos intervenientes, direitos dos titulares e até condições do exercício da atividade. É essencial a aprovação de regime jurídico que estabeleça as condições de todo o tratamento de amostras biológicas de origem humana (desde a colheita, processamento, análise, disponibilização e utilização, armazenamento e destruição) para fins de investigação científica fundamental, aplicada ou translacional. Só assim será superada a incoerência de conceitos presentes nos diferentes diplomas.

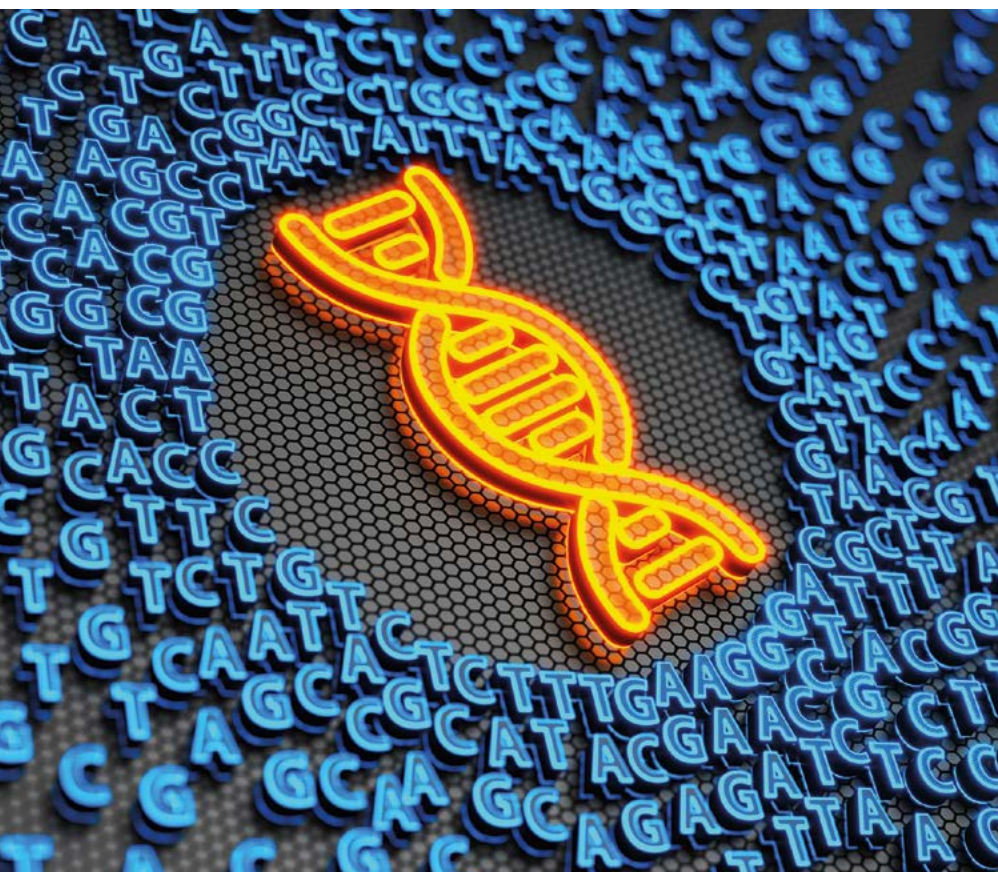
- Este regime a discutir e aprovar

deverá também homogeneizar a informação prestada aos titulares do material biológico para efeitos de CI e estabelecer a obrigatoriedade da implementação de medidas técnicas que garantam a segurança e qualidade dos procedimentos, mediante fiscalização do cumprimento das mesmas.

- Aspeto sensível que não poderá ser olvidado, prende-se com a sustentabilidade financeira a médio prazo das estruturas dedicadas à atividade de biobanco para fins de investigação científica. As despesas são avultadas e importa garantir financiamento que não comprometa a imprescindível isenção ético-científica.

A Responsabilidade na Transmissão da Informação Genética

- Identificamos a premissa de que à *informação sobre o diagnóstico* é atribuído o principal papel no campo da transmissão da informação genética, mormente ante o facto de que, na medicina genómica, a relação médico-paciente é pautada, no mais das vezes, pelo exclusivo objeto da obtenção e conhecimento do diagnóstico. Do ponto de vista jurídico temos que, por forma a evitar quaisquer responsabilizações por eventuais erros de diagnóstico, mostra-se relevante, por um lado, a prestação de deveres informacionais *reforçados*, fundamentadores da obtenção de um consentimento devidamente esclarecido, sobretudo quanto à ausência de benefício terapêutico imediato; e, por outro lado, uma atenção redobrada ao cumprimento das regras da arte médica em sede de realização de diagnóstico, como a consideração de todo e qualquer sintoma evidente e o *registo bem feito e pormenorizado* da análise de todos os exames, procedimentos e recursos aos aparatos e instrumentos disponíveis. ▶



A Utilização de Sistemas Automatizados de Decisão na Medicina Genómica⁵

• Enquanto um campo inovador e recente, a utilização de sistemas automatizados de decisão na medicina genómica ainda não se mostra bem amparada pela legislação existente, não havendo, por ora, respostas suficientes aos problemas apresentados. Contudo, até ao presente momento, é possível identificar três pilares fundamentais na utilização responsável dessa nova tecnologia:

- Atenção aos princípios basilares do Regulamento Geral de Proteção de Dados;
- Imprescindibilidade da análise subjetiva do estado do paciente e supervisão, ação e recomendação humanas das previsões alcançadas pelo sistema automatizado; ,
- Debate social urgente, envolvendo principalmente pessoas atuantes no âmbito do sistema de saúde.

Medicina Personalizada e de Precisão (MPP) e Saúde Pública

• É necessário investir na saúde pública personalizada de precisão, a fim de aproveitar as suas potencialidades em matéria de identificação, avaliação,

gestão e comunicação do(s) risco(s), bem como no que respeita à adoção de medidas profiláticas e reativas que se afigurem mais adequadas, seguras e eficazes para as populações em causa. A integração da genética/genómica no domínio da saúde pública deve ser feita de forma progressiva e cautelosa, garantindo sempre que todas as decisões são tomadas com base em evidências científicas e minimizando-se quaisquer ameaças e riscos para os direitos humanos e fundamentais dos cidadãos;

- Impõe-se promover a literacia sanitária e genómica, o que contribuirá para a capacitação dos cidadãos para que tomem decisões verdadeiramente esclarecidas no que respeita ao seu estado de saúde, com vantagens evidentes ao nível da saúde pública;
- A implementação da MPP não pode deixar de considerar aspetos de sustentabilidade económico-financeira, política, social e até ambiental, numa perspetiva simultaneamente sincrónica e diacrónica, buscando a melhor harmonização possível entre todas as forças e domínios concorrentes;
- Considerando as vastas potencialidades da MPP, deve aspirar-se à sua integração, da forma mais ampla

possível, no Serviço Nacional de Saúde (SNS), assegurando o acesso equitativo e não discriminatório de todos os cidadãos a tais cuidados;

- Os Estados devem atuar solidariamente entre si para garantir a partilha de benefícios derivados da MPP;
- É necessário desenvolver medidas concretas para prevenir, detetar e combater situações de discriminação com base no património genético, seja em contexto laboral, de seguros, civil ou criminal;
- A implementação da MPP em Portugal deve ser realizada em plena conformidade com o Direito da União Europeia aplicável, nomeadamente em matéria de proteção de dados pessoais e do recurso a inteligência artificial.

Implicações da genómica nas profissões na área da saúde

• A propósito das implicações nas profissões na área da saúde, não obstante a evolução registada, persistem constrangimentos, por exemplo, relativos à organização dos serviços de Genética Médica Clínica e à necessidade de formação dos profissionais de saúde relativamente à prevenção na área da Genética, associado a uma prestação de cuidados de saúde em genética clínica limitada. ●

REFERÊNCIAS

1. Projeto elaborado para candidatura ao concurso n.º Centro - 64 - 2020 - 29, "Projeto-piloto para a elaboração de uma estratégia e de uma rede regional para a Medicina Personalizada/de Precisão", aberto pela Autoridade de Gestão do PO Regional do Centro.
2. Santos, Heloísa G.; Pereira, André Dias, Genética para Todos: De Mendel à Revolução Genómica do Século XX - a prática, a ética, as leis e a sociedade, Gradiva, 2019, 166.
3. Santos, Heloísa G.; Pereira, André Dias, Genética para Todos, 166.
4. Alterada pela Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, e disponível para consulta em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1660&tabela=leis
5. A propósito deste tema, vide a Resolução do Parlamento Europeu, de 16 de fevereiro de 2017 (Recomendações à Comissão sobre disposições de Direito Civil sobre Robótica); Resolução do Parlamento Europeu, de 20 de outubro de 2020 (Recomendações à Comissão sobre o regime relativo aos aspetos éticos da inteligência artificial, da robótica e das tecnologias conexas); Carta Portuguesa dos Direitos Humanos na Era Digital (Lei n.º 27/2021, de 17 de maio).

1. Investigadores do Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra; Investigadores do Projeto de Capacitação da Região Centro para a Medicina Personalizada/de Precisão, de Base Genómica

Transição para ULS: preparar a mudança para não ficar tudo na mesma

Diogo Silva¹

As transformações na saúde não são novidade. Já foram várias as modalidades de organização testadas, com melhores ou piores resultados. A mais recente tentativa foram os centros hospitalares, com resultados muito díspares a nível nacional, mas em que na grande maioria dos casos tudo ficou na mesma.

De facto, por mais proveitosos que possam parecer ou ser novos modelos organizacionais, a sua implementação e sucesso depende necessariamente da forma como estes são recebidos, integrados e postos em prática pelas equipas de saúde. Não faltam exemplos de fusões ou novos modelos que o são apenas no papel, vendo-se na prática o funcionamento a ser igual ou muito semelhante à estrutura anterior. Mesmo o “novo” modelo (ULS), agora apresentado e assumido como a melhor alternativa, encontra resultados muito diferentes nas ULS já existentes.

Apesar destas várias tentativas de transformação organizacional, tem sido raro encontrar iniciativas que procurem de facto envolver os profissionais na preparação do processo de transformação de que farão parte, tornando-os inevitavelmente mais defensivos e resistentes à mudança.

Os receios são muitos e justificados, como é comum quando falamos de resistência à mudança. As dúvidas e receios vêm de preocupações válidas a que ninguém procurou ainda responder:

- Risco de canibalização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) pelos cuidados hospitalares, com potencial excessivo foco na urgência;
- Perda ou diminuição da autonomia dos CSP com a gestão a ser integrada numa ULS;
- Alteração das condições contratuais já estabelecidas;
- Manutenção da separação dos CSP e hospital, com manutenção da

descontinuidade de cuidados, apesar da fusão no papel;

- Entre muitos outros.

Assim, para que o novo modelo de ULS possa trazer os benefícios pretendidos, **será crítico envolver e mobilizar todos os profissionais das instituições envolvidas para a adoção e implementação deste novo modelo**, informando acerca da mudança pretendida e das suas razões, e identificando precocemente as suas preocupações e receios.

Mas como podemos iniciar e gerir de forma consciente este processo de mudança rumo a uma ULS, envolvendo os profissionais, de forma a apaziguar receios e maximizar as oportunidades?

Os modelos de gestão de mudança (desde os 8 passos de Kotter ao Modelo ADKAR) podem indicar-nos alguns dos passos do caminho a seguir:

1. Comunicar de forma clara as razões da mudança

Discute-se há anos qual o melhor modelo organizacional para a saúde. No entanto, a universalização do modelo ULS a todo o país foi repentina, sem que novos dados tenham sido apresentados ou explicados. Independentemente dos potenciais méritos do modelo, é normal que haja alguma surpresa e cautela com esta mudança. Assim, antes de explicar como será feita a transição, devem ser clarificadas as razões e o porquê da mudança, deixando claras as vantagens e os problemas que ajudará a resolver.

2. Incentivar as pessoas a quererem participar na mudança

Uma vez explicadas as razões da mudança, devem ser ouvidos e esclarecidos os receios e dúvidas de todos os afetados pela mudança. É natural que surjam muitas questões e preocupações, relacionados com a organização do seu trabalho, hierarquias, contratos, horários, férias, entre outras.

Enquanto estas questões não forem resolvidas ou debatidas, será muito difícil que os profissionais e equipas

estejam dispostos a ouvir e participar nas fases seguintes.

3. Transmitir os conhecimentos que as pessoas precisam para ajudar no processo de mudança

Uma vez abordadas as razões da mudança e analisados os receios, é fundamental explicar como vai ser feita a transição, qual a cronologia prevista e qual o papel que cada um vai desempenhar. Sem um caminho claro e realista, tornar-se-á sempre mais fácil recorrer aos métodos “antigos”, mas conhecidos.

4. Capacitar as pessoas e o sistema para o novo paradigma, reconhecendo e corrigindo atempadamente as falhas detetadas

Não chega informar sobre as responsabilidades. É preciso capacitar as pessoas com as competências exigidas pelo novo modelo e dotar o sistema (estrutura organizacional, hierarquias, sistemas de suporte) das ferramentas necessárias para facilitar a sua implementação, com a humildade de detetar e corrigir atempadamente os erros e problemas que irão inevitavelmente surgir.

5. Reforçar a mudança, alavancando as pequenas vitórias, de forma a garantir que a mudança se transforme no novo normal

O processo de mudança não termina após a implementação inicial do modelo. A grande transformação só acontece quando todas as equipas e profissionais aceitam e absorvem o novo paradigma no seu dia-a-dia. Para isso, é fundamental identificar as pequenas vitórias e boas práticas e conscientemente promover a sua propagação pela instituição, otimizando os processos ao longo do tempo.

No fundo, é fundamental gerir a mudança de forma a mobilizar líderes, equipas e indivíduos para uma nova realidade da qual queiram fazer parte e, até, ajudar a construir. ●

¹ Fundador da nobox e Médico de Saúde Pública



Novo Regulamento dos Dispositivos Médicos: equilíbrio entre regulamentação e inovação, será utopia?

João Gonçalves¹

Em maio de 2021 entrou finalmente em aplicação o Regulamento Europeu dos Dispositivos Médicos (EU) 2017/745, depois do inesperado adiamento de um ano causado pela pandemia da Covid-19.

Todos os agentes económicos, tiveram de fazer um esforço de preparação para ficarem em conformidade com o novo Regulamento, principalmente as empresas fabricantes para quem os novos requisitos são mais exigentes.

Este esforço de preparação e de adaptação exigiu avultados investimentos por parte das empresas, mais concretamente de meios técnicos e de recursos humanos. Em consequência destes investimentos, podemos afirmar que os agentes económicos deste setor; fabricantes, importadores, distribuidores, mandatários, etc., estavam preparados para o início desta nova era regulamentar.

Porém, esta transição requer o envolvimento de uma terceira parte, os Organismos Notificados (ON).

Efetivamente, assistimos a um grave problema de insuficiente capacidade por parte destas entidades para recertificarem todos os dispositivos médicos dentro dos prazos estabelecidos. Esta situação deveu-se essencialmente a cinco fatores que ocorreram em simultâneo:

1. Um terço dos ON saíram do mercado, pois não estavam interessados em fazer os elevados investimentos

para ficarem em conformidade com os requisitos do novo Regulamento. Existiam de acordo com as anteriores Diretivas mais de 90 ON, e destes somente 63 permanecem no setor.

2. Os ON que ficaram, tiveram de se sujeitar a auditorias de recertificação que se manifestaram extremamente lentas, devido não só à adaptação aos exigentes requisitos, como também à falta de quadros especializados das equipas auditoras independentes. Passados mais de dois anos da entrada em vigor do Regulamento, ainda só foram designados 38 dos 63 ON existentes.

3. Aumento do número de dispositivos médicos que carecem de intervenção de um ON. Os dispositivos de classe de risco I reutilizáveis cuja marcação CE era anteriormente atribuída pelo próprio fabricante, passaram agora

a necessitar da intervenção de um ON.

4. Muitos dos ON (e de maior dimensão) estavam situados no Reino Unido e deixaram de poder atuar como tal devido ao BREXIT.

5. Os procedimentos de recertificação previstos na legislação e nas *guidances* são burocraticamente pesados e acrescentam morosidade ao processo de avaliação pelos ON.

Ora, a conjugação destes fatores originou aquilo a que podemos chamar de “tempestade perfeita”. Neste contexto adverso a indústria, tanto a nível europeu, como a nível nacional, alertou as autoridades para o risco iminente de ruturas de dispositivos médicos, o que poderia vir a tornar-se um grave problema de saúde pública.

No Verão de 2022, as autoridades europeias e demais *stakeholders*, perceberam que “a casa estava a arder” e foram flexibilizando o seu posicionamento no sentido de se tomarem medidas urgentes que viessem mitigar este problema.

Efetivamente, em agosto desse ano foram aprovadas 19 medidas não-legislativas para responder aos

constrangimentos na implementação do Regulamento, no que concerne a aumentar a capacidade dos ON, diminuir o tempo de certificação, promover o acesso aos ON e reforçar a preparação dos Fabricantes. Estas medidas, embora positivas, revelaram-se tardias e insuficientes.

Em dezembro desse ano, os Ministros da Saúde da União Europeia discutiram novamente esta temática no Conselho Europeu (EPSCO). As contribuições dos Estados-Membros, incluindo a de Portugal, apelaram esmagadoramente à adoção urgente de medidas legislativas a nível europeu para mitigar os constrangimentos da implementação do Regulamento, legitimando a Comissão Europeia a proceder a uma revisão ao Regulamento, situação que era impensável acontecer até essa data.

Pois bem, a Comissão Europeia submeteu a proposta de revisão a 6 de janeiro de 2023, o Parlamento aprovou a mesma a 16 de fevereiro e o Conselho a 7 de março. A rapidez com que tudo foi aprovado é elucidativa da urgência e da criticidade com que as autoridades europeias encararam este problema.

Como consequência, entrou em vigor a 20 de março deste ano o novo Regulamento (EU) 2023/607 que veio alterar o Regulamento dos Dispositivos Médicos (MDR).

Este novo Regulamento fez uma revisão assertiva e “cirúrgica” ao anterior nos seguintes termos:

- Introduce uma extensão escalonada e condicional do período de transição até finais de 2027 e de 2028, para os dispositivos médicos com certificados ao abrigo das Diretivas, com base na sua classe de risco;
- Estende a validade dos certificados emitidos ao abrigo das Diretivas dos dispositivos médicos desde que preencham determinados requisitos;
- Elimina o prazo de escoamento (“sell-off”) permitindo a continuidade da disponibilização de dispositivos colocados legalmente no mercado sem um prazo definido.

Saudamos esta revisão ao Regulamento que veio retirar alguma pressão no curto e no médio prazo, porém, subsistem ainda desafios relevantes que não foram contemplados, como são exemplos a revisão ou emissão de *guidances* para assuntos como evidência

clínica e aprovações condicionais, a vigilância do mercado, a existência de um processo de suporte para os dispositivos órfãos e outros dispositivos de nicho de utilização. Espera-se ainda os resultados de um estudo que está a ser iniciado sobre inovação e *governance*, apoios direcionados às PME, entre outros desafios que se enfrentam face à implementação deste novo Regulamento dos Dispositivos Médicos.

A nível nacional, felicita-se a posição do Governo português e da Autoridade Competente nacional (o INFARMED) na referida reunião do Conselho Europeu dos Ministros da Saúde (EPSCO) que contribuiu para a decisão acertada de revisão do Regulamento por parte da Comissão Europeia.

Apesar desta boa notícia, apelamos ao INFARMED para criar orientações muito claras destinadas aos hospitais públicos no que toca às novas regras resultantes desta extensão do período transitório para os Dispositivos Médicos existentes no mercado, nomeadamente da extensão da validade da sua certificação até 2027 e 2028, respetivamente e

A Europa está a perder a “batalha” da inovação para outras geografias

dependendo da sua classe de risco e da eventual documentação necessária para que os hospitais interpretem da mesma forma as disposições legais, sobretudo em sede de contratação pública.

Existem outros desafios em Portugal, nomeadamente o atraso (elevado) que se verifica na publicação do documento enquadrador do Regulamento no ordenamento jurídico nacional. O Regulamento entrou em aplicação há mais de dois anos e o Decreto-Lei ainda não viu a luz do dia.

Aquando da fase de consulta pública, a APORMED submeteu um conjunto de contributos dos quais não sabemos se foram ou não incorporados, total ou parcialmente, nem visibilidade da aceitação dos contributos de outros *stakeholders*.

Esta é uma situação que cria incerteza em todos os intervenientes porque se desconhece a versão final da legislação e porque o setor integra outras matérias

de vital importância como são o caso da publicidade a dispositivos médicos, do reprocessamento de dispositivos médicos de uso único, das boas práticas de distribuição por grosso, entre outras.

Urge, pois, que o Governo português publique, o mais breve possível, o referido documento enquadrador por forma a clarificar a regulamentação deste setor.

Como nota final, realço que a indústria dos dispositivos médicos é das mais inovadoras a nível europeu. Esta indústria submeteu mais de 15.000 patentes ao “European Patent Officer”, no ano de 2021, ou seja, tantas como as patentes submetidas pela indústria farmacêutica e pela indústria de biotecnologia, juntas. A este caudal de inovação acresce o ritmo a que ela se desenvolve. De facto, o tempo médio de vida dos dispositivos médicos é muito curto: 18 meses em média.

Os anos recentes têm evidenciado que a Europa está a perder a “batalha” da inovação para outras geografias, mais concretamente para os Estados

Unidos da América e para a China, e o atual quadro regulamentar tem sido apontado como causa desta perda de competitividade na Europa no setor dos Dispositivos Médicos.

Dito isto, é crucial que as autoridades europeias reflitam sobre os prós e os contras de uma regulamentação excessiva e muito burocrática que implica investimentos avultados para as empresas que operam no espaço europeu.

Assim, após a curva de aprendizagem inicial da aplicação do novo Regulamento dos Dispositivos Médicos tanto para os Fabricantes como para os Organismos Notificados, demais Parceiros e restantes Agentes Económicos, urge que o tempo de certificação e disponibilização da Inovação no Mercado Europeu retome a adequada celeridade para que a introdução atempada da Inovação na Europa não se torne uma Utopia. ●

Centros de Responsabilidade Integrados: um caminho de futuro para o SNS

Francisco Goiana da Silva¹, João Varandas Fernandes², Miguel Cabral Pinho³, Mário Ribeiro⁴

A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), está empenhada em implementar uma reforma extensa no Serviço Nacional de Saúde (SNS). No entanto, não pretende começar tudo do zero. Ao longo da história do SNS, foram sendo criadas várias ferramentas com o potencial de melhorar o SNS que, pelos mais variados motivos, não foram ainda generalizadas apesar do seu potencial.

Os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) são um modelo organizacional desenvolvido há mais de 20 anos com o intuito de capacitar as instituições hospitalares de uma ferramenta de gestão que promovesse a autonomia de equipas de profissionais para dar resposta às necessidades dos utentes, sendo compensadas pelo seu desempenho. No entanto, foi apenas em 2017, que foi consagrado o modelo de CRI atual, através da publicação da portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro. Os CRI caracterizam-se por serem estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes do Conselho de Administração (CA), que têm autonomia técnica, e com os quais estabelecem um processo de contratualização interna. Por via desse processo negociam o seu compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro para um período de três anos, em função da resposta às necessidades em saúde da população.

A DE-SNS, em linha com as prioridades definidas pelo Ministério da Saúde, vê nos CRI uma oportunidade de aumentar o acesso da população a cuidados de saúde e recompensar as equipas de profissionais que se esforçam para garantir esse acesso. De forma a promover o conhecimento desta ferramenta e das alterações legislativas que se prevê que venham

a ocorrer em breve, a segunda edição do SNS Summit, a 31 de maio de 2023, foi dedicada aos CRI.

O auditório do Convento São Francisco, na cidade de Coimbra, e os seus 800 lugares, não chegaram para todos os interessados em participar neste SNS Summit. Validou-se assim não só o interesse do tema, mas também a escolha da DE-SNS em apostar neste tipo de eventos de encontro e partilha entre os profissionais que sonham e fazem um SNS melhor todos os dias.

A iniciativa contou com a presença de toda a equipa da DE-SNS, ilustres convidados e palestrantes, entre os quais três ex-Ministros da Saúde (Maria Rosário de Belém, Luís Filipe Pereira, e Adalberto Campos Fernandes), o Secretário de Estado da Saúde, Dr. Ricardo Mestre, e o Ministro da Saúde, Dr. Manuel Pizarro, que procedeu ao encerramento.

Esta segunda edição contou ainda com mais de 3.000 pessoas que acederam à transmissão do evento pelas plataformas digitais, reforçando uma clara vontade dos profissionais em fazer parte deste processo de mudança.

O evento começou com um compromisso: Adicionar aos atuais 40 CRI no SNS, mais 25 até ao final do ano 2023 e mais 50 em 2024. Esta aposta deve-se ao facto dos CRI constituírem uma abordagem integrada que abrange uma multiplicidade de profissionais de saúde, que pode resolver alguns dos problemas do SNS, nomeadamente através da resolução das listas de espera, da remuneração justa e compensação da produtividade dos profissionais do SNS.

De forma a facilitar a evolução deste processo de gestão, a DE-SNS, convidou o Dr. João Varandas Fernandes, Diretor do CRI de Traumatologia Ortopédica do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central e Presidente

da Convergência dos Centros de Responsabilidade Integrados, Associação, a presidir à Unidade Técnica de Apoio à Implementação e Desenvolvimento dos Centros de Responsabilidade Integrados (UTAID-CRI). A principal missão é apoiar os processos de criação, de implementação e desenvolvimento a nível Nacional, de forma a uniformizar e sistematizar os procedimentos.

Destacam-se algumas das vantagens da atual aposta na criação dos CRI:

- **Melhorar a capacidade de resposta e de qualidade nos cuidados de saúde prestados**

Sendo um modelo centrado no utente, a criação de equipas multidisciplinares dedicadas possibilita uma resposta multiprofissional atempada, perante o aumento da procura e o aumento das necessidades em saúde. Tal permite uma maior facilidade no acesso e diminuição das listas de espera, e o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG).

Os CRI pretendem assegurar o desenvolvimento das melhores práticas clínicas centradas nas necessidades dos utentes, adaptando a organização interna das entidades do SNS a formas de gestão eficiente. Será importante ainda que as estruturas já referidas em cima contribuam no desenvolvimento de metodologias de avaliação dos CRI para uma adequada monitorização dos resultados. Tal deve ter por base uma clara transparência e partilha de informação (*benchmark*), com o intuito de promover a melhoria contínua de qualidade.

- **Melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde do SNS**

Os CRI são um modelo centrado em equipas multidisciplinares e flexíveis, que cumpram a atividade assistencial e os múltiplos indicadores de desempenho, possibilitando uma retribuição de incentivos financeiros, conforme o seu desempenho, tendo por base objetivos de criação de valor em

saúde. A remuneração aos profissionais de saúde deve ser de acordo com a sua progressão, indicadores de qualidade e eficiência, promovendo um compromisso aliado ao equilíbrio económico-financeiro.

A autonomia de gestão, inerente aos CRI, permite uma maior flexibilização na composição e organização das equipas, adequadas às competências e interesses de cada profissional. Os CRI podem ser a chave para tornar o SNS, pela primeira vez, tão ou mais atrativo em termos de condições de trabalho, do que o setor privado. Destaca-se ainda a esperança nos CRI manifestada por alguns dos profissionais mais jovens presentes no evento.

• **Alargar e desenvolver os CRI's**

Durante o SNS Summit houve uma constante preocupação em desmistificar a ideia de que os CRI são apenas exequíveis em áreas cirúrgicas. Foi expressamente manifestado pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde o objetivo de alargar o modelo para outras áreas de atividade, nomeadamente: Urgências, Especialidades Médicas, Meios Complementares de Diagnóstico e Hospitalização Domiciliária.

• **Informar e capacitar os profissionais de saúde para a criação eficiente de CRI**

Uma das dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde foi a falta de conhecimento sobre a concretização, gestão e avaliação de um CRI. Com o intuito de colmatar esta lacuna, foram definidas duas estratégias complementares: a aposta na associação CCRIA, que pretende ser um elo com experiência no desenvolvimento de CRI, e a formação individual de profissionais de saúde. A formação será realizada com recurso a um manual de apoio e sessões formativas que possam ser disponibilizadas por via digital, de forma a garantir facilidade, equidade e uniformidade no acesso à informação.

Não obstante a informação preconizada anteriormente, há a necessidade de melhorar os sistemas de informação de saúde que devem ser facilitadores do funcionamento dos CRI. Deverá também realizar-se a revisão dos preços de produção em vigor, com o objetivo de aumentar a atratividade do modelo e promover o CRI enquanto arquétipo que espelha a inovação, permite o desenvolvimento de investigação e

potencia a articulação com o ensino.

Esta segunda edição do SNS Summit pretendeu desmistificar preconceitos, clarificar dúvidas, ideias e objetivos dos CRI, assim como promover um novo ímpeto para o desenvolvimento sustentado de CRI a nível nacional, de forma uniformizada, coerente e transparente. Tendo em vista a perspetiva operacional das discussões ocorridas nos SNS Summit, no final do dia foram elaboradas recomendações, resultantes das várias sessões do evento, que passamos a enumerar:

1. Identificação de uma equipa técnica de peritos que possa dar apoio e orientação a novas iniciativas locais de criação de CRI;

2. Promover a formação e capacitação dos profissionais na criação e gestão dos CRI, nomeadamente através do desenvolvimento de um manual de apoio à criação, implementação, desenvolvimento e avaliação dos CRI e da dinamização de uma formação específica relativa aos aspetos mais relevantes de criação e funcionamento dos CRI, a disponibilizar por via digital aos profissionais de Saúde do SNS;
3. Promover o *benchmark* entre os CRI, promovendo uma melhoria da qualidade e potenciando o aumento do acesso;
4. Desenvolver mecanismos de avaliação transversal aos CRI, promovendo *accountability*;
5. Promover as lideranças na saúde, selecionando pela competência e alinhando com a dinamização dos CRI;
6. Garantir autonomia de gestão e flexibilidade dos modelos de contratação e gestão das equipas dos CRI;
7. Assumir os CRI enquanto instrumentos de captação de recursos humanos para o setor público;

8. Revisão do enquadramento jurídico, com vista a aumentar a abrangência a outras áreas hospitalares, pelo modelo CRI;

9. Revitalizar o modelo de gestão CRI de acordo com o novo contexto organizacional alicerçado em Unidades Locais de Saúde;

10. Atualização dos referenciais de preços de produção em vigor, de forma a aumentar a atratividade para implementação do modelo CRI;

11. Envolver as novas gerações de profissionais de saúde no processo de criação e gestão dos CRI;

12. Assumir os CRI enquanto oportunidades de aceleração de inovação, transformação de processos clínicos e de gestão, investigação e ensino;



Continuaremos a construir em conjunto um SNS melhor no próximo SNS Summit

Tal como foi possível ver numa das perguntas interativas no evento, há um grande interesse por parte dos profissionais em explorar o modelo dos CRI. Compete agora à DE-SNS, à UTAID-CRI e à CCRIA continuar a capacitar os profissionais para a adesão a este modelo. Contamos com os CA das diferentes instituições hospitalares para a implementação dos CRI que maior valor acrescido tragam à nossa população.

Juntos, e em proximidade, continuaremos a dar mais acesso e qualidade aos cuidados de saúde à população. Continuaremos a construir em conjunto um SNS melhor no próximo SNS Summit. ●

1, 3. Direção Executiva do SNS
2. Convergência dos Centros de Responsabilidade Integrados, Associação
4. Centro Hospitalar Universitário S. João



Graça Freitas

DIRETORA GERAL DA SAÚDE

"A Saúde Pública tem de ser abordada numa perspetiva global"

Com um percurso de mais de 40 anos na área da Saúde, na década de 90 Graças Freitas foi responsável pelo Plano Nacional de Vacinação, experiência de grande utilidade no decurso da pandemia de Covid-19 que enfrentou enquanto Diretora Geral da Saúde. Condecorada com a Grã-Cruz da Ordem de Mérito, está aposentada desde 1 de agosto e a desfrutar “dos sobreiros que vê da janela”, mas continua atenta ao setor e às oportunidades que surjam.

A recente pandemia de Covid-19 granjeou-lhe um estatuto mediático enorme pelas funções que foi chamada a desempenhar enquanto Diretora Geral da Saúde. Mas o seu percurso na Saúde Pública iniciou-se há largos anos. Passou pelo Centro de Saúde da Ajuda, pela Direção de Serviços de Saúde de Macau e desempenhou inúmeras funções na Direção Geral da Saúde onde, permitam-me que destaque, a coordenação do Programa Nacional de Vacinação. Posso convidá-la a partilhar connosco este seu percurso profissional?

Foi um percurso de quase 43 anos, sempre em serviço público e dedicação exclusiva. Como todos os médicos que terminaram o curso em 1980 e por essa época fui “Policlínica” e nessa

condição estive mais de quatro anos no Hospital de Santa Maria e oito meses, muito diferentes, no Centro de Saúde de Ponte de Sor, Distrito de Portalegre. Findo esse período, optei pelo Internato de Saúde Pública. Terminada a especialidade, fui trabalhar para o Centro de Saúde da Ajuda em Lisboa e fiz uma Comissão de Serviço em Macau, onde assumi responsabilidades na coordenação dos Centros de Saúde de Macau e, portanto, do programa de Vacinação do Território de Macau.

Em 1996 vou para a Direção-Geral da Saúde, como Chefe de Divisão das Doenças Transmissíveis e, portanto, por inerência passei a coordenar o Programa Nacional de Vacinação (PNV), criado em 1965, que permite a todas as

pessoas presentes em Portugal o acesso gratuito a vacinas essenciais, com qualidade, segurança e eficácia. Graças às elevadas coberturas vacinais no nosso País, todas as doenças abrangidas pelo programa estão controladas, várias estão eliminadas e contribuimos para a erradicação mundial da varíola em 1980. Como responsável pelo PNV, fui apoiada desde muito cedo por um órgão consultivo de elevada diferenciação técnico-científica, a Comissão Técnica de Vacinação (CTV) e por uma equipa técnica na DGS. Ao longo dos anos inovamos a governação do PNV e atualizamos os esquemas de vacinação, com novos calendários e introdução de novas vacinas, expandindo a cobertura vacinal e a ▶



O nosso Plano Nacional de Saúde (PNS) está também envolvido com a Saúde Global no sentido em que se orientou pelos ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

prevenção de doenças transmissíveis e melhorando os mecanismos de monitorização dos processos e dos resultados.

Mantivemos sempre os grandes princípios do PNV: a universalidade, a equidade no acesso e a gratuidade. O nosso objetivo é controlar doenças e obter ganhos em saúde, não perdendo oportunidades de vacinação e o nosso lema é "Vacinar, Vacinar, Vacinar", parafraseando o Professor Arnaldo Sampaio.

Não posso deixar de agradecer às equipas da DGS que têm trabalhado incansavelmente em vacinação, à CTV, às equipas regionais e locais de vacinação, aos profissionais de saúde, com uma menção especial aos enfermeiros, que já vacinaram milhões de pessoas, e principalmente aos cidadãos que voluntariamente se têm vacinado e vacinado os seus filhos. Estou convicta que o êxito da vacinação contra a Covid se deveu à ação da *Task Force*, da Comissão Técnica de Vacinação contra a Covid e de todos os envolvidos na cadeia de vacinação, mas sobretudo à confiança que os cidadãos têm na vacinação, baseada numa relação de décadas com o PNV, constatando os seus resultados e a sua segurança.



Quais os principais desafios para a Saúde Pública para as próximas décadas?

A Saúde Pública em Portugal deve e tem de ser abordada numa perspetiva global, quer pelos desafios e ameaças que são transfronteiriços, quer porque as oportunidades, a preparação e as respostas são neste momento também globais, a nível europeu e mesmo mundial. Temos de estar alinhados a nível nacional e internacional para identificar necessidades e expectativas dos cidadãos no que respeita à saúde em geral, e à saúde pública em particular; e sintonizados com os grandes desafios internacionais de promoção e proteção de saúde. Obviamente, neste quadro global encontra-se a preparação e resposta a emergências de saúde pública.

O nosso Plano Nacional de Saúde (PNS) está também envolvido com a Saúde Global no sentido em que se orientou pelos ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. O PNS prevê também que as Prioridades e Estratégias de Saúde Pública sejam desenhadas e executadas em co-criação com diferentes parceiros institucionais e da sociedade civil e, destacadamente, com os cidadãos que, durante a pandemia, se revelaram os atores principais da sua saúde e de Saúde Pública. Ora, esta forma de trabalhar implica reorganização dos órgãos públicos que têm como Missão a Proteção da Saúde Pública, do nível nacional, regional e local e o desenvolvimento de mecanismos de comunicação efetivos entre diversos parceiros e intervenientes no processo.

Também a informação de apoio à decisão deve ser repensada por forma a dar respostas em tempo útil, tirando partido do digital e desenvolvendo os mecanismos de vigilância epidemiológica, análise e comunicação da informação para a ação.

Um grande desafio é a produção de Orientações Técnicas, úteis para profissionais e para a população, que reflitam em cada momento as boas práticas em matéria de defesa da saúde pública, ou seja, orientações que reúnam o melhor conhecimento científico disponível conjugado com princípios bioéticos e que congreguem a aceitabilidade dos seus destinatários por forma a serem aplicadas.

A Saúde Pública respeita ao conjunto de pessoas e dos seus territórios e é neste binómio que deve centrar-se a nossa ação, orientada pelos grandes desafios das desigualdades entre pessoas e entre populações, da demografia, das transformações climáticas, do empobrecimento da biodiversidade, do digital e sociológicos, entre outros. Queremos uma Saúde Pública inovadora, orientada para ganhos em saúde, promotora de bem-estar e de equidade, sustentável, em que todos, mas todos, estejam incluídos.

É PRECISO APOSTAR NA PREVENÇÃO

Considera que a recente pandemia de Covid-19 permite de alguma forma relativizar a teoria da transição epidemiológica e antecipar um aumento sustentável da expressão das doenças infecciosas?

Esta pandemia não foi inesperada. Sabíamos que ocorreria, desconhecendo quando e como se manifestaria. Outras ocorrerão no futuro, certamente. Com outras expressões, para as quais teremos de estar preparados, mas parece-me difícil reverter a transição epidemiológica que já ocorreu, não significando que as doenças infecciosas deixem de ser importantes, pelo contrário, temos de estar atentos e preparados pois podem ser devastadoras, e aqui relembro a preocupação que temos com a eclosão de doenças relacionadas com a expansão de vetores, como os mosquitos, muito relacionada com as transformações climáticas em curso.

O envelhecimento populacional, pela magnitude que assume, é para a sociedade portuguesa particularmente desafiante em diversos domínios: económicos, sociodemográficos,



políticos, culturais, comportamentais. Nessa medida, exige que o sistema de saúde em sentido amplo se transforme e se “infiltre” em domínios onde tradicionalmente não tem intervindo. Qual a leitura que faz sobre a capacidade que a nossa sociedade tem tido de levar a saúde a todas as políticas?

A longevidade é uma conquista, mas também coloca desafios enormes para os quais as sociedades não estão adequadamente capacitadas, sobretudo se essa longevidade não estiver compensada por elevada natalidade ou fluxos migratórios que permitam rejuvenescer a população. A questão dos saldos fisiológico e migratório se manterem equilibrados é fulcral para o nosso desenvolvimento. A saúde deve estar em todas as políticas e todas as

políticas devem integrar a saúde. Saúde e bem-estar são indissociáveis do desenvolvimento. E em Portugal temos um desafio acrescido, vivemos muito, mas temos muitos anos, na última fase da vida, com grande carga de doença, incapacidade e dependência, sem que exista uma resposta apropriada a estes problemas.

A inclusão da saúde em todos os setores é fundamental para as políticas de promoção e proteção da saúde e de prevenção da doença, sobretudo na prevenção primordial e primária. Mas também nas outras formas de prevenção, incluindo a quaternária; o envolvimento da sociedade e do Estado tem de ser generalizado, e vou focar apenas alguns setores fundamentais como a educação, o trabalho, a segurança social e a cultura. ▶



Temos de fazer um grande investimento na prevenção, o que vem sendo referido há bastante tempo e inúmeras vezes, mas essa vontade tem de materializar-se em ações

Qual o papel que o Serviço Nacional de Saúde deverá desempenhar e de que forma se deverá estruturar para que possamos maximizar o envelhecimento ativo da população e a esperança de vida saudável, em particular nas classes etárias mais avançadas?

Temos de fazer um grande investimento na prevenção, o que vem sendo referido há bastante tempo e inúmeras vezes, mas essa vontade tem de materializar-se em ações. Mas, se por um lado temos de proporcionar às pessoas as melhores condições de educação, de cultura, de trabalho, de saúde para desenvolverem e concretizarem o seu potencial de saúde desde cedo na vida e pela vida, cabe também às pessoas cultivarem continuamente estilos de vida que lhes permitam alcançar uma longevidade saudável e autónoma, compactando a morbilidade mais incapacitante para tão próximo quanto possível do final da vida.

SERVIR BEM A CAUSA PÚBLICA

Com o novo Estatuto do SNS publicado em 2022 verificou-se uma reformulação organizacional no SNS. A criação de uma Direção Executiva do SNS, o esvaziar quase total das competências das ARS e a intenção

declarada do Governo de converter em Unidades Locais de Saúde a organização da prestação direta de cuidados em Portugal Continental terá seguramente impactos nas atribuições da Direção Geral de Saúde ou, pelo menos, na forma como executa as suas atribuições, bem como na organização dos cuidados de saúde pública. A criação e a atuação da DE permite antecipar a centralização da decisão no SNS, alguma de natureza operacional até, e a perda de autonomia ao nível local e regional para opções de políticas de saúde específicas para o contexto. Como ficará enquadrada a saúde pública e como vê o papel da DGS neste novo enquadramento organizacional do SNS?

Como sempre, ao longo dos seus mais de 120 anos de existência, a DGS encontrará o seu percurso e reorientará a sua Missão em alinhamento com as opções nacionais para a saúde e para o sistema de saúde, e também com as estratégias europeias e mundiais no domínio da saúde. Mais do que os seus desígnios, deverá ser clarificado o seu papel enquanto instituição técnico-normativa, o seu papel na vigilância epidemiológica e na informação e análise



em saúde, nos programas e projetos de promoção da saúde e de prevenção da doença, nas estratégias para a qualidade e segurança dos doentes, na preparação e resposta a emergências de saúde pública e na comunicação em saúde e em emergências de saúde, entre outros aspetos.

Essa arquitetura terá de ser desenhada em conjunto com outras agências e serviços do Ministério da Saúde e, eventualmente, de outros ministérios (como o da Agricultura no caso da estratégia One Health, por exemplo), para evitar redundâncias e incongruências que geram ineficiências, se não inação. Relevo ainda o papel que o Diretor-Geral da Saúde tem como Autoridade de Saúde Nacional e da rede de autoridades de saúde que o nosso País tem e que é um capital inestimável para a defesa da Saúde Pública.

Em janeiro deste ano o Sr. Presidente da República condecorou-a com a Grã-Cruz da Ordem de Mérito por todo o seu percurso profissional dedicado à causa pública, salientando em particular o papel desempenhado durante a recente pandemia. Como é que a Professora Graça Freitas, angolana, cujo sonho de criança

passava pela arquitetura, sente este reconhecimento por toda uma vida ligada à Saúde Pública?

Foi uma honra ter sido agraciada por Sua Excelência o Presidente da República, pelo ato em si e pelo significado do ato. É com emoção e gratidão que vejo esse reconhecimento, que nunca antevi, mas fico feliz se significa que servi bem a causa pública e os meus concidadãos, afinal essa era a minha missão enquanto médica de Saúde Pública, dou graças por a ter concretizado. Estou muito grata a todos os meus companheiros de percurso, sobretudo os colaboradores da DGS, que verdadeiramente me apoiaram e, por vezes, me conduziram no caminho, com o seu saber, labor e generosidade.

Nunca sentiu, durante o seu percurso profissional, o apelo pelo regresso à terra que a viu nascer?

Com as carências na área da Saúde Pública com que Angola sempre se confrontou, desafios seguramente não lhe faltariam...

Tive o privilégio de, em trabalho, ter regressado a Angola por duas vezes, e de verificar como cada povo faz o seu percurso, e de como é gratificante constatar que a cooperação nos

enriquece mutuamente. Nasci em Angola e lá vivi por quase 18 anos, faz parte da minha vida. Lá aprendi a ler e a brincar livremente, lá comecei a aprendizagem da importância do respeito pelas diferenças - de mim pelo outro e do outro por mim. Foi um período, depois fiz de Lisboa a minha casa e do mundo o meu universo. Angola tem um lugar especial nesse universo e espero lá voltar. Se puder ser útil e amigal, melhor:

É público que aguarda a nomeação do seu substituto na Direção Geral da Saúde para se reformar, num processo que tem tardado em ficar resolvido. Quer-nos adiantar os planos que tem para essa nova fase?

Entretanto, como é público, aposentei-me a 1 de agosto. Felizmente, a vida está a permitir-me um tempo de ócio, que tanto desejei. Não tenho planos, estarei atenta às oportunidades. Há sempre oportunidades. Espero ter a sabedoria para aproveitar umas e recusar outras. Quero apenas ter saúde, família, amigos e a clarividência suficiente para escolher bem, incluindo para continuar ociosamente a ler e a desfrutar de coisas simples, como olhar para os sobreiros que agora vejo da janela. ●



O Administrador Hospitalar na gestão de compras públicas

Carla Duarte¹, Daniela Maia², Hélder Almeida³, Pedro Almeida⁴

Os serviços de compras do SNS têm, nos últimos anos, dado resposta, de forma discreta e competente, a sucessivos testes de recuperação e resiliência. Recuperação quando, imediatamente após um período pandémico se reerguem para imediata execução da atividade programada como se nada tivesse, entretanto, acontecido, concretizando planos de investimento ambiciosos e estruturantes. Resiliência ao lhes ser imputada a responsabilidade de acelerar a execução dos fundos comunitários e são sistematicamente boicotados pela escalada de preços das matérias-primas que tantas vezes resultam em ausência de propostas de procedimentos arduamente trabalhados. É neste contexto que o legislador reconhece ser essencial desburocratizar e flexibilizar os procedimentos de formação dos contratos públicos e, assim, promover um mais efetivo, e menos delongado, acesso àqueles contratos por parte dos operadores económicos abrindo mão do Decreto-Lei n.º 78/2022 de 7 de novembro.

E se a agilização procedimental, ou a sua celeridade e tempestividade e, sobretudo, a sua eficiência são, reconhecidamente, objetivos justos e entendíveis, já a forma como são alcançados merece alguma reflexão. Em 2021, no relatório de auditoria do Tribunal de Contas às medidas especiais de contratação pública adotadas em período de pandemia, foi identificado:

- Execução dos contratos sem que os mesmos sejam comunicados ao Tribunal de Contas ou antes do respetivo envio.
- Grave deficiência de fundamentação (em regra, não foi suficientemente explicitada a necessidade que se visava satisfazer com a contratação e nada se referiu em concreto quanto à justificação para a escolha das entidades a convidar e quanto à fundamentação e justeza do preço).
- Não comprovação suficiente do financiamento das despesas inerentes aos contratos, seja financiamento europeu ou nacional.
- Eventual fracionamento de contratos, em especial no domínio dos ajustes diretos simplificados.
- Razões pelas quais grande parte das empresas convidadas a apresentar propostas não respondem aos convites.
- Eventuais favorecimentos de adjudicatários e potenciais conflitos de interesses.

• Deficiente execução dos contratos, a qual não foi garantida por caução nem mesmo em contratos de maior duração (93 dos 96 contratos foram outorgados sem prestação de caução, o que significa que 79,9% do valor total contratado não apresenta garantias que respondam pelo eventual incumprimento total ou parcial).

Para os anais da história não ficarão os dias em que os Serviços de Compras partilharam stocks de dispositivos médicos ou produtos farmacêuticos, que se multiplicaram rotas de distribuição que, com os serviços clínicos, inventaram alternativas. Se algo nos ensinou a pandemia é que a agilidade processual não é um capricho, mas uma efetiva necessidade. O reconhecimento dessa necessidade foi assumido pelo legislador em diplomas avulsos, como o Decreto-Lei n.º 10 -A/2020, de 13 de março, e a Lei n.º 1 -A/2020, de 20 de março, sem os quais o órgão de gestão teria que optar por uma de duas hipóteses, ter aquisições tempestivas ou ter aquisições regulares. Proteger a saúde e a vida do utente ou a conformidade pré-contratual.

De outro modo, vejamos: O código dos contratos públicos unificou, em 2008, o regime de contratação pública de bens, serviços

e empreitadas num único diploma de mais de quatrocentas disposições que se percorrem num tortuoso e estafante caminho remissivo.

Como se não bastasse, o regime de autorização de despesa continua regulado pelo DL 197/99. Este diploma legal foi quase integralmente revogado pelo DL 18/2008 de 29 de janeiro, que aprovou o código dos contratos públicos, com exceção dos artigos 16.º a 22.º e 29.º.

Já em 2011, o legislador entendeu revogá-los também e fê-lo através do D.L. n.º 40/2011, de 22/03. Mas acabariam por ser repristinados pela Resolução da AR n.º 86/2011, de 11/04.

E cá está um diploma atualíssimo. Vinte anos depois de Portugal ter adotado por moeda o Euro, o artº 17º deste do DL 197/99 continua a balizar contos a competência para autorizar despesa dos órgãos e titulares dos cargos públicos.

Paralelamente, sobre o CCP fazem-se excertos sobre excertos. O último, Decreto-Lei n.º 78/2022 de 7 de novembro altera a Lei n.º 30/2021, de 21 de maio, que aprova medidas especiais de contratação pública que, ela própria, altera o Código dos Contratos Públicos.

Acresce o facto da entidade fiscalizadora (Tribunal de Contas) ser a mesma, tanto na primeira apreciação do processo (sessão de visto) como na sua reapreciação (recurso); tanto na tramitação pré-contratual - fiscalização prévia, como na fase de execução, concomitante ou mesmo sucessiva. Sendo bastante alargado o âmbito desta fiscalização, seria avisado que houvesse contenção do intérprete da lei no apuramento do que é a intenção do legislador. Quando uma entidade regulatória ou fiscalizadora ultrapassa o elemento literal e abre mão de uma interpretação extensiva de um diploma já de si complexo num contexto tão especial como a prestação de cuidados de saúde tem que, no limite, garantir que não assume uma interpretação contra *legis*.

Um ato administrativo pode e deve ser, sem quaisquer reservas, escrutinado, mas um escrutínio legalmente balizado e teleologicamente comprometido. A compra em saúde é um ato instrumental à consecução de um valor

maior que a constituição consagra e exige, programaticamente, proteção. Fazê-lo em condições de eficiência, segurança e tempestividade exige proficiência e compromisso.

E se não há celeridade sem segurança jurídica, não há agilidade processual sem competências específicas em contratação pública.

Esta premissa foi objeto de uma recomendação da União Europeia, Recomendação (UE) 2017/1805 da Comissão de 3 de outubro de 2017, que elevou a esta função de suporte ao seu verdadeiro propósito: "A contratação pública é um instrumento para alcançar um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo. Este instrumento poderá ter um impacto económico significativo ao contribuir para a agenda da Comissão nos domínios do crescimento, do emprego e do comércio transfronteiras. Contratos públicos eficientes, eficazes e competitivos constituem uma pedra angular para o bom funcionamento do mercado único e um importante canal

que estão envolvidos na aquisição de bens, serviços e obras, bem como os auditores e os funcionários responsáveis pelo exame de processos relativos a concursos públicos, devem possuir as qualificações, a formação, as competências e a experiência necessárias ao seu nível de responsabilidade. Isto significa garantir pessoal experiente, qualificado e motivado, oferecendo-lhe a necessária formação e desenvolvimento profissional contínuo, bem como desenvolver uma estrutura de carreira e incentivos para tornar atrativa a função de contratação pública e motivar os funcionários públicos a gerarem resultados estratégicos."

Nos serviços de compras das Instituições do SNS são raros os serviços que contam com um efetivo especialmente qualificado. A função de compras é exercida por profissionais sem competência específica e na sua direção são poucos os Administradores Hospitalares e quando os há, como são poucos os recursos qualificados, é-lhes pedida uma atividade essencialmente

E se não há celeridade sem segurança jurídica, não há agilidade processual sem competências específicas em contratação pública

para investimentos europeus (...)
Novos desafios estão a ser colocados aos contratos públicos, cada vez mais se esperando que: demonstrem a máxima rendibilidade na utilização dos fundos públicos em contextos de permanente restrição orçamental; integrem as oportunidades da digitalização e da evolução dos mercados; deem um contributo estratégico aos objetivos horizontais e aos valores sociais, como a inovação, a inclusão social e a sustentabilidade económica e ambiental; maximizem a acessibilidade e responsabilizem os intervenientes em matéria de minimização de ineficiências, desperdícios, irregularidades, fraude e corrupção, bem como na criação de cadeias de fornecimento responsável."

E fixou as competências necessárias adequadas à função:
"Os profissionais no domínio da contratação pública, ou seja, aqueles

técnica de elaboração e revisão de peças de procedimento, gestão de plataformas; pouco lhes sobrando para o exercício de administração de uma área crítica na organização hospitalar, com responsabilidade financeira própria e do órgão de gestão.

A necessidade e pertinência de um administrador hospitalar na direção desta função não cabe na robustez técnica, antes deve ser o garante teleológico do legislador aportando valor e eficiência à compra em Saúde; baluarte do rigor e da *compliance* próprio de quem executa, sem reservas, um fundamentado ato administrativo. ●



O fenómeno da corrupção no setor da saúde

Filipe Caetano¹

A CORRUPÇÃO

1.1. Breve análise do conceito

Uma das dificuldades apontadas ao estudo da corrupção é a sua definição (Jain, 2001), afirmação que aparenta ser contrariada pela existência na literatura de inúmeras definições, a maioria com ênfase no setor público como causa ou canal para a ocorrência do fenómeno (Brooks, 2016). De facto, Sousa (2011) aponta a corrupção como um conceito volátil, dependente de diferenças sociais, políticas e culturais que influenciam a definição de comportamento aceitável ou inaceitável, requerendo, por isso, uma compreensão específica do contexto. Corroborando tal ideia, Rose-Ackerman (2016, p. 231) refere que “o conceito de suborno para uma pessoa, poderá ser entendido como uma mera oferta para outra”, e Gardiner (1992, citado por Sousa, 2011, p. 46), acrescenta que “nem tudo o que é legal é justo, nem tudo o que é moralmente condenável é crime”. A linha que separa o conceito entre ofertas, favores e subornos é ténue e nem todos concordarão sobre a natureza de tais atos.

Existe, porém, consenso de que a corrupção se refere a atos em que o poder de um cargo público é usado para ganho pessoal, acarretando, socialmente, uma conotação negativa. Caso procuremos o significado do vocábulo “corrupção”, em qualquer dicionário de língua portuguesa, concluímos sobre a sua associação a conceitos como os de “adulteração”, “decomposição”, “degradação”, “depravação”, “devassidão”, “perversão”, “prevaricação” ou “putrefação”.

Segundo Costa (2006, p. 4), a corrupção resulta de uma relação social, de carácter tendencialmente pessoal, oculta e ilegal, estabelecida entre dois agentes ou dois grupos de agentes (corruptos e corruptores), com o objetivo da obtenção ilegal de verbas para a realização de fins exclusivamente privados.

Recorremo-nos novamente de Sousa (2011) para concretizar a ideia de que a corrupção consiste numa prática ou comportamento desviante, compreendendo o abuso de funções da responsabilidade dos eleitos,

funcionários públicos ou agentes privados, por via da promessa ou aceitação de vantagem indevida de cariz patrimonial ou não patrimonial, para si ou para outrem, no exercício de qualquer ato ou omissão que contrarie os deveres, princípios e expectativas que regem o exercício do cargo que ocupam.

1.2. Caracterização do fenómeno em Portugal

Um relatório publicado em 2018, pelo grupo dos Verdes/Aliança Livre Europeia (The Greens/EFA, 2018), dá nota de que os custos da corrupção em Portugal ascendem a 18,2 mil milhões de euros por ano, o correspondente a cerca de 7,9% do Produto Interno Bruto (PIB). De acordo com o relatório, Portugal ocupa a 11.ª posição, de entre os 28 Estados-membros da União Europeia (UE), com a “fatura” mais pesada da corrupção, em termos absolutos, surgindo na 17.ª posição como país mais penalizado, se avaliado em percentagem do PIB. No capítulo dedicado a Portugal, refere-se que o montante perdido para a corrupção

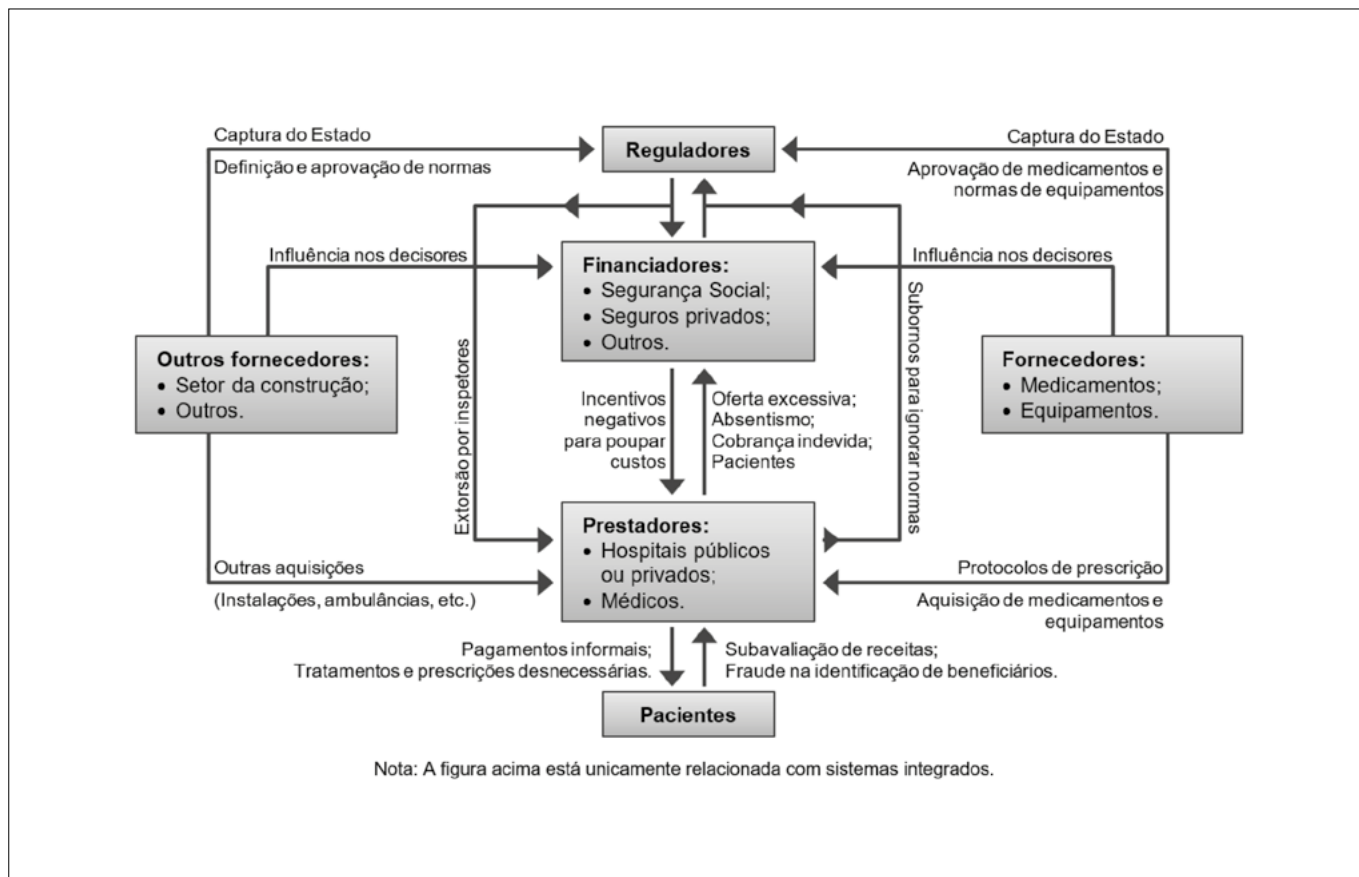


Figura 1: Exemplos de práticas corruptas entre diferentes atores do setor de saúde

Fonte: Adaptado de Savedoff, W. D., & Hussmann, K. (2006), *Why are health systems prone to corruption?* In: Transparency International (ed.) *Global Corruption Report 2006*, p. 7.

supera o orçamento anual destinado à Saúde (16,2 mil milhões de euros) e caso fosse redistribuído por toda a população portuguesa, a “fatia” que caberia a cada cidadão ascenderia a 1.763 euros por ano.

A perceção que existe na sociedade civil é a de que o fenómeno da corrupção se encontra disseminado pelos diferentes níveis de poder e de que pouco tem sido feito para o combater. Estas asserções são confirmadas pelos dados do Eurobarómetro (Comissão Europeia, 2023), obtidos através da realização, em abril de 2023, de 1.021 entrevistas em Portugal, e sobre os quais se conclui que 93% dos portugueses (mais três pontos percentuais face a 2022) considera que a corrupção se encontra disseminada pelo país, com Portugal a apresentar a terceira maior taxa e muito acima da média da UE (cifrada em 70%) e que 66% (mais quinze pontos percentuais face a 2022) considera que este fenómeno aumentou nos últimos três anos.

O Índice de Perceção da Corrupção

de 2022, divulgado em janeiro de 2023 pela Transparency International (2022), mostra que Portugal ocupa a 33.ª posição do ranking, abaixo do valor médio registado na Europa Ocidental e na UE (onde a média é de 66 pontos). Portugal, com apenas 62 pontos, subiu um lugar no Índice em comparação com o determinado em 2021.

Embora seja patente, através da leitura dos documentos elencados, a tentativa de caracterizar e quantificar a corrupção em Portugal, o apuramento da real dimensão do fenómeno não constitui tarefa fácil, uma vez que, conforme aludido por Sousa (2011), o ato corruptivo traduz-se num “pacto” oculto entre as partes envolvidas, dificilmente apercebido pelas autoridades com poderes delegados para a sua deteção e punição.

Neste sentido, Maia (2009) refere que as estatísticas criminais, i.e., a dimensão conhecida pelas autoridades, representam apenas a ponta do *iceberg* e não a real dimensão do fenómeno, uma vez que um indeterminado número de casos dificilmente chegará

O Índice de Perceção da Corrupção de 2022 mostra que Portugal ocupa a 33.ª posição do ranking

ao conhecimento das autoridades, fenómeno que a literatura designa de “cifras negras”, e que representam a base oculta do crime de corrupção encoberto por um manto da cumplicidade.

1.3. O caso particular do setor da saúde

1.3.1. As razões da especial suscetibilidade do setor da saúde à corrupção

Os recursos gastos na saúde a nível global e em cada país constituem oportunidades para abuso e ganhos ▶



integrados nos quais o setor público financia e fornece diretamente cuidados de saúde, e (2) sistemas que separam o financiamento público da prestação. Os sistemas integrados são vulneráveis a grandes desvios de fundos ao nível ministerial, subornos em aquisições, cobrança ilegal sobre os pacientes, desvio de pacientes para as clínicas privadas e o absentismo. Os sistemas que providenciam o financiamento, mas recorrem a terceiros para a prestação dos cuidados são vulneráveis a tratamentos médicos excessivos ou de baixa qualidade e à ocorrência de fraudes relacionadas com a faturação. No entanto, o uso do Estado para fins privados, perdas orçamentais e corrupção nos processos de nomeação podem ocorrer em ambos os sistemas (Hussmann, 2010). ●

Os riscos de corrupção podem variar dependendo de como os fundos dirigidos ao setor da saúde são mobilizados, administrados e pagos

ilícitos. Os sistemas de saúde são particularmente suscetíveis à corrupção porque a incerteza, a assimetria de informação e o grande número de atores geram oportunidades sistemáticas para a ocorrência do fenómeno, prejudicando a transparência e a prestação de contas (*accountability*).

A incerteza quanto à eficácia dos tratamentos médicos, a incapacidade de prever quem vai adoecer, quando e com que tipo de doença, distingue a saúde de outros mercados, levando a ineficiências e criando margem para abusos. A escolha do consumidor pelos vários operadores não se traduz num bom critério regulador, pois este nem sempre poderá “adquirir” os melhores cuidados devido à distância geográfica, disponibilidade limitada ou alto custo de cuidados privados (Hussmann, 2010).

Este setor é caracterizado por um alto grau de assimetria de informação, porquanto esta não é partilhada igualmente entre os diversos atores, levando a ineficiências e gerando vulnerabilidades à corrupção. Esta assimetria afeta as decisões no ato da prescrição, uma vez que as empresas farmacêuticas detêm maior

conhecimento sobre os seus produtos do que os médicos que os prescrevem. Por conseguinte, torna-se difícil o controlo total sobre as ações levadas a cabo pelos diferentes atores e a sua responsabilização caso sejam detetados abusos (Hussmann, 2010).

O grande número de atores dispersos agrava estas dificuldades. As relações entre médicos, prestadores de cuidados de saúde e formuladores de políticas são frequentemente opacas, tornando difícil a deteção de conflitos de interesse. A prestação de serviços de saúde também é frequentemente descentralizada, dificultando a padronização e monitorização da oferta e aquisição de serviços. A linha que separa ineficiências de abusos pode, muitas vezes, ser confusa, estando tais abusos intencionalmente ocultos por detrás dessas ineficiências (Hussmann, 2010).

1.3.2. Como se manifesta a corrupção no setor da saúde?

Os riscos de corrupção podem variar dependendo de como os fundos dirigidos ao setor da saúde são mobilizados, administrados e pagos. Os sistemas de saúde podem ser classificados como (1) sistemas

REFERÊNCIAS

- Brooks, G. (2016). Studying Corruption: An Interdisciplinary Problem. *Criminology of Corruption*, 17-41. https://doi.org/10.1057/978-1-137-51724-1_2
- Costa, L. (2006). *Corrupção versus Desenvolvimento - A esquizofrenia do combate*. (IDPEE Coimbra, Ed.) 9.º Curso de Pós-Graduação em Direito Penal Económico e Europeu.
- Comissão Europeia. (2023). *Special Eurobarometer 534 - Citizens' attitudes towards corruption in the EU in 2023*. União Europeia. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=87714>
- Hussmann, K. (2010). *Addressing corruption in the health sector: Securing equitable access to health care for everyone*. Department for International Development. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67659/How-to-Note-corruption-health.pdf
- Jain, A. K. (2001). *Corruption: A review*. *Journal of Economic Surveys*, 15(1), 71–121. <https://doi.org/10.1111/1467-6419.00133>
- Maia, A. (2009). *O Problema da Corrupção em Portugal: Um Contributo para a sua Caracterização*. *Revista de Ciências Sociais e Políticas*, (3), 83–132.
- Rose-Ackerman, S., & Palifka, B. J. (2016). *Corruption and government: Causes, consequences, and reform*. Cambridge University Press.
- Savedoff, W. D., & Hussmann, K. (2006). *Why are health systems prone to corruption?* In: *Transparency International (ed.) Global Corruption Report 2006*.
- Sousa, L. (2011). *Corrupção*. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- The Greens/EFA (2018). *The costs of corruption across the EU*. Parlamento Europeu. <https://www.greens-efa.eu/files/doc/docs/e46449daadbefbc325a0b4CCcc08bbf5ab1d.pdf>
- Transparency International (2023). *Corruption perception index 2022*. https://images.transparencycdn.org/images/Report_CPI2022_English.pdf

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 Hon. Património de São Francisco
Município de Lisboa
Município de Lisboa



O Presidente da República



#IHFLisbon



worldhospitalcongress.org



ihfcongress@events.mci-group.com

APAH | 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais | 20/03/2023

Como estão a evoluir os internamentos em Portugal?

Taxa de resposta

7ª Edição



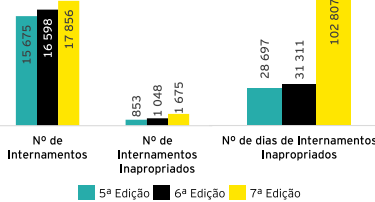
% de camas hospitalares
(face ao total de camas do SNS**)

86%
(5ª Edição)

89%
(6ª Edição)

88%
(7ª Edição)

Dados dos internamentos inapropriados*



Índice de Inapropriação do Internamento

9,4%
(7ª Edição)

6,3%
(6ª Edição)

5,4%
(5ª Edição)

Demora Média (internamentos inapropriados)

61,4 dias
(7ª Edição)

29,9 dias
(6ª Edição)

33,6 dias
(5ª Edição)

Caracterização (7ª Edição)

54%
(Feminino)

81%
(+65 anos)

68%
(Internamentos Médicos)

50%
(Serviço Medicina Interna)

Alternativas e Soluções



Nº Entidades com Alternativas aos Internamentos Sociais



Nº de vagas ocupadas nas estruturas contratualizadas à data do estudo



Nº de pessoas já integradas nas vagas protocoladas, no âmbito da portaria 38-A/2023

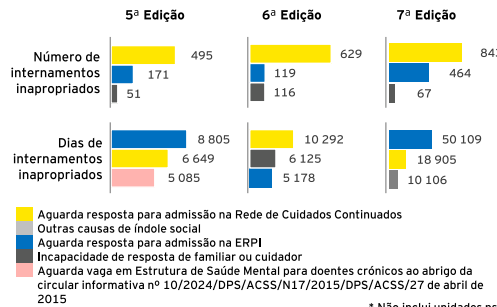
22

762

97

5ª Edição: Dados recolhidos a 17/03/2021
6ª Edição: Dados recolhidos a 16/03/2022
7ª Edição: Dados recolhidos a 20/03/2023

TOP 3 causas nacionais*



* Não inclui unidades psiquiátricas
** Serviço Nacional de Saúde

Valorização

Valorização dos internamentos inapropriados (extrapolação para um ano)

100,1 M€
(5ª Edição)

124,5 M€
(6ª Edição)

226,1 M€
(7ª Edição)

Valor Base por Dia

2 759 €

2 759 €

3 120 €



Barómetro de Internamentos Sociais

7.ª Edição avalia eficácia do SNS

Miguel Amado¹, Beatriz Jorge²

O envelhecimento da população é um problema global que afeta muitos países no mundo, especialmente na Europa. Com o aumento da esperança média de vida e o declínio da taxa de natalidade, a população idosa está a aumentar rapidamente, o que tem levado muitos países a enfrentarem desafios significativos em relação aos cuidados de longa duração e internamentos sociais.

A nível nacional, prevê-se que a percentagem de jovens na população total diminua, enquanto a percentagem de pessoas com 65 anos ou mais aumente, o que resultará num índice de envelhecimento quase duplicado (300 idosos por cada 100 jovens em 2080). (2020, Projeções de População Residente 2018-2080, Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal).

O Barómetro dos Internamentos Sociais (BIS) conta este ano com a sua 7ª edição e de acordo com o estudo, realizado em 39 hospitais do Serviço Nacional

de Saúde (SNS), que correspondem a 88% das camas do SNS, houve um aumento do índice de inapropriação dos internamentos de 3,1 pp em relação à 6ª edição, ficando este ano nos 9,4%. Os internamentos sociais ocorrem quando a pessoa que já recebeu alta clínica continua hospitalizada por razões não clínicas. Este é um assunto complexo, pois afeta tanto a qualidade do serviço prestado quanto a eficácia do sistema de saúde como um todo. A EY, juntamente com a APAH, a SPMI e a APSS, têm vindo a acompanhar estas situações anualmente com o objetivo de caracterizar a realidade nacional e encontrar soluções e estratégias que não só reduzam o número e dias de internamentos sociais, mas que promovam o respeito pela dignidade da pessoa e a sua qualidade de vida.

O BIS analisa o número de internamentos inadequados e o número de dias de internamentos inadequados, assim como as causas inerentes a estes num determinado dia do ano. Nesta edição, à semelhança das outras, o dia selecionado foi o dia 20 de março de 2023. Desta forma, foi observado um aumento geral no número de internamentos e

também no número de internamentos inadequados e no número de dias de internamentos inadequados. O número de internamentos inadequados atingiu os 1.675 e as pessoas estiveram em média mais de 61,4 dias internadas após alta clínica. Isto significa que, em média, as pessoas ficaram cerca de dois meses a mais no hospital do que a situação de saúde exigia.

A população que esteve nestas condições foi maioritariamente do sexo feminino (54%), com mais de 65 anos (81%) e em internamentos de índole médica (68%). As principais causas apuradas são muito idênticas às das edições anteriores - a principal causa identificada foi a necessidade de resposta para a admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (50%), seguida da demora da resposta para admissão em Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (28%). Em termos de diferenças regionais, na região Lisboa e Vale do Tejo (LVT) verifica-se, em contraste com as outras regiões, que a principal causa de internamentos inapropriados é a demora na admissão em Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (38%).

Nesta edição, foi adicionada uma questão relativa à aplicação da portaria 38-A/2023, de 2 de fevereiro. Esta portaria estabelece os termos e condições em que é efetuada a articulação interinstitucional, para efeito de referenciação e acompanhamento de pessoas que, por motivos sociais, permanecem internadas após a alta clínica, em hospital do SNS. Por ser recente, a sua aplicação ainda não está consolidada, sendo que as regiões em que as pessoas já foram abrangidas pela portaria são a região Norte com 70 vagas e a região de LVT com 27 vagas.

No debate, que decorreu durante a sessão de apresentação de resultados do BIS no passado dia 2 de junho de 2023, na aula Magna da Faculdade de Medicina, foram discutidas algumas das possíveis estratégias para dar resposta aos desafios sentidos atualmente:

- **Promover os cuidados domiciliários:**

Expandir e qualificar este tipo de apoio para oferecer soluções mais personalizadas aos doentes. As pessoas receberem cuidados em casa, em vez de serem internadas em instituições de cuidados de longa duração, permite que mantenham a sua autonomia e independência no conforto do lar e com a companhia da família.

- **Repensar os modelos de cuidados:**

Construir um modelo de cuidados de saúde em que os diferentes profissionais trabalham juntos para fornecer um cuidado abrangente e coordenado para os doentes, prestando cuidados, por exemplo, em casa.

- **Construir Parcerias e Otimizar Recursos:**

Estabelecer parcerias com hospitais privados e programas de assistência social. Envolver as autoridades locais na procura de soluções para estas questões. Melhorar o acesso à habitação de qualidade para o sucesso do internamento domiciliário. Implementar um sistema de estratificação de risco individual para direcionar políticas às pessoas mais vulneráveis.

- **Melhorar a Coordenação**

e Prevenção: Promover uma melhor articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, desde os cuidados primários até aos cuidados especializados, de forma a prevenir internamentos desnecessários. Criar estratégias abrangentes de cuidados de saúde de ambulatório, com foco na prevenção e no tratamento de doenças em ambientes não hospitalares. Investir na prevenção e na coordenação de cuidados, envolvendo profissionais de cuidados primários e

cuidados na comunidade. Alguns dos cuidados comunitários incluem a criação de espaços comunitários para os idosos, onde podem receber cuidados de saúde e participar em atividades sociais, como é o exemplo das universidades seniores e voluntariado.

- **Investir em tecnologia:** A tecnologia pode ter um papel no acompanhamento das pessoas, como é o caso, da monitorização remota e da teleconsulta, permitindo que as pessoas mantenham a sua independência e autonomia por mais tempo.

- **Desenvolver políticas de inclusão social:** A inclusão social é uma componente importante dos cuidados de longa duração, pois as pessoas que se sentem isoladas e sozinhas têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental e física. Através da promoção da autonomia e tomada de decisão das pessoas, os cuidados prestados podem ser mais adequados às necessidades das pessoas.

- **Aumentar o suporte aos cuidadores informais:** Melhor suporte para cuidadores informais através do alargamento das pessoas que beneficiam deste estatuto. Assim como a necessidade de descanso do cuidador, aumento da remuneração e criação de um estatuto do cuidador informal mais robusto e abrangente.

- **Melhorar a triagem e a avaliação na admissão dos doentes:** Uma das principais causas dos internamentos inapropriados é a falta de avaliação adequada dos doentes no momento da admissão. É essencial garantir que os doentes são avaliados com precisão e que são identificadas as melhores opções de tratamento.

Uma das questões mais problemáticas relacionadas aos internamentos sociais em Portugal é o elevado custo das vagas em instituições. Muitas vezes, as famílias dos doentes têm dificuldades financeiras para suportar estes custos, o que pode levar a uma maior precariedade dos cuidados fornecidos. Além disso, a falta de regulamentação e supervisão rigorosa pode permitir falta de controlo da adequação e qualidade dos cuidados que algumas instituições ofereçam, sobretudo a pessoas com maiores necessidades, maior isolamento social e com menos capacidade de se protegerem.

Em resumo, os internamentos sociais e os cuidados de longa duração são questões complexas que afetam muitos países europeus. Embora haja esforços

Sobre o Barómetro

Os indicadores aqui apresentados constam da **7.ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais**, iniciativa da **Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH)** - com o suporte da **EY**, o apoio institucional da **Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI)** e o contributo da **Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS)** - tendo este ano contado com a participação de 39 unidades hospitalares do SNS, representando 88% do número de camas hospitalares do total de camas do SNS.

Na 7.ª edição, os valores recolhidos a 20 de março de 2023, incluíram novas questões relativas às soluções e alternativas aos internamentos sociais, assim como a análise da aplicação da Portaria 38-A/2023, de 2 de fevereiro, que estabelece os acordos e condições para a colaboração entre diferentes instituições, a fim de encaminhar e acompanhar pessoas que, por razões sociais, continuam internadas após a alta hospitalar no SNS.

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

em andamento para melhorar a qualidade e a acessibilidade dos cuidados, ainda há muito a ser feito para garantir que as pessoas em internamento inadequado recebam os cuidados de que precisam. É essencial que os governos e outras entidades relevantes, incluindo a sociedade civil, trabalhem juntos para enfrentar estes desafios e garantir um envelhecimento digno e seguro para todos.

Ainda há muito trabalho a ser feito para garantir um sistema de saúde mais eficiente e justo para todos os cidadãos, e este é o momento para o fazer, com a capacidade de investimento do PRR, com o novo modelo de governo do SNS e com a vontade patente nas instituições em mudar. ●



Barómetro de Internamentos Sociais

Soluções múltiplas e complementares

Lêlita Santos

A APAH promoveu este ano a 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, tal como já o faz, anualmente, desde 2017. Como antes, os mesmos problemas foram identificados e as soluções são muito semelhantes. O que não seria expectável é o agravamento, no geral, dos resultados obtidos.

Esta iniciativa tem o apoio institucional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) que considera fundamental este tipo de avaliação porque é nos Serviços de Medicina Interna que estão internados a maioria dos doentes (82%) com internamentos prolongados sem justificação clínica¹. Nas enfermarias dos Serviços de Medicina Interna os doentes são mais complexos, com múltiplas morbilidades, maioritariamente idosos, frágeis, dependentes e frequentemente com problemas sociais^{2,4}.

Assim, confirma-se uma vez mais, a importância do Barómetro para nos ajudar a destacar limitações que temos de encarar com determinação, por um lado o envelhecimento da população portuguesa e, pelo outro ou acompanhando-o, uma expressão cada vez maior de pessoas com problemas de saúde, mais dependentes e com doenças crónicas. Se a estes juntarmos as mudanças na estrutura familiar, temos um cenário que é urgente ter em atenção e conseguir soluções, sobretudo por parte do sistema de proteção social.

Deste Barómetro¹, o resultado que podemos destacar é o aumento em 60% dos internamentos sociais, comparando com o período homólogo de 2022, o que corresponde a cerca de 1.675 camas ocupadas nos hospitais. Curiosamente, este agravamento parece resultar principalmente do aumento do tempo de demora média destes doentes, no hospital. Este facto, além de representar um custo de vários milhões de euros para o Estado,

se extrapolarmos para o total de um ano, implica a manutenção de cidadãos internados que já não necessitam de cuidados hospitalares, prejudicando a sua qualidade de vida e a integração social e familiar.

A razão mais apontada para que esta grande inconformidade suceda é a falta de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). No entanto, é também uma realidade, de acordo com a análise do Barómetro, que aqueles que esperam mais tempo por vaga são os que aguardam solução nas ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas), sendo que a demora média é este ano de 61,4 dias e nos dados do 6º Barómetro foi de 29,9 dias.

Além do já apontado, mantém-se agora mais agravada a incapacidade das famílias para receber os seus familiares doentes ou mais dependentes depois de um internamento, por razões muito variadas e, uma delas, é a falta de apoios para os cuidadores informais,

nomeadamente a nível financeiro. Outro aspeto é o isolamento social, sendo que muitas vezes, após alta clínica hospitalar o utente não tem já condições para regressar ao seu domicílio onde antes residia autonomamente. Estas serão talvez algumas das razões pelas quais Lisboa e Vale do Tejo e o Norte são as regiões com maiores taxas de internamentos inapropriados, com mais de oito em cada dez casos de pessoas internadas sem critérios clínicos para internamento, sendo estas regiões responsáveis por 79% destes internamentos inapropriados¹.

Os cidadãos internados no hospital após alta clínica, uma vez expostos a este ambiente por tempo desnecessariamente prolongado, apresentam um aumento das complicações potencialmente evitáveis como infeções hospitalares, muitas vezes provocadas por microrganismos multirresistentes, úlceras de pressão, formação de trombos, desnutrição, confusão e agravamento da sua saúde mental, quedas e alterações do ritmo do sono, condicionando o aparecimento ou agravamento do estado de dependência^{5,6}. Também há repercussão nos internamentos eletivos, na falta de vagas nos hospitais e na organização do acolhimento aos doentes, com pessoas internadas fora dos serviços, muitas vezes a aguardar vaga em macas ou em corredores do hospital. Todo este conjunto de consequências condiciona o adiamento de atividade programada, com aumento dos custos, das listas de espera e a consequente degradação dos cuidados de saúde disponíveis para o doente.

É preciso encontrar soluções para este problema por razões humanitárias em primeiro lugar, mas também por razões económicas. O setor da saúde e o setor da segurança social têm a obrigação de procurar as melhores soluções para este problema. Algumas

Aumento em 60% dos internamentos sociais, comparando com o período homólogo de 2022, o que corresponde a cerca de 1.675 camas ocupadas nos hospitais

destas soluções já foram aplicadas com êxito durante a pandemia Covid-19 e talvez seja possível adaptá-las e modernizá-las. Infelizmente tal não tem acontecido.

Como se percebe, as causas para os internamentos prolongados são, não só sociais como organizacionais. Na realidade, as soluções têm de ser múltiplas e complementares abrangendo várias vertentes. Primeiro, deve haver um bom apoio aos doentes crónicos ao nível do ambulatório, com acesso fácil ao seu Médico de Família, com marcação ágil das consultas ou, por exemplo, com sistemas de telemedicina que permitam maior proximidade à sua equipa de saúde. Isto permitiria um melhor controlo das doenças crónicas e a redução das idas aos Serviços de Urgência hospitalares associado a uma melhor qualidade de vida. Depois, as respostas na comunidade, com incremento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), da Rede de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e de Lares Residenciais (LR). Talvez ainda mais importantes são os apoios sociais e económicos às famílias e aos Cuidadores Informais permitindo que as pessoas não sejam institucionalizadas e que permaneçam no seu domicílio, ganhando em saúde e em qualidade de vida.

Para além destas soluções, será

fundamental desenvolver a literacia em saúde e ter também nos hospitais um apoio do Serviço Social com capacidade para intervenção precoce e na comunidade. Outro aspeto muito importante é a prevenção da doença e a aposta na qualidade de vida com programas de apoio e integração da população mais idosa.

Aguardemos as medidas que vão ser implementadas para ajudar a resolver estes problemas e, seguramente, os resultados do Barómetro no próximo ano serão muito mais animadores. ●

REFERÊNCIAS

1. APAH. 7ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, 2023.
2. Araújo Correia, J.A. O 5º Barómetro Dos Internamentos Sociais Da APAH. RPMI 2021, 28, 222-223. <https://doi.org/10.24950/PP/3/2021>
3. Pocinho R, Jardim S, Antunes L, Isidoro Duarte T, Baptista I, Almeida J. Internamentos Prolongados numa Enfermaria de Medicina Interna. RPMI (Internet). 20 de setembro de 2019 (citado 26 de Junho de 2023); 26(3):200-7. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/406>
4. Martins, M., Mesquita A., Carvalho, L., Martins F, Silva. M., Leitão, H., Nunes, M. Factores de Risco para Alta Prorrogada por Motivos Sociais: Um Estudo Retrospectivo. Acta Med Port (In Press). <https://doi.org/10.20344/amp.18888>
5. Bai A.D., Dai C., Srivastava S., Smith C.A., Gill S.S. Risk factors, costs and complications of delayed hospital discharge from internal medicine wards at a Canadian academic medical centre: retrospective cohort study. BMC Health Serv Res. 2019;19:1-9.
6. van Vliet M., Huisman M., Deeg DJ. Decreasing hospital length of stay: effects on daily functioning in older adults. J Am Geriatr Soc. 2017;65:1214-21. 23.

1. MD, PhD, FACP, Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna



Distribuidor Farmacêutico de Serviço Completo. O Parceiro na saúde.

WWW.OCP.PT





Barómetro de Internamentos Sociais

Saúde e Cuidados Sociais: a cooperação que urge desenvolver

Júlia Cardoso

A recente publicação dos resultados de mais um Barómetro dos Internamentos Inapropriados, promovido pela Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares e pela Ernst & Young, volta a reforçar a necessidade de mudança na conceção das políticas públicas nas áreas da saúde e da proteção social, exigindo ambos os setores uma filosofia de cuidados mais adaptada à complexidade dos dias atuais e uma visão e ação mais integradas e mais conformes com os valores humanistas que são marca identitária das sociedades desenvolvidas.

A permanência prolongada de cidadãos nos hospitais do nosso país revela a escassez de resposta, por um lado, em cuidados de saúde que não requerem intervenção médica especializada proporcionada num hospital, por

outro, em cuidados sociais que lhes proporcionem as necessárias condições de recuperação e de apoio na vida quotidiana, no seu meio habitual de vida ou num contexto organizacional que seja o mais semelhante possível com o seu lar. Ora, é sobretudo nesta dimensão que as e os assistentes sociais encontram as maiores dificuldades de intervenção, devido a múltiplos fatores, entre os quais:

- Inexistência ou incapacidade de atuação de familiar/cuidador informal, por motivos diversos relacionados, nomeadamente, com dificuldades de conciliação trabalho/família, condições habitacionais, distância geográfica, ou, até, devido à idade avançada dos potenciais cuidadores; dado de extrema importância para todos refletirmos no presente e no futuro é o do número de pessoas com 65 anos ou mais que vivem sós, cerca de 500.000, atingindo a percentagem de 68% dos agregados unipessoais do país (INE, 2021);

- Escassez de respostas sociais, sendo que os principais serviços sociais destinados às pessoas mais velhas (Estrutura Residencial, Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia) representavam uma cobertura que, no Continente e em 2021, não atingia os 12% deste grupo populacional (Carta Social 2021, ISS,IP), em serviços proporcionados quer pelo setor privado solidário, quer pelo lucrativo; o Estado não fornece nem gere diretamente tais serviços, embora participe as respostas dadas pelo setor privado solidário, com base no Pacto de Cooperação para a Solidariedade, mas com grandes limitações na capacidade de resposta face à crescente procura - de realçar que não existe informação pública sobre o número de pessoas em lista de espera, nem informação específica das taxas de cobertura em cada uma das respostas sociais: ERPI, SAD, CD;

- Pelo nível de cobertura dos serviços sociais dedicados aos mais velhos, que engloba a rede solidária e a privada lucrativa, constata-se que os cuidados estão fundamentalmente dependentes da participação e apoio da rede familiar; o que implica, para além das dificuldades anteriormente identificadas, capacidade financeira dos próprios e/ou das famílias.

Embora a permanência inapropriada nos hospitais não atinja, exclusivamente, os cidadãos com mais idade, sabemos como este é o grupo populacional que mais vive o problema, podendo afirmar-se que é a principal vítima da inação por parte do setor governativo com responsabilidade na sua proteção. Importa perceber que esta realidade - a do envelhecimento - não vai mudar e que é urgente a organização de um sistema mais protetor, mais solidário, mais justo, mais ajustado às necessidades dos cidadãos e, ao mesmo tempo, mais eficiente do ponto de vista das organizações da saúde.

A experiência durante o período da pandemia, em que a Segurança Social conseguiu encontrar soluções com efeitos na diminuição não só do número de internamentos inapropriados como nos tempos de permanência indevida nos hospitais, não teve, lamentavelmente, continuidade. E nem a posterior tentativa de aumentar a capacidade de resposta em ERPI, através da

contratualização de mais lugares em estruturas geridas pelo setor solidário (Portaria n.º 38-A/2023) resolverá um problema cuja tendência aponta para uma maior visibilidade e pressão nas organizações sociais e da saúde, assim como nas famílias.

A escassa capacidade de resposta dos serviços sociais muito tem contribuído para a pressão sobre os hospitais, tornando-os, muitas vezes, os responsáveis pela proteção daqueles que não reúnem condições de alta por motivos de ausência, escassez ou fragilidade das redes formais e informais que lhes poderiam ou deveriam prestar os cuidados necessários. A deficiente cobertura dos serviços sociais compromete os objetivos de um Serviço Nacional de Saúde que melhor responda às necessidades dos cidadãos, compromete o modelo de proteção que, de forma efetiva, cuide dos indivíduos ao longo do ciclo de vida e que se apoie na articulação entre os diversos atores: profissionais, organizações, cidadãos e sociedade em geral.

A escassa capacidade de resposta dos serviços sociais muito tem contribuído para a pressão sobre os hospitais

Todos reconhecemos que é urgente agir, que é necessário criar um modelo assistencial que proteja os cidadãos, que se preocupe com o seu bem estar, que traduza a devida articulação entre o sistema de Saúde e o sistema da Segurança Social, numa ação integrada que combine e articule a promoção e a prevenção em saúde, o tratamento e a reabilitação da doença, os cuidados sociais definidos de forma personalizada, de acordo com as reais necessidades dos indivíduos e das comunidades. Um modelo mais humanista, que não desperdice recursos humanos e recursos financeiros.

O direito à proteção e à justiça social é um compromisso de todos nós, um dever de Estado e do sistema governativo que tem como

responsabilidade definir as políticas que melhor sirvam os interesses dos cidadãos. Portugal precisa, não temos dúvidas, de maior investimento público na área dos serviços sociais e se as necessidades dos portugueses não têm resposta no setor solidário, se a “sociedade providência” é cada vez mais frágil, têm de ser criados mecanismos de igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados sociais para todos os que deles necessitem. ●

1. Presidente da Direção da Associação dos Profissionais de Serviço Social



JUNTOS VAMOS DESENVOLVER O SEU SERVIÇO DE REFEIÇÕES IDEAL ADAPTADO AO SEU AMBIENTE

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS · INSTALAÇÕES MÉDICO-ASSISTENCIAIS

ELECTRO CALORIQUE PORTUGAL
Rua Padre Manuel Laranjeira, n.º1369, 3720-051, Oliveira de Azemeis
Tel.: +351 924 714 738

www.electrocaloriquegroupe.com



Projeto 3F - Financiamento, Fórmula para o Futuro

O que dizem os peritos sobre o financiamento da nova organização do SNS?

Francisco Valadas¹

A sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) está diretamente associada à implementação de modelos de integração de cuidados e promoção da eficiência das instituições. Por sua vez, as poupanças e sustentabilidade financeira são o resultado desta reorganização.

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, com o apoio da Roche e desenvolvimento da IQVIA, lançou em 2017 o projeto **3F - Financiamento, Fórmula para o Futuro**, na crença que os modelos de financiamento são um poderoso instrumento na modelação e organização do sistema de saúde português.

Esta realidade de 2017 mantém-se presente, como podemos observar com a recente reestruturação do SNS, nomeadamente com a criação

e intenção de criar unidades locais de saúde (ULS).

Com o intuito de continuar a acrescentar valor e contribuir para o sucesso do SNS, a equipa 3F reuniu em abril de 2023 um conjunto de 26 peritos, que tiveram a oportunidade de refletir sobre o modelo de financiamento atual e futuro das ULS.

Esta reflexão assentou em dois pilares chave:

- Identificar dificuldades e constrangimentos na adoção do atual modelo de financiamento das ULS;
- Discutir alternativas aos atuais modelos de financiamento, de forma a incentivar a prestação de cuidados com base na criação de valor em saúde, e assim garantir uma melhor resposta às necessidades da população, para além de promover ativamente a saúde e a prevenção da doença.

Aquando da implementação das primeiras ULS, foi adotado um modelo de financiamento de base populacional

(modelo de capitação) ajustado pelo risco, nomeadamente, determinantes da despesa e estado de saúde das populações (**Figura 1**), com o intuito de financiar um sistema de cuidados integrados eficiente e acessível.

De facto, os peritos salientam como pontos positivos do modelo em vigor a maior previsibilidade no financiamento dos cuidados de saúde, tanto para o pagador, como para o prestador; a potenciação da integração de cuidados de saúde nos seus diversos pilares (integração sistémica, administrativa, financeira, clínica e integração da informação); o incentivo à articulação entre os diferentes níveis de Cuidados; e o foco na promoção da saúde e na prevenção da doença.

No entanto, de acordo com os mesmos peritos, este modelo carece de revisão. Como pontos negativos, referem que o modelo teórico é de difícil aplicabilidade; que os indicadores de diferenciação da capita das ULS são redutores para



Figura 1: Estruturação do modelo de financiamento das ULS

uma real política de integração de cuidados; que não está alinhado com a implementação da legislação em vigor de Livre Acesso aos cuidados de saúde; e, por último, que pode não acompanhar a diferenciação dos cuidados e, com isso, existe a possibilidade de aumentar o risco de seleção adversa de doentes (seleção de doentes menos graves e/ou menos complexos).

O sucesso da implementação de um novo modelo de financiamento para as ULS implica um alinhamento estratégico e um planeamento de diferentes fatores, que, segundo os peritos, resultam nas seguintes premissas:

- Diagnóstico longitudinal sobre o impacto da criação das ULS no sistema de saúde, com especial enfoque na dimensão do financiamento, de forma a identificar as variáveis que condicionaram os resultados obtidos (financeiros, acesso, saúde), e, com isso, ajustá-los no modelo futuro.
- Criação de um sistema de informação único e integrado de forma a facilitar a comunicação e partilha de informação entre as unidades funcionais.
- Definição de um modelo de governação para as ULS que promova o planeamento estratégico e a cultura organizacional, e que viabilize o cumprimento da missão da instituição alinhada com a estratégia do SNS.
- Ajuste do modelo de financiamento às necessidades específicas da população, considerando métricas de saúde, despesa e acesso. Isto é, a capita deve ser ajustada ao risco, com mais dimensões na definição do custo e carga do doente, consumo de medicamentos, consultas,

meios complementares de diagnóstico e terapêutica, episódios de internamento e urgência, e na mediação de resultados em saúde. Para além disso, deve ter um maior foco na promoção da saúde e prevenção da doença.

- Definição clara da carteira de serviços das diferentes unidades funcionais da ULS, bem como incorporar a diferenciação de oferta e a especialização no desenho do modelo de financiamento.
- Otimização do acesso aos cuidados de saúde primários e criação de incentivos à utilização adequada dos serviços de urgência, ao promover a prestação de cuidados na unidade funcional que mais se adequa.
- Desenho dos percursos clínicos que garantam um acompanhamento do doente de uma forma mais eficiente e com melhores resultados clínicos ou reportados pelo doente.
- Estabelecimento de um modelo de incentivos baseado em indicadores de resultado que seja adequado às características das ULS e respetivas unidades funcionais, através de uma melhor integração de cuidados, acesso, eficiência, promoção da saúde e prevenção da doença.
- Garantia de uma autonomia efetiva das estruturas de gestão das ULS que permita uma melhor resposta às condicionantes da estrutura.

Tendo em conta as diferentes premissas listadas, os peritos propõem um modelo de financiamento para as ULS que equacione a hipótese de um modelo híbrido que deve ser adaptado à realidade de cada instituição. Este modelo compreende quatro

componentes complementares (Figura 2, na página seguinte).

1. Componente de financiamento por capitação ajustada pelo risco

A componente de financiamento por capitação ajustada pelo risco adapta o modelo de financiamento às necessidades específicas da população que serve e incentiva a diferenciação, a especialização e a inovação.

No entanto, os peritos divergem no nível de complexidade e abrangência do pacote de serviços coberto pelo modelo, tendo sido discutidas duas alternativas:

1. Modelo de capitação de cobertura alargada, onde o modelo de capitação deve ser profundamente estratificado através da aplicação de múltiplos fatores de risco, de forma a cobrir toda a atividade da ULS, sendo os valores posteriormente ajustados pelos fluxos de doentes;

2. Modelo de capitação de cobertura reduzida, onde a componente de capitação deve garantir a cobertura dos custos indiretos de estrutura e financiar o pacote-base de serviços (serviços mínimos) das ULS.

As componentes de ajuste da capitação pelo risco podem ser divididas em duas categorias principais: as determinantes da despesa, onde se incluem os fatores socioeconómicos, a relação entre a procura e a oferta dos cuidados de saúde, a diferenciação e especialização da ULS/Centro Hospitalar; e o estado da saúde da população, onde se incluem a carga da doença, a morbilidade acrescida e a mortalidade. ▶

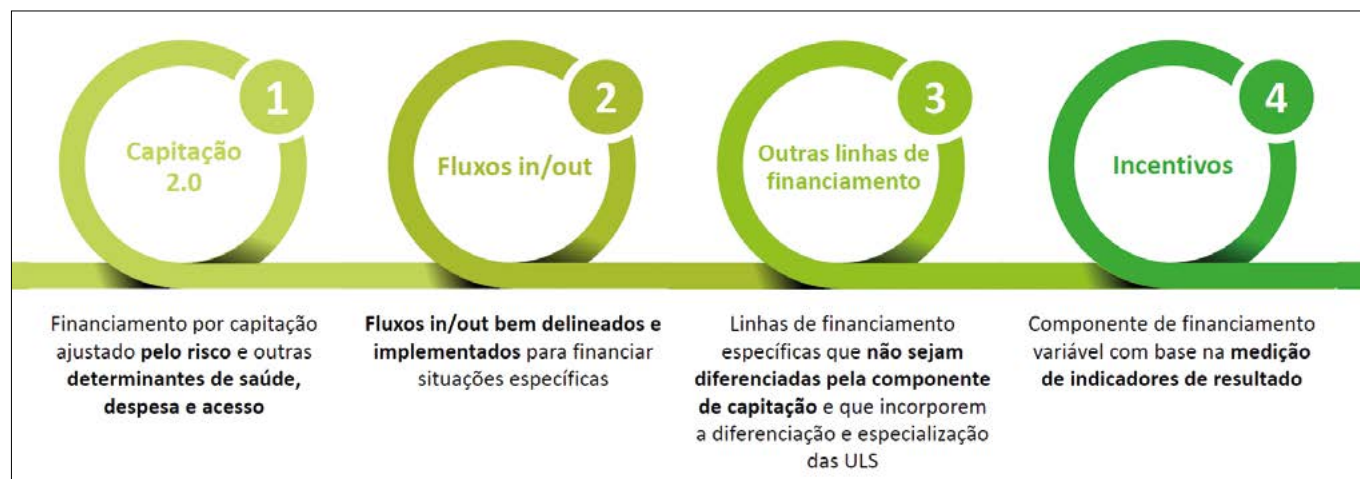


Figura 2: Proposta de modelo de financiamento das ULS

2. Fluxos de doente (in/out)

A segunda componente, os fluxos de doente, é e deve continuar a servir como um mecanismo de ajuste que permite que o financiamento acompanhe o doente, independentemente do local em que este seja tratado, e dessa forma garantir um equilíbrio financeiro no sistema.

3. Outras linhas de financiamento

A introdução de outras linhas de financiamento permite agilizar o financiamento de rubricas que não estejam incluídas na componente de capitação e que incorporem a diferenciação e a especialização das ULS. Como tal, estas rubricas variam consoante o nível de cobertura e detalhe incluídos no modelo de capitação.

No caso de o modelo de capitação ser profundamente estratificado e cobrir toda a atividade da ULS, consideram-se linhas de financiamento específicas todas as que não possam ser diferenciadas, como, por exemplo, o pagamento da componente universitária e investigação, as urgências ou o pagamento de patologias muito específicas.

No caso de o modelo de capitação garantir apenas a cobertura dos custos indiretos de estrutura e financiar o pacote-base de serviços das ULS, então, as linhas de financiamento específicas são mais abrangentes, incluindo, por exemplo, o tratamento de patologias específicas e/ou com inovação farmacológica de alto impacto orçamental, centros de responsabilidade integrada, centros de referência, doentes não registados, ou externos à área de abrangência da ULS que não sejam cobertos por linhas de financiamento específicas.

Independentemente de quais as outras linhas de financiamento, o modelo de financiamento deve ser ajustado à oferta (diferenciação e especialização) e, como tal, poderá fazer sentido definirem-se linhas de financiamento diferentes para cada ULS.

4. Incentivos

A quarta e última componente compreende a introdução de incentivos variáveis com base na medição de indicadores de resultado em saúde, que promovam a integração de cuidados, o acesso, a eficiência, a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Só assim, com a introdução desta componente variável, se permite diferenciar e recompensar as ULS com melhor desempenho.

Os indicadores a considerar podem ser transversais a todas as ULS ou específicos, consoante a necessidade e estratégias locais de saúde. Podem ser indicadores clínicos reportados pelos médicos (Indicadores específicos de doença; QALY; Anos de vida perdidos), indicadores reportados pelos doentes (qualidade de vida, satisfação), indicadores de acesso, de desempenho ou de qualidade.

Independente de quais os indicadores que venham a ser escolhidos e definidos, os peritos afirmam que esta componente variável deve ter uma preponderância maior face à que existe atualmente (10% do valor do contrato--programa), e deve aumentar de forma progressiva.

A nova organização do SNS pressupõe a existência de processos de contratualização interna (pagador-ULS)

e externa (ULS-unidades funcionais) que potenciem a integração de cuidados, a utilização eficiente dos recursos e a promoção da saúde.

Assim, o modelo de contratualização externo deve ser único, e incorporar, tanto os cuidados hospitalares, como os cuidados primários, responsabilizando as ULS pelo seu desempenho. Para isso, devem ser definidos indicadores comuns e outros específicos às necessidades e estratégias locais, que permitam esta monitorização e comparação do desempenho das ULS.

O modelo de contratualização interna, por sua vez, deve garantir a definição de objetivos comuns às diferentes unidades funcionais da ULS. Pretende-se que estes indicadores promovam uma melhor integração de diferentes níveis de cuidados, garantam resposta às necessidades específicas de cada região e respetiva unidade funcional, e valorizem os interesses e necessidades dos doentes, a sua qualidade de vida e experiência.

Conscientes que qualquer mudança no SNS implica um grande esforço e cautela, os peritos advogam que a implementação de um novo modelo de financiamento para as ULS deverá ser feita de uma forma faseada, com a definição de objetivos e métricas concretas para a monitorização da sua implementação e do seu sucesso, e que o ponto de partida deve ser o modelo de financiamento atualmente em vigor: ●



Caminho dos Hospitais

Inovação na integração de cuidados em destaque na 25.ª Edição

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) promoveu, no passado dia 21 de abril, a 25.ª Edição do “Caminho dos Hospitais” que teve lugar no Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), no Auditório da Unidade Hospitalar de Vila Real.

O “Caminho dos Hospitais” é uma iniciativa da APAH que teve o seu início em julho de 2016, traduzindo-se numa aposta na proximidade à comunidade hospitalar que visa atenuar situações de periferia através de visitas e reuniões programáticas às instituições do SNS, de forma descentralizada, dando especial enfoque a questões da atualidade.

A par da articulação com os Administradores Hospitalares locais, na sua génese está a comunicação, a cooperação e a excelência no contacto com os Conselhos de Administração, inteirando-se da realidade e dos desafios de cada hospital e promovendo a qualidade da gestão hospitalar:

Esta edição foi dedicada ao tema “Inovação na Integração de Cuidados como forma de potenciar a



acessibilidade no interior do país” e contou com a apresentação de alguns projetos inovadores da responsabilidade do CHTMAD, nomeadamente o Centro Académico Clínico e a Unidade Clínica de Ambulatório Médica, bem como os projetos de Integração de Cuidados no Centro Oncológico e Cuidados Comunitários de Saúde Mental em Adultos no Alto Tâmega. ●



1.ª Edição Bolsa José Nogueira da Rocha

Para reconhecer e potenciar áreas de suporte logístico do SNS



O projeto “Distribuição de roupa hospitalar: melhoria de processo” do Centro Hospitalar Tondela-Viseu foi o grande vencedor da 1.ª Edição da Bolsa José Nogueira da Rocha.

A Bolsa José Nogueira da Rocha é uma iniciativa da APAH, com o apoio do SUCH e apoio técnico da Erising, que tem como objetivo reconhecer e potenciar as áreas de suporte logístico das unidades que integram o Serviço Nacional de Saúde, apoiando as suas equipas no desenvolvimento das competências necessárias para que possam contribuir proactivamente para processos de transformação nas suas organizações.

O período de candidaturas decorreu entre 23 de maio e 15 de junho de 2023.

De um total de 26 candidaturas recebidas, foram selecionados os 10 melhores projetos de acordo com a respetiva adequação e potencial impacto.

A cerimónia de finalistas da 1.ª Edição da Bolsa José Nogueira da Rocha



decorreu no passado dia 23 de junho, tendo o Júri avaliado os projetos finalistas com base nos critérios do Regulamento:

- Impacto na eficiência ou produtividade da organização - 30%;
- Impacto ambiental - 20%;
- Replicabilidade - 20%;
- Impacto na satisfação dos trabalhadores - 20%;
- Qualidade da apresentação no *pitch* final - 10%;

A cerimónia contou com um momento especial de evocação ao Professor José Nogueira da Rocha feito pelo Professor António Correia de Campos, ao qual se seguiu um pequeno discurso emotivo, proferido pela esposa e viúva do Professor José Nogueira da Rocha.

O vencedor terá agora acesso a um **Programa de consultoria especializada** para suportar a implementação do seu Projeto, particularmente focado na identificação do problema e das suas causas, bem como na respetiva construção de planos de projeto, plano de ação e acompanhamento da implementação. ●



1. Projeto vencedor
2. Xavier Barreto, presidente da APAH, Marlene Lopes, representante do projeto vencedor do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Ana Maria Nunes, SUCH e Maria Jorge Nogueira da Rocha, esposa de José Nogueira da Rocha
3. Discurso de evocação feito por António Correia de Campos

PROJETOS FINALISTAS BOLSA JOSÉ NOGUEIRA DA ROCHA	
10h00	Abertura Xavier Barreto APAH
10h05	Triar a brincar no meio hospitalar Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
10h20	Otimização da gestão e melhoria do desempenho da rouparia do CHULC Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
10h35	Consumo ao doente – uma nova abordagem Hospital Distrital de Santarém
10h50	Distribuição de roupa hospitalar: melhoria de processo Centro Hospitalar Tondela-Viseu
11h05	Valorização dos têxteis no final do seu ciclo de vida: transformação ECO design Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga coffee-break (15min)
11h35	Implementação da distribuição individualizada por unidose nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel
11h50	Gestão integrada da função aprovisionamento Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
12h05	Reorganização e valorização da unidade de apoio do CHULC - H53 Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
12h20	Repensar o atual modelo da rouparia - Redefinição de circuitos e controlo de fardamento Unidade Local de Saúde de Matosinhos
12h35	Otimização de rotas de transporte interunidades Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

Conte connosco. Sempre.

visite aqui
o nosso website



Somos uma referência nacional no setor da alimentação coletiva, com 60 anos de história. Somos pioneiros em diversas áreas, e como tal temos responsabilidade acrescida em trilhar novos caminhos a favor de um futuro mais sustentável e inovador.

Com vasta experiência na prestação de serviços de alimentação nos segmentos da Saúde e Social, estamos presentes em unidades hospitalares e instituições de acolhimento garantindo uma dieta equilibrada e saudável aos seus colaboradores, utentes e visitantes.

Rigor
Confiança
Excelência
Inovação
Sustentabilidade



Boas práticas na gestão dos equipamentos e dispositivos médicos



A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, com o apoio da APORMED, promoveu a 1.ª Edição do Fórum de Inovação e Tecnologia em Saúde, uma iniciativa que visa contribuir para a discussão associada à gestão dos equipamentos e dispositivos médicos, promovendo a partilha de boas práticas e a procura de soluções concertadas que permitam alcançar os melhores padrões de excelência, qualidade e sustentabilidade na prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

O Fórum de Inovação e Tecnologia em Saúde teve lugar no dia 23 de junho, pelas 14h00, na sede da Microsoft, no Parque das Nações, em Lisboa.

A primeira parte do Programa foi dedicada ao tema “Dispositivos Médicos inovadores: que modelos para a sua adoção no SNS?” e incluiu também a apresentação da 1.ª Edição do Index Nacional dos Dispositivos Médicos, em parceria com a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (FFUL) e parceria técnica da IQVIA que procurará caracterizar a situação






atual e discutir propostas de melhoria no âmbito da gestão dos equipamentos e dispositivos médicos em Portugal.

A segunda parte do Programa teve como tópico “Compras baseadas em Valor: entre a necessidade e a utopia” e contou com a participação de Rossana Alessandrello, em representação da Agência de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), e responsável pelas compras de equipamentos e dispositivos médicos baseados em valor na Catalunha.

Os temas foram debatidos por dois painéis de comentadores, que contaram com a presença dos principais *stakeholders* desta área: Ordens Profissionais, Administradores Hospitalares, INFARMED, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Agência Nacional da Inovação, Associações de Doentes e representantes da Indústria. ●



Programa

23.06.2023

14H00 | ABERTURA

XAVIER BARRETO, APAH
ANTONIETA LUCAS, APORMED

14H30 | DISPOSITIVOS MÉDICOS INOVADORES: QUE MODELO PARA A SUA ADOÇÃO NO SNS?

APRESENTAÇÃO DO "ÍNDICE NACIONAL DE ACESSO AOS DISPOSITIVOS MÉDICOS"
SOFIA DE OLIVEIRA MARTINS, FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

MESA REDONDA
ALEXANDRE LOURENÇO, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
ANA FRANCISCA BETTENCOURT, ORDEM DOS FARMACÊUTICOS
SOFIA COUTO ROCHA, ORDEM DOS MÉDICOS
RUI IVO, INFARMED
LUIS PEREIRA, MEDTRONIC

16H00 | PAUSA

16H30 | COMPRAS BASEADAS EM VALOR: ENTRE A NECESSIDADE E A UTOPIA
ROSSANA ALESSANDRELLO, AQUAS

MESA REDONDA
AMADEU GUIMARÃES, SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
CARLOS CATALÃO, ROCHE DIAGNÓSTICOS
LUIS FERREIRA, AGÊNCIA NACIONAL INOVAÇÃO
PAULO GONÇALVES, PLATAFORMA SAÚDE EM DIÁLOGO
PAULO ESPIGA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL

18H00 | BOLSA JOSÉ NOGUEIRA DA ROCHA


MOMENTO DE EVOCAÇÃO POR ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS
ANÚNCIO DO PROJETO VENCEDOR DA BOLSA

18H30 | ENCERRAMENTO


XAVIER BARRETO, APAH
RICARDO MESTRE*, SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

*A CONFIRMAR

Organização:



Apoio:



Resumo de atividades APAH

INICIATIVAS APAH

17 A 19 ABRIL

Decorreu no Centro Hospitalar do Oeste a 1.ª sessão imersiva da 2.ª fase da **Bolsa “Capital Humano em Saúde”**, dedicada à construção final do projeto.

21 ABRIL

25.ª edição do Caminho dos Hospitais no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, dedicada ao tema “Inovação na Integração de Cuidados como forma de potenciar a acessibilidade no interior do país”.

27 ABRIL

Assembleia Geral da APAH na qual foram apresentados os resultados da atividade desenvolvida no ano de 2022, bem como a estratégia para a abordagem à Carreira de Administrador Hospitalar a ser desenvolvida no ano de 2023. Releva-se a aprovação do relatório de atividades e contas e destaca-se a aprovação por unanimidade da disponibilização da reserva financeira da Associação para solicitar apoio jurídico no sentido de avançar com a Revisão da Carreira de Administrador Hospitalar

de forma mais incisiva, o que revela o alinhamento dos associados com este propósito maior da nossa Associação.

28 ABRIL

Reunião de peritos do Projeto 3F, com o objetivo de fazer um ponto de situação e balanço dos trabalhos mas também relançar a discussão do financiamento hospitalar à luz das mais recentes evoluções na estrutura organizacional do SNS.

5 MAIO

Sessão virtual de formulação final dos projetos da **Bolsa “Capital Humano em Saúde”** onde foram selecionados os três projetos vencedores que avançaram para a fase de formação e consultoria.

16 MAIO

3F | Financiamento | Uma Fórmula Estiveram reunidos no auditório do Instituto Português de Oncologia do Porto mais de 200 profissionais de saúde no debate sobre o modelo de organização e financiamento do SNS.

17 MAIO

Sessão de Lançamento do Livro

“Gestão eficiente do sangue do doente em Portugal”, que teve lugar no Centro de Cultura e Congressos, da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, no Porto.

31 MAIO A 3 JUNHO

Decorreu no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga a 2.ª sessão imersiva da 2.ª fase da **Bolsa “Capital Humano em Saúde”**, dedicada à **Construção do Plano de mudança**, com vista à implementação de cada projeto nas respetivas entidades.

2 JUNHO

Apresentação pública de resultados da **7.ª edição do Barómetro de Internamentos Sociais**, na Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

23 JUNHO

1.ª Edição do Fórum de Inovação e Tecnologia em Saúde e 1.ª Edição da Bolsa José Nogueira da Rocha, que decorreram na sede da Microsoft, em Lisboa.

REUNIÕES INSTITUCIONAIS

12 ABRIL

Reunião com as consultoras de Sua Excelência o Presidente da República para as áreas da saúde (Dra. Isabel Aldir) e dos Assuntos Sociais, Sociedade e Comunidades (Dra. Maria João Ruela), relativa à Carreira de Administração Hospitalar. Nesta reunião, a Presidência da República foi sensibilizada para a situação em que se encontra a carreira de Administração Hospitalar há mais

de 20 anos e para a necessidade urgente de proceder à sua revisão.

8 MAIO

Audiência com o Partido Livre.

15 MAIO

Audiência com o Partido Iniciativa Liberal.

27 JUNHO

Audiência com o Partido Social Democrata. Em todas as reuniões foi apresentada a situação em que se encontra a carreira de Administração Hospitalar, bem como os prejuízos que daí resultam para o funcionamento do SNS, solicitando apoio das diferentes forças políticas para a sua rápida revisão.

2.º trimestre de 2023

REPRESENTAÇÕES APAH EM OUTRAS INICIATIVAS

18 ABRIL

O presidente da APAH, Xavier Barreto, foi um dos oradores convidados da II.ª Conferência “Sustentabilidade em Saúde”.

3 MAIO

A APAH marcou presença na Cerimónia de Tomada de Posse “Novos Órgãos Sociais APORMED”.

11 MAIO

Xavier Barreto foi um dos comentadores da I.ª parte do programa da I.ª Conferência Nacional de Saúde, subordinada ao tema “A Descentralização de competências para o Poder Local”; Leandro Luís representou a APAH na II Convenção da Ordem dos Enfermeiros na Figueira da Foz, no painel “Desafios colocados aos sistemas de saúde e à Enfermagem”.

18 MAIO

A APAH esteve presente na Conferência “Oncologia, que futuro?” integrada nas comemorações do sexagésimo aniversário do IPO de Coimbra, fazendo-se representar por Joana Cunha.

19 MAIO

A segunda edição do OFTALGEST, dedicada ao tema “Sistema de Saúde Integrado”, contou com a presença de Xavier Barreto como um dos oradores convidados na sessão de abertura.

31 MAIO

A APAH esteve presente no SNS Summit CRI, uma iniciativa promovida pela Direção Executiva do SNS, dedicado à temática dos Centros Responsabilidade Integrados. Xavier Barreto foi um dos oradores convidados, numa sessão dedicada ao Financiamento e Contratualização.

6 JUNHO

Assembleia Geral e reunião da Direção Executiva da European Health Management Association (EHMA) que se realizou na Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Itália. A APAH fez-se representar por Raquel Chantre e Leandro Luís.

Publicamos um resumo

das atividades que a APAH

desenvolveu ou participou

no segundo trimestre

deste ano

CONTACTOS APAH ONLINE

Acompanhe as iniciativas promovidas pela APAH a partir das nossas redes sociais:



www.apah.pt



facebook.com/apahospitales



@canalaph-gestaoemsaude7070



linkedin.com/company/associação-portuguesa-de-administradores-hospitales

Seguir



Legiomix: prevenção e monitorização da *Legionella* na rede de AQS



As infeções causadas pela bactéria *Legionella* representam um problema grave para a saúde pública. De forma a prevenir a proliferação desta bactéria, foi criada a lei n.º 52/2018 de 20 de agosto que estabelece o regime de prevenção e controlo da doença dos Legionários. Esta nova lei obriga ao registo de equipamentos numa plataforma eletrónica, à elaboração de planos de prevenção e de controlo de redes, sistemas e equipamentos propícios à proliferação da bactéria *Legionella* e ainda à realização de auditorias a cada três anos.

A lei especifica que “equipamentos de transferência de calor associados a sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado ou a unidades de tratamento do ar, desde que possam gerar aerossóis de água” e “a redes prediais de água, designadamente água quente sanitária” deverão ser alvo de controlo de *Legionella*. Para além destas indicações, a mesma refere que “todas as atividades de limpeza e desinfeção, manutenção, monitorização, tratamento e verificação de ocorrências, datas de auditorias e respetivos resultados e eventuais medidas adotadas terão de ser indicadas num sistema de registo obrigatório”. A gestão e operação da plataforma estará a cargo da Direção-Geral de Saúde.

É uma regulamentação clara sendo

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

OS TRATAMENTOS TÉRMICOS

A proteção da rede de água quente sanitária (AQS) contra a *Legionella* pode ocorrer com tratamentos químicos ou térmicos. Os tratamentos químicos de desinfeção modificam as características químicas da água e poderão torná-la agressiva para os materiais e não conforme aos requisitos de qualidade requeridos pelas normas em vigor sobre águas destinadas ao consumo humano.

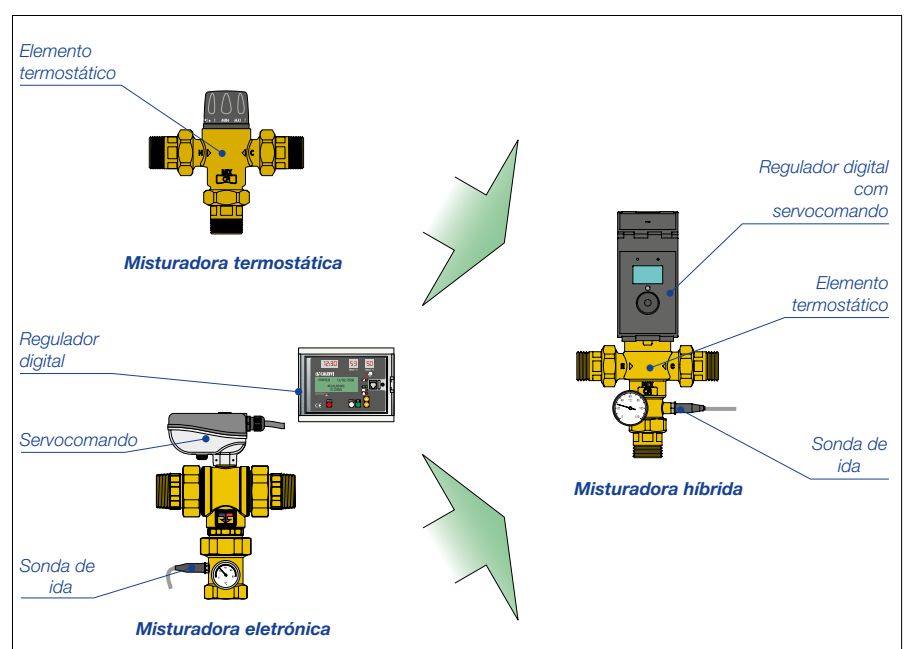
Por sua vez, os tratamentos térmicos modificam apenas a temperatura da água e podem ser de dois tipos: **choque térmico** (como medida de desinfeção temporária) ou **desinfeção térmica** (como medida preventiva e sistémica).

Nas instalações para produção e distribuição de AQS, os tratamentos térmicos são preferíveis aos químicos. Na perspetiva de contribuir para

a segurança deste tipo de instalações, e recorrendo a uma vasta experiência na área de sistemas de aquecimento e hídricos, a CALEFFI desenvolveu um produto capaz de eliminar a presença da bactéria *Legionella*, recorrendo a um tratamento térmico: a **misturadora híbrida Legiomix 2.0**.

A **Legiomix 2.0** aponta em dois vetores fundamentais - **segurança e economia** - registando os dados de mistura e desinfeção e estando preparada para **gestão remota** para uso nos sistemas de Building Management (BMS).

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



Esquema híbrido

S.A.M. da Nextbitt: agilizar e automatizar os processos de gestão



importante perceber que o tempo das empresas “neutras” ao contexto social, político ou económico que as rodeia já acabou. Os *Millenials* são exemplo disso mesmo. Um inquérito da Nielsen mostra que os *Millenials* são duas vezes mais prováveis do que os *Baby Boomers* a dizer que estão a mudar hábitos para reduzir o impacto ambiental. A Geração Z, por sua vez, está também a tornar-se numa geração preocupada com o tema da Sustentabilidade. Isto mostra que as marcas podem aumentar tremendamente os seus valores de negócio ao concentrarem-se em temas como a Sustentabilidade, a redução da pegada carbónica, na medida em que hoje, mais do que nunca, os clientes olham para as organizações em que revêem os seus valores e princípios. De acordo com McKinsey, uma estratégia de Sustentabilidade pode reduzir substancialmente os custos - consumo de energia e água - e afetar os lucros operacionais em até 60%.

A implementação de práticas sustentáveis em unidades de negócio pode aumentar as hipóteses de uma organização lucrar com essa mesma Sustentabilidade. É fundamental ser transparente sobre as práticas sustentáveis. Quando a Puma publicou dados sobre a água utilizada e o carbono emitido através da sua cadeia de abastecimento, ajudou a identificar formas para reduzir o consumo de água, energia e combustível em 60%. Ser sustentável pode também melhorar as relações com o governo e a comunidade local, na medida em que potencia os incentivos fiscais e subsídios das empresas.

REDUZIR CUSTOS COM A MELHORIA NA GESTÃO DE ATIVOS FÍSICOS

Agilizar e automatizar os processos de gestão de operação das empresas com as equipas de manutenção é o objetivo de um novo serviço da Nextbitt.

O S.A.M. recorre a algoritmos da Microsoft e de inteligência artificial da Open AI, que é a entidade responsável pelo ChatGPT. O *software* disponibilizado pela Nextbitt interage com o utilizador colocando-lhe questões para que seja possível caracterizar as questões ligadas aos ativos físicos das organizações e tratar de todos os registos de forma 100% automática e transparente. ●

Ao longo dos últimos dois anos, a Sustentabilidade tem vindo a tomar-se, cada vez mais, uma necessidade para as empresas devido à mudança de perspetivas e obrigadoriedades em todo o mundo. Está a tomar-se ainda mais crítico para as empresas abordar o fosso entre saber e fazer, abraçando práticas empresariais sustentáveis. A Sustentabilidade pode ser definida como a satisfação das necessidades presentes sem comprometer as necessidades das gerações futuras para satisfazer as suas, e existem três pilares fundamentais: económico, ambiental e social. Embora 90% dos líderes considerem que a Sustentabilidade é fundamental para o futuro das organizações, apenas 60% das empresas têm definida uma estratégia de Sustentabilidade. Muitas vezes, as empresas que falam em querer ser mais sustentáveis, com baixos níveis de emissões carbónicas e com a pegada carbónica controlada, falham no momento de implementação. Uma das razões pelas quais isto acontece diz respeito ao facto de os Conselhos de Administração não estarem assim tão empenhados nas estratégias de Sustentabilidade, como assumem inicialmente.

Segundo o Regulamento de Taxonomia como parte do chamado Acordo Verde Europeu, as empresas do setor da banca já estão obrigadas a apresentar relatórios e evidências de Sustentabilidade, e estas obrigadoriedades não se vão restringir somente a este setor: Num curto espaço de tempo, as organizações que não se adaptarem ao contexto empresarial através da inclusão de tecnologias capazes de ajudar as empresas a “serem mais sustentáveis”, certamente que não terão sucesso. Atualmente, o mundo vê-se confrontado com a sobre-exploração de recursos e, de acordo com McKinsey, ter uma estratégia de Sustentabilidade permite a uma empresa olhar para o futuro através de investimentos a longo prazo. É fundamental que os líderes empresariais tomem consciência relativamente à necessidade de reduzir, reutilizar e reciclar; progredindo em direção à economia circular - que se espera que em 2025 atinja os 2,15 trilhões de euros. Identificam-se três razões pelas quais as estratégias de Sustentabilidade vão impactar o futuro dos negócios: Nos dias de hoje, as organizações estão cada vez mais expostas à sociedade e às exigências dos clientes e potenciais clientes e é

Nextbitt

Sustainable Asset Management

O primeiro passo sustentável dá-se com o parceiro certo

A **Nextbitt** garante uma gestão simples e eficaz do ciclo de vida útil dos ativos físicos, com uma organização Top Down. Uma visão global em tempo real, com a informação essencial para a gestão da pegada carbónica do seu negócio.



Dê o primeiro passo com uma companhia que partilha a mesma missão.

nextbitt.com