

GH GESTÃO HOSPITALAR

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Nº 37 // ABRIL MAIO JUNHO 2024

TRIMESTRAL // GRATUITA // www.apah.pt

13.ª CONFERÊNCIA DE VALOR APAH

NOVO MODELO
ORGANIZATIVO
PARA O SNS

**DIREITO
BIOMÉDICO**
RESPONSABILIDADE
CIVIL MÉDICA

Sandra Cavaca
Presidente da SPMS

ENTREVISTA

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL DA SAÚDE É O GRANDE DESÍGNIO DA SPMS

**AUDITORIA
CLÍNICA**
MELHORIA
CONTÍNUA DOS
CUIDADOS DE
SAÚDE



É mais do que uma transformação.

É criar valor que perdura.

Saiba como aplicar os princípios ESG para maximizar valor nos cuidados de saúde.

KPMG. Fazer diferente faz a diferença.

kpmg.pt



Beatriz Maio
ESG Manager

SUMÁRIO

ABRIL MAIO JUNHO 2024

GESTÃO HOSPITALAR

PROPRIEDADE

APAH

APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
Parque de Saúde de Lisboa Edifício, 11 - 1.º 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

Glória Almeida

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

Administradores hospitalares devem liderar mudança de paradigma no SNS

6 HISTÓRIA DA SAÚDE

A renovação do parque hospitalar em Portugal na parte final do século XX

8 SAÚDE PÚBLICA

Saúde pública num sistema de saúde em mudança: a ação é agora

11 VOZ DO CIDADÃO

Porquê um Plano de Emergência no SNS?

12 SAÚDE MENTAL

“Oficinas para todos e para cada um”: a reabilitação psicossocial à medida de cada um

14 DIREITO BIOMÉDICO

Como reformular a responsabilidade civil médica em Portugal?

18 AUDITORIA INTERNA

Auditoria Clínica

22 ENTREVISTA

Sandra Cavaca: “Transição digital é o elemento facilitador de uma saúde baseada em dados”

26 ESTUDO

Contributo do PlanAPP para o retrato e diagnóstico da força de trabalho do SNS

28 INICIATIVA APAH | 13.ª CONFERÊNCIA DE VALOR

Um Novo Modelo Organizativo para o SNS

30 INICIATIVA APAH | 13.ª CONFERÊNCIA DE VALOR

Reunir e partilhar experiências

32 INICIATIVA APAH | 13.ª BOLSA CAPITAL HUMANO

Como acelerar a transição para ULS? É este o foco da 4.ª Edição

34 INICIATIVA APAH | PRÉMIO CORIOLANO FERREIRA

A saúde é única! Tanto que “quem tem saúde, tem tudo”, como dizia a minha avó

36 INICIATIVA APAH | PRÉMIO CORIOLANO FERREIRA

Gerir com resiliência um Serviço Nacional de Saúde resiliente

38 INICIATIVA APAH | BARÓMETRO DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Como os profissionais da Saúde veem o processo em curso

42 INICIATIVA APAH | 8.º BARÓMETRO INTERNAMENTOS SOCIAIS

Internamentos sociais, mais do que um problema hospitalar

46 INICIATIVA APAH | FORMAÇÃO

Workshop “Comunicação Eficaz em Saúde”, Programa “Leadership Healthcare Delivery”, Curso “Otimização da Gestão Hospitalar”

49 INICIATIVA APAH | GREEN HOSPITAL

Promover eficiência energética em hospitais Ibéricos

50 INICIATIVA APAH | EDIÇÕES APAH

“A Investigação nas Organizações de Saúde”

52 ATIVIDADE APAH

Resumo de atividades - 2.º Trimestre

53 INFORMAÇÃO EMPRESARIAL

KPMG, o Mundo mudou e a Saúde?

54 INFORMAÇÃO EMPRESARIAL

Nextbitt: Solução Energética Sólida para Reduzir Custos e Aumentar Eficiência no Hospital



Xavier Barreto
Presidente da APAH

A 13.ª Conferência de Valor foi dedicada à “Integração de Cuidados” e à forma como os administradores hospitalares podem ser decisivos na reforma do sistema de saúde em Portugal.

Administradores hospitalares devem liderar mudança de paradigma no SNS

A integração de cuidados é um caminho desafiador, repleto de obstáculos que exigem coordenação e colaboração eficaz entre diversos profissionais e setores da saúde. É um caminho difícil, mas que valerá certamente a pena. Um Serviço Nacional de Saúde (SNS) com cuidados mais integrados, proporciona percursos mais eficientes e personalizados, garantindo que nos focamos mais nos doentes do que nas suas doenças. Cuidados prestados de forma mais integrada melhoram os resultados clínicos, mas também promovem uma maior satisfação entre pacientes e profissionais, criando melhores ambientes de trabalho no SNS.

Os administradores hospitalares devem liderar esta mudança de paradigma. É a eles que compete a orquestração da complexa rede de recursos, processos e profissionais das Unidades Locais de Saúde, necessários para que essa integração ocorra de forma eficaz. A sua capacidade de liderança e visão estratégica serão fundamentais para implementar esta reforma, bem como para assegurar que as estratégias de integração sejam implementadas de maneira alinhada com as necessidades tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde.

A 13.ª Conferência de Valor foi dedicada à “Integração de Cuidados” e à forma como os administradores hospitalares podem ser decisivos na reforma do sistema de saúde em Portugal. Foram três dias de intensa discussão, marcados pela qualidade das discussões e pela partilha de experiências e soluções inovadoras. Este sucesso não seria possível sem o contributo inestimável dos nossos parceiros e associados. Quero ainda expressar um agradecimento especial ao Grupo de Trabalho de Integração de Cuidados, cuja dedicação e esforço foram cruciais para a realização desta conferência. A todos, o nosso muito obrigado.

Outro ponto de destaque desta RGH é a apresentação dos resultados do 8.º Barómetro de Internamentos Sociais, uma iniciativa da APAH, com o suporte da EY e a parceria da Sociedade Portuguesa de Medicina interna e da Associação dos Profissionais de Serviço Social. Este estudo, que contou com a participação de 39 unidades hospitalares do SNS, revelou dados preocupantes sobre os internamentos inapropriados nas ULS portuguesas. Lamentavelmente, a taxa de internamentos inapropriados continua a subir em relação às edições anteriores, representando já 11% do total de internamentos do SNS.

Na apresentação dos resultados, no Centro de Reabilitação de Norte, o Presidente do Conselho de Administração da ULS de Gaia e Espinho, Dr. Rui Guimarães, leu-nos o relato do caso real de um desses internamentos inapropriados. O calvário porque passou ao longo de um ano em que esteve retida na cama do hospital, não porque estivesse doente, mas porque não se encontrou outra solução para a doente. Foi um relato duro, difícil de ouvir, que nos deixou a todos com um nó na garganta. Este relato, que na verdade representa centenas de casos semelhantes em todo o SNS, reflete uma falha sistémica que não podemos ignorar.

A maneira como tratamos os nossos idosos é um reflexo direto dos nossos valores e prioridades e diz muito sobre quem somos como sociedade. É fundamental que nos unamos para construir uma rede de cuidados que valorize e respeite os mais velhos, reconhecendo o papel essencial que eles desempenham nas nossas vidas e na nossa história. Este é um tema que a APAH não deixará que caia no esquecimento. ●

Saúde em primeiro.

Compreendemos plenamente os desafios de uma vida agitada e repleta de obrigações, e sabemos que, muitas vezes, a saúde fica para segundo plano.

“Saúde em primeiro” é a nossa assinatura e é o reflexo do nosso compromisso em priorizar a saúde dos portugueses, mas também de liderar uma mudança de mentalidade em relação à importância da saúde. Isto significa promover não só o bem-estar físico, como também o cuidado mental e emocional.

Enquanto laboratório farmacêutico, reconhecemos a nossa responsabilidade para com a comunidade e continuaremos a dedicar esforços incansáveis para garantir que cada pessoa tenha acesso aos recursos e cuidados necessários para uma vida mais saudável e equilibrada.

É, por isto, que cada passo que damos, cada decisão que tomamos e cada inovação que introduzimos no mercado é um reflexo do nosso compromisso inabalável com a saúde em primeiro.




Generis[®]
Saúde em primeiro

A renovação do parque hospitalar em Portugal na parte final do século XX

Jorge Varanda¹

Fui pesquisar¹ uma eventual semelhança entre o movimento de construção hospitalar do pós-II Guerra Mundial nos EUA e em Portugal e encontrei dois fenómenos autónomos, cada um com a sua origem e causalidade, aparentemente sem se tocarem. Nos EUA, a iniciativa pertenceu ao Presidente Truman logo em Novembro de 1945, dois meses após o fim oficial da guerra e à lei, conhecida por Hills Burton (actualmente, como Hospital Survey and Construction Act) a qual se destinou a conceder subsídios ou empréstimos para a construção de hospitais em comunidades onde houvesse condições de viabilidade. Em 1975, ainda um terço dos hospitais norte-americanos fazia parte dos que tinham sido construídos com base no apoio dado por essa Lei.

Em Portugal, descobri uma personalidade por detrás do 'nevoeiro' da História: o Professor Coriolano Ferreira, cuja carreira passa pela administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do São João do Porto e do Hospital de Santa Maria em Lisboa, antes de desembocar na Direcção Geral dos Hospitais, em 1961, na qualidade de seu primeiro

director-geral, funções que exerceu até 1972. Podemos dizer que o Professor Coriolano Ferreira caracterizou a sua carreira por sucessivas acumulações, quer na administração de Hospitais, quer na referida Direcção Geral, onde presidiu também à Comissão de Construções Hospitalares e à Comissão de Reapetrechamento dos Hospitais. Essa junção deu-lhe os poderes para lançar um vasto programa de construção de Hospitais em Portugal

Um eventual ponto de contacto entre o que se passou em Portugal e nos EUA foi a deslocação àquele País do Professor Coriolano Ferreira, nos anos 1952 e 1953, para frequentar um curso de Administração Hospitalar na Universidade de Berkeley. A estadia em Berkeley, numa altura em que a construção de novos Hospitais estava numa fase de elevada actividade, poderia ter reforçado em si a necessidade de impulsionar no seu País um fenómeno idêntico, nas circunstâncias específicas que se viviam entre nós. A sua nomeação para Director Geral dos Hospitais foi a base que lhe permitiu impulsionar todo o movimento de construção hospitalar em Portugal, a partir dos anos 60 e décadas que se lhe seguiram.

Antes de Coriolano Ferreira, são de assinalar a construção do Hospital do Barreiro, inaugurado em Janeiro de 1959 e o de Setúbal, em Maio do mesmo ano. A explicação para essa 'precocidade' pode estar eventualmente ligada ao relevo económico do Barreiro e da península de Setúbal num tempo em que a Companhia União Fabril, fundada pelo industrial Manuel Alfredo, era um potentado económico no

auge do seu desenvolvimento. O crescimento demográfico e o poder de Manuel Alfredo podem ter influenciado a decisão de construir os dois Hospitais, sendo que não fazia sentido construir o do Barreiro, sem construir o de Setúbal, sede do distrito.

Lembremos que a obra de Coriolano Ferreira tem as características de uma missão a que se dedicou, tanto na administração directa de hospitais, como na sua liderança nacional através da Direcção Geral dos Hospitais e Secretaria Geral do Ministério da Saúde e Assistência, e ainda no ensino e formação de administradores Hospitalares e da edição da revista *Hospitais Portugueses*. Pode até admitir-se uma consonância em termos de vitalidade entre a sua numerosa família, os hospitais que geriu, os hospitais cuja construção fomentou e os alunos de administração hospitalar que ajudou a formar. Recordo ainda a sua paixão pela escrita: um dia vim à Escola oferecer a medalha do V Centenário do Hospital Termal, tendo-me perguntado, à laia de incentivo, se eu já tinha escrito algum texto sobre a obra da Rainha Dona Leonor nas Caldas, coisa que eu tinha acabado de fazer no contexto das Comemorações do centenário do Hospital Termal das Caldas.

Como toda a obra estatal precisa de alicerces jurídicos, é forçoso que o Professor Coriolano Ferreira e quem o antecedeu tenham dado início pela legislação. Tudo começa pela Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, que estabeleceu a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes, lançando a base para uma rede hospitalar e dando início a um programa de construção de hospitais para entrega às Misericórdias. Em 1963, a Lei 2120 aprovou as bases da política de saúde e assistência, reservando para a iniciativa pública uma acção supletiva em relação às instituições particulares. De grande relevo ainda é a legislação de 1968, o Estatuto e o Regulamento Geral dos Hospitais, sendo Ministro o meu



Hospital de Beja

conterrâneo Dr. Neto de Carvalho, elaborada em conjunto com o Professor Coriolano Ferreira.

Pois bem, foi assim que o Professor Coriolano Ferreira gerou as condições para a modernização do parque hospitalar português, com impacto imediato e subsequente ao longo da segunda metade do século XX. A prioridade foi dada ao interior do País, cujas carências ele conhecia bem, a partir da sua terra natal, Bragança.

A história da renovação do parque hospitalar em Portugal inclui ainda iniciativas locais das Misericórdias, como foi o caso do Hospital Distrital das Caldas da Rainha para a qual se movimentaram os políticos locais, usando um legado da Condessa de Bertandos ao Hospital Termal, tendo a construção começado em 1958 e o início de actividade em 1967. Apesar da iniciativa ter começado na Misericórdia local, todavia o custo de funcionamento tornou-se impeditivo para a mesma, levando à criação de um Centro Hospitalar com o Hospital Termal, o primeiro a ser criado em Portugal, e a assunção da sua gestão pelo Ministério da Saúde e Assistência.

Nesta fase, o primeiro Hospital a ser aberto em Portugal foi o de Beja, em 1970, seguido dos Hospitais de Bragança, em 1973, de Portalegre, em 1974, de Chaves e de Vila Nova de Gaia, em 1975, de Aveiro, em 1976, de Castelo Branco, em 1977, e de Faro, em 1979. Isto confirma a intenção de dar prioridade ao interior e zonas periféricas do País, atraindo médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e outros profissionais. Alguns deles ficaram também ligados a administradores hospitalares com responsabilidades na sua gestão de topo, entre os quais o Dr. Meneses Correia, em 1970 no hospital de Beja. Recordo ainda o Hospital Distrital de Castelo Branco, visitado pelo meu Curso de Administração Hospitalar, no qual pontuava o Dr. António Queirós e o de Aveiro, com o malogrado Dr. Rui Araújo, com o qual estagiei.

O Dr. Rui Araújo descrevia a sua colocação em Aveiro pela Direcção Geral dos Hospitais e o ambiente de alguma intromissão junto da Mesa da Misericórdia, no que concerne aos assuntos do Hospital decorrente do voluntarismo em que assentava a



O Hospital de Beja, aberto em 1970, foi um dos projectos de renovação da época

actividade desta, em contraste com a sua profissionalização e especialização. Essa tensão seria característica, aliás, das relações entre a Direcção Geral dos Hospitais e as Misericórdias e de certo modo anunciava a nacionalização dos seus hospitais pós 25 de Abril.

Resumindo a construção de Hospitais por períodos temporais, vejamos como é que as coisas se passaram:

1. Entre 1970 e 1975: Hospitais de Beja (1970), Bragança (1973), Portalegre (1974), Vila Nova de Gaia (1975), Chaves (1975) e Évora (1975).

2. Entre 1975 e 1980: Castelo Branco (1977), Aveiro (1976), Faro (1979), Vila Real (1980).

3. Entre 1980 e 1990: Viana do Castelo (1984), Santarém (1985), Abrantes (1985) e do novo Hospital do Barreiro (1986).

4. Entre 1990 e 2000: Almada (1991), Amadora (1995), Leiria (1995), Viseu (1997), Portimão (1999), Santa Maria da Feira (1999), Torres Novas (2000), Covilhã (2000).

5. No século XXI: são construídos os Hospitais de Penafiel (2001), Tomar (2003), Braga (2011), Lamego (2013) e alguns hospitais da periferia de Lisboa: Loures (2012), Vila Franca de Xira (2013).

Ficaram para trás a zona do Oeste, abrangendo Torres Vedras, Peniche

e Caldas da Rainha (a construção do Hospital de Peniche foi uma decisão de 1980 do Ministro dos Assuntos Sociais e de políticos locais, antecipando-se aos outros dois hospitais, tendo o novo edifício sido aberto em 1986) e no Norte os Hospitais de Famalicão, Vila do Conde e Póvoa do Varzim. Quanto ao Hospital da Figueira da Foz, é uma adaptação de instalações criadas para o Sanatório Hélio Marítimo e depois destinadas ao Hospital Ortopédico e de Reabilitação.

Este foi o percurso construtivo seguido em Portugal para renovação do parque hospitalar ao longo da segunda metade do Século XX. Desta forma, a parte construtiva em que assentam os cuidados hospitalares acompanhou a profunda transformação que a Medicina teve ao longo de meio século. Muito foi o esforço de planeamento, programação e de projecto. O resultado aí está. Agora resta a interrogação: quais os caminhos que o futuro nos reserva? ●

REFERÊNCIAS

1. A pesquisa efectuada foi toda realizada na internet, designadamente na Wikipedia e em páginas dos diferentes Hospitais.

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



Saúde pública num sistema de saúde em mudança: a ação é agora

João Paulo Magalhães¹

No rescaldo da pandemia pela Covid-19, apesar de ser difícil prever a próxima epidemia com potencial de escala global, há fatores que continuam a aumentar a probabilidade de ocorrer a médio prazo¹. Em Portugal, só nos últimos dez anos observamos, entre outros, os surtos de doença dos legionários em Vila Franca de Xira (2014) e São Francisco de Xavier (2017), o surto de hepatite A em Lisboa (2017), o surto de sarampo no Hospital de Santo António (2018), o surto de Mpox (2022), e o aumento do número de casos de sarampo desde o início de 2024.

As consequências destas ameaças na saúde da população portuguesa são cumulativas. Primeiro, porque a interação com a elevada carga de doenças crónicas e as desigualdades sociais existentes (**Figura 1**) provocam um crescimento negativo e desproporcional

das necessidades de saúde. Segundo, como consequência, porque leva ao aumento do potencial de sobrecarga dos serviços de saúde, já de si pressionados por uma procura crescente no atual contexto demográfico. No entanto, perante estes desafios, Portugal continua a ser um dos países da OCDE com menor investimento em prevenção (3% do total da despesa em 2021), pese embora as vantagens comparativas que o sistema de saúde português tem². Em particular, destaca-se a cobertura nacional de serviços de saúde pública, adjuvados pela função e cadeia hierárquica das autoridades de saúde.

Ora, a mais recente reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da criação da Direção-Executiva, universalização do modelo de Unidade Local de Saúde (ULS) e futura extinção das Administrações Regionais de Saúde, não tiveram diretamente em consideração como adequar as funções essenciais dos serviços de saúde pública. Embora esta reforma se tenha focado em

promover a integração de cuidados, melhorar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde e garantir maior eficiência no SNS, sem considerar as funções primordiais de saúde pública os grandes desafios anteriormente elencados continuarão a ter respostas aquém da qualidade e necessidades esperadas. Além destas mudanças organizativas, Portugal tem um novo quadro governativo, não só em termos de equipa ministerial na saúde como também partidário, em que mudanças normativas são esperadas em termos da política nacional de saúde e até já demonstradas no mais recente Plano de Emergência e Transformação na Saúde. Mas é precisamente neste contexto que a ação em saúde pública necessita de acontecer, destacando-se seis áreas que devem estar na agenda e continuar em discussão:

- Serviços de Saúde Pública;
- Inteligência artificial e sistemas de vigilância epidemiológica;
- Rede de Autoridades de Saúde;
- Abordagem ao envelhecimento ativo e rastreios oncológicos;
- Determinantes comerciais.

Assim, de forma resumida, são descritas as mudanças organizacionais e as ferramentas essenciais à atuação transversal da saúde pública, seguido de áreas prioritárias de intervenção no âmbito da proteção da saúde, por via da autoridade de saúde, da prevenção da doença devido aos desafios demográficos e, por fim, da promoção da saúde numa abordagem aos principais determinantes comerciais.

No seio da prestação de serviços de saúde de natureza populacional, está a forma como os profissionais se organizam em serviços de saúde pública. Neste contexto, a Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública e a Ordem dos Médicos tornaram pública uma proposta de organização no âmbito das ULS em Departamento de Saúde Pública e das Populações³, numa lógica de dar maior visibilidade e importância às funções e atividades de saúde pública, que difere substancialmente enquanto complementa os demais departamentos de cuidados clínicos individuais. Um melhor modelo de ULS, em comparação com o original, deve começar por um serviço de saúde pública que melhor proteja a saúde da população que serve, apoia a decisão interna através de informação epidemiológica rigorosa e promove relações comunitárias por via do trabalho que realiza com a sociedade civil. Naturalmente, estes serviços devem funcionar em rede e terem uma estrutura vertical que dê coerência, consistência e apoio na execução e implementação das estratégias nacionais, regionais e locais. Adicionalmente, o desenho e implementação de um instrumento de financiamento de ajustamento pelo risco deve ser apoiado pela saúde pública com o objetivo de quantificar resultados em saúde com base no conhecimento e métodos epidemiológicos.

Nesta mudança surge também a revolução digital e o papel que a inteligência artificial já começou e continuará a ter. O potencial também na saúde pública é enorme para promover alterações substanciais nas formas de organização profissional, no apoio às funções de vigilância epidemiológica, e no planeamento e programação na saúde pública. No entanto, a maior parte da investigação, investimento e inovação

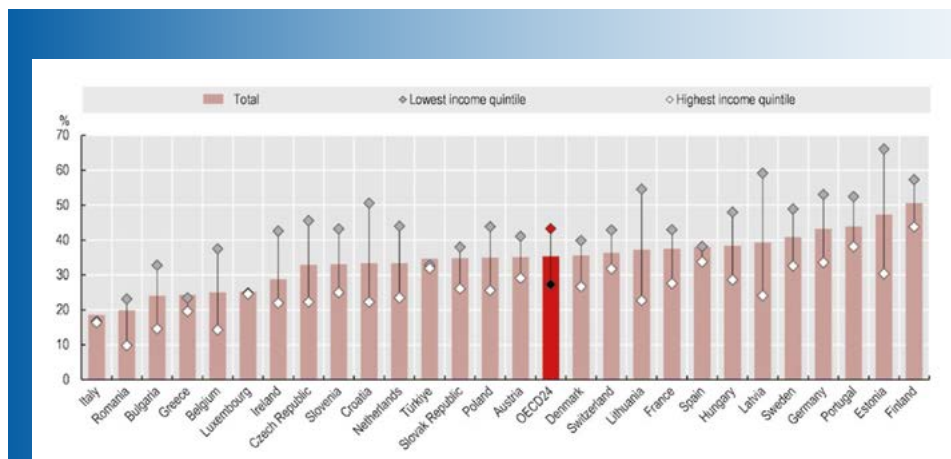


Figura 1: Proporção da população com doença crónica, total e por grupo socioeconómico

Fonte: OECD (2023). Health at a Glance 2023. OECD Publishing, Paris

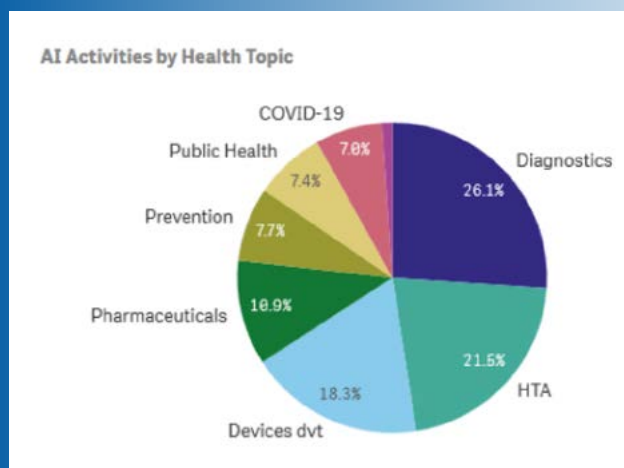


Figura 2: Distribuição de atividades desenvolvidas em inteligência artificial em diferentes áreas da saúde na União Europeia, em 2020

Fonte: De Nigris S. et al (2020). AI Watch: AI Uptake in Health and Healthcare 2020. Joint Research Centre, Luxembourg

em ferramentas de inteligência artificial na área da saúde tem sido dirigido à prestação de cuidados clínicos e à área farmacológica (Figura 2). Neste sentido, se por um lado, precisamos de sistemas de informação mais inteligentes para o alerta tão precoce quanto possível de situações que possam constituir ameaças à saúde das populações, também é importante gerar mais conhecimento sobre como a sua aplicação pode ser feita no quotidiano profissional.

Por conseguinte, o funcionamento da rede de autoridades de saúde e o seu próprio exercício enquanto ferramenta legal revela-se essencial a qualquer médico de saúde pública. A intervenção em nome do Estado ▶

Nesta mudança surge também a revolução digital e o papel que a inteligência artificial já começou e continuará a ter

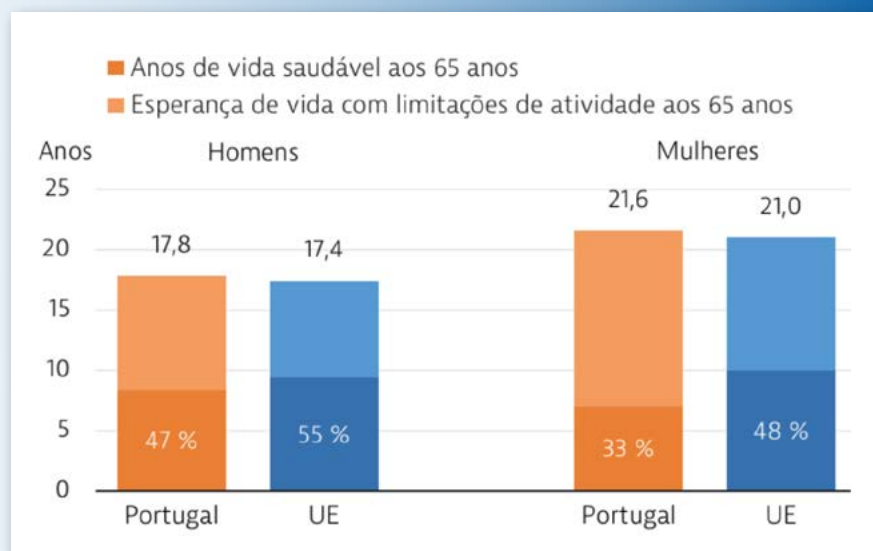


Figura 3: Esperança de vida e esperança de vida saudável aos 65 anos, em Portugal e a média da União Europeia
Fonte: Base de dados do Eurostat (2020)

na proteção da saúde da população portuguesa contra riscos, como surtos e epidemias, que ameacem o seu bem-estar físico, mental e social, é um exercício de poder basilar para a determinação das medidas de prevenção e controlo destes riscos. No entanto, é também uma enorme responsabilidade pelas consequências sociais e económicas que pode acarretar e que, por isso, deve estar revestido de um forte enquadramento legal, apoio jurídico e a devida recompensa remuneratória. A constante atualização dos códigos legais nas várias áreas que afetam as sociedades, desde a qualidade do ar e da água, às características de estabelecimentos sociais ou dos locais de trabalho e dos riscos profissionais, requerem mecanismos ágeis e colaboração para uma atuação do médico de saúde pública juridicamente legal, socialmente justa e epidemiologicamente efetiva.

Tendo em consideração o “inverno demográfico” português, promover o envelhecimento ativo necessita de uma abordagem preventiva ao longo do ciclo de vida (Figura 3). Por um lado, no quadro de descentralização de competências para os municípios na área da saúde, estes órgãos autárquicos também se encontram mais legitimados a mobilizar recursos para intervenções na saúde. Esta é uma oportunidade ainda largamente por

explorar no alinhamento com o planeamento estratégico e operacional, que os serviços de saúde pública desenvolvem, desde os seus planos locais de saúde aos programas de rastreio oncológicos de base populacional. Por outro lado, as abordagens devem ser sinérgicas com as demais iniciativas como as Redes de Municípios Saudáveis e a Rede das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, de forma a aumentar a efetividade das intervenções e evitar duplicação ou sobreposição de atividades.

A promoção de estilos de vida saudáveis requer um maior foco na modificação dos ambientes que condicionam o acesso aos principais fatores de risco, nomeadamente, o tabaco, o álcool e os alimentos ultra-processados. A adoção de políticas de saúde, tanto nacionais como locais, que regulem as atividades comerciais de *marketing*, *lobby* e acesso, adotem medidas fiscais, e reduzam os conflitos de interesse na articulação com quaisquer operadores económicos envolvidos nestes produtos, têm retornos substanciais para a saúde dos cidadãos e para a sociedade no geral. Não só já existe um corpo de evidência científica robusto, como se observa um movimento crescente de consciencialização para mais ação.

Por fim, todas estas áreas representam prioridades de intervenção para

A promoção de estilos de vida saudáveis requer um maior foco na modificação dos ambientes que condicionam o acesso aos principais fatores de risco

melhorar a preparação e resposta a emergências e outros riscos que ameacem a saúde da população, melhorar a qualidade de vida dos cidadãos em Portugal através da redução da carga de doença, e garantir ambientes mais saudáveis onde as escolhas de cada pessoa são livres, informadas e adequadas. No entanto, entre as mudanças que assistimos no SNS, a área da saúde pública continua a carecer de um investimento sério. Já não é só uma questão de se obter resultados a médio e longo prazo, mas antes ser se capaz de responder a quaisquer necessidades imediatas. Que futuros momentos de discussão sirvam de motivação e impulso para uma saúde pública em mudança que requer ação imediata. ●

REFERÊNCIAS

1. Williams, B.A., Jones, C.H., Welch, V. et al (2023). “Outlook of pandemic preparedness in a post-Covid-19 world”. *npj Vaccines* 8, 178.
2. OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. Acesso em 14 de junho de 2024.
3. <https://www.anmssp.pt/comunicados/c37f026b-9850-4517-8356-a0b3a23fb4ae>

1. Vogal da Direção da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública

Porquê um Plano de Emergência no SNS?

Paulo Gonçalves¹

Este não é um artigo de cariz político, mas um grito de alerta. Tive a oportunidade de ser um dos representantes dentro das mais de 160 entidades escutadas para a elaboração do Plano de Emergência apresentado na última semana de maio.

Este plano foi desenhado tendo por base:

1. Dois eixos, o acesso das pessoas e o reconhecimento dos profissionais;
2. Cinco pilares, as listas de espera para cirurgias (com cidadãos a morrer por uma data), a saúde materno-infantil (com mulheres quase proibidas de ter bebés ao fim de semana), os serviços de urgência (com tantos a quem é atribuída pulseira verde), a medicina geral e familiar (com mais de um milhão de cidadãos sem médico de família) e a saúde mental (essa que sem a qual não existe saúde pública).

Sou dirigente associativo de um par de organizações não governamentais, sem fins lucrativos e, sem qualquer salário ou compensação financeira. E com orgulho. Faço-o apenas porque sim. Por missão. Para devolver um pouco de tudo quanto a vida me concedeu.

Acredito que, senão todos, quase, quase, quase todos que usam o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que olham para esta lista, concordarão que estes são pilares estruturais no SNS. Uma ou outra pessoa poderá acrescentar mais ou um outro pilar, mas com cinco já o edifício não cai. Foquemo-nos, então, nestes escolhidos para o plano.

Mas porquê: de emergência?

Uma emergência é algo que quando foi importante não lhe demos a prioridade merecida.

Antes do atual, tivemos três governos liderados pelo mesmo primeiro-ministro, na globalidade durante oito anos. Não sei o suficiente para afirmar, mas posso perguntar: oito anos não seriam suficientes para estruturar pelo menos



um problema? Por exemplo, a falta de médicos de família?

A resposta não pode estar nos governos anteriores.

E agora, com um governo novo, temos um plano de emergência com cinco pilares.

Que tipo de líderes temos que teimam em não entender que nestas listas estão as pessoas que necessitam dos resultados das suas ações? É aceitável que venham novos e façam novo diagnóstico, concluam que o que foi feito está errado e começar de novo, substituindo os anteriores com novo rumo?

Quanto tempo demora a retomar uma operação de uma fábrica, se tiver de desligar por uma semana, para voltar a produzir? E um sistema de saúde?

E pensar que, algures, alguns poderão estar a pensar num governo sombra, a preparar um plano para diagnósticos, alterar, substituir e voltar a iniciar?

Será razoável?

Não é este governo, nem o anterior, nem o próximo. Porque não um plano a dez anos?

A região da Catalunha escolheu algumas batalhas. Por exemplo: transformar “Ensaio Clínicos”, de centro de custos a centro de receitas, de ciência de ponta, de resultados de excelência, de saúde pública e saúde económica.

Sim, precisamos de Plano de Emergência. E também de Plano Estrutural a dez anos! Enquanto continuarmos só com planos de emergência, continuaremos a ter o que é importante, sem a prioridade que merece.

Continuaremos com as pessoas em listas de espera para cirurgia, as grávidas ansiosas, todos aqueles com pulseira verde nas emergências, mais milhão menos milhão sem médico de família e a saúde pública sem saúde mental.

Todos em suspenso. Todos sem a prioridade que merecem. ●

¹ Presidente Executivo de Empatia | RD-Portugal, União das Associações de Doenças Raras de Portugal

“Oficinas para todos e para cada um”: a reabilitação psicossocial à medida de cada um



Este Projeto, que possibilitou a contratação de um professor de artes para dinamizar Oficinas artísticas, decorreu, maioritariamente, num espaço cedido pela Câmara Municipal de Santarém, o Convento de São Francisco e teve como objetivos atingidos:

- Proporcionar um ambiente de criatividade, partilha e crescimento pessoal, mediado pela Arte, através da aquisição de competências artísticas, desenvolvendo técnicas de Pintura, Escultura, Desenho e Banda Desenhada;
- Aumentar a auto-estima dos participantes;
- Promover a aceitação e reconhecimento do valor das pessoas com doença mental pela comunidade, reduzindo o seu estigma;
- Desenvolver um projeto de investigação com avaliação do impacto das Oficinas artísticas no bem-estar dos participantes.

O professor de artes criou o blog “A Caverna da Andorinha” (cavernadaandorinha.blogspot.com), onde é possível acompanhar todas as vivências e experiências ao longo dos três anos do Projeto.

Foi nesta sequência que, em 2018, foi criada a Associação r:INseRIR, sediada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Lezíria e constituída por elementos do Serviço de Psiquiatria e elementos da comunidade.

Em 2018, a equipa “Asas pela Vida” atribuiu a receita obtida na “Festa Azul” à Associação r:INseRIR, premiando o impacto e os resultados deste Projeto, contribuindo para a sua continuidade e ultrapassando a duração inicial prevista de três anos.

Em 2019 surgiram as “Oficinas de culinária”, com o Projeto “IN_Cooking”, financiado pela Missão Continente, que permitiu a criação de uma cozinha

**Marta Bacelar¹, Paula Pinheiro²,
Márcia Almendra³, Carla Ferreira⁴**

Portugal é o país da Europa com maior prevalência de doença mental na população adulta: em 2016, um em cada cinco portugueses sofreu de doença mental (DGS, 2018).

O Plano Nacional para a Saúde Mental definiu como prioridade “reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações”, através de ações e medidas de reabilitação, apoio ao emprego e à promoção da saúde mental nos locais de trabalho. Para operacionalizar este objetivo, preconiza promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das famílias.

O Diagnóstico Social no Município de Santarém (CLASS, 2013) identifica a saúde mental como um dos eixos no qual é necessário atuar, facto esse igualmente corroborado no

Relatório Saúde Mental na Lezíria e Médio Tejo (Rede Social, 2015), que também aponta a escassez de soluções de inclusão de pessoas com essa patologia. Neste diagnóstico são reconhecidos diversos problemas na área da saúde mental: falta de uma intervenção integrada (indivíduo, família e comunidade), falta de respostas para a reabilitação de jovens e adultos, estigmatização da doença mental e dificuldades de inserção social, escolar e laboral dos indivíduos com doença mental. O mesmo documento faz referência à falta de respostas institucionais na região, concretamente nas regiões da Lezíria e Médio Tejo, face ao crescente número de casos de doença mental diagnosticada. Este tema tem sido cada vez mais discutido nos diversos contextos de organização social do território.

É nesta conjuntura que em 2016 surge a candidatura ao Prémio Fundação EDP, com o Projeto “INcluir - Oficinas para todos e para cada um”, alicerçado em Oficinas artísticas para pessoas com doença mental grave, com o objetivo de reabilitação sócio-profissional e inclusão social dos participantes.

terapêutica no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria, com uma vertente profissionalizante, onde são dinamizadas Oficinas de culinária, com parceiros da comunidade. O objetivo é desenvolver competências na área da culinária, promovendo a autonomia dos participantes, ao nível das atividades da vida diária e, também, a sua empregabilidade.

Em 2020, com a candidatura “Oficina” ao Prémio Fidelidade Comunidade, foi possível a construção do novo edifício “Oficina”, contíguo às instalações do Serviço de Psiquiatria, onde decorrem Oficinas de expressão artística, desenvolvidas por artistas com e sem doença mental, promovendo a inclusão social e a participação da comunidade.

Em 2021, foi apresentada a candidatura “Oficina.com” ao Prémio BPI Capacitar a Caixa e criadas Oficinas de:

- Reabilitação de Móveis, utilizados para mobilar o novo espaço, com o acompanhamento de uma decoradora;
- Reabilitação Cognitiva, com recurso ao sistema informático Reacom®, com benefícios comprovados na melhoria da velocidade de processamento, funções executivas, atenção e concentração, memória de trabalho e cognição social, assim como na funcionalidade, qualidade de vida e integração da pessoa com doença mental na comunidade.

Deste modo, os participantes desenvolvem competências artísticas e melhoria das competências cognitivas, favorecendo uma melhor inserção sócio-profissional.

Em 2022, recebemos na Oficina - Arte Bruta Inclusiva, colecionadores de uma das mais relevantes coleções Europeias de Arte Bruta, António Saint Silvestre e Richard Treger, que adquiriram obras de arte do nosso artista e participante das Oficinas, Tomás Vieira. Em julho de 2023, duas das obras de arte deste nosso artista foram integradas na exposição “Retrato de La Animo Art Brut Etc”, na maior mostra de Arte Bruta da Península Ibérica, no Museu Nacional Soares dos Reis. No dia 19 março de 2024, foi inaugurada a exposição de “L'Éspirit Singulier”, da Coleção Treger/Saint Silvestre, em La Halle de Saint Pierre, em Paris, onde estão expostas três obras de arte do nosso artista, Tomás Vieira. Esta exposição pode ser visitada até ao dia 12 de agosto. Estas conquistas

premiaram o trabalho desenvolvido na Oficina e comprovaram o seu contributo na inclusão dos nossos doentes na comunidade.

Em 2023, realizaram-se workshops de Reabilitação de Móveis, com a participação de pessoas da comunidade e de artistas/utentes das Oficinas, em ambiente de partilha e aprendizagem mútua, contribuindo para a redução do estigma da doença mental, objetivo alicerçante das Oficinas.

Em 2024, iniciaram-se as Oficinas de “Linhas e Agulhas”, que promovem a melhoria da capacidade de concentração, o relaxamento, a redução do stress e o aumento da auto-estima, e estimulam a criatividade, ultrapassando barreiras e preconceitos.

Estão programados para este ano, vários workshops de “Modelação Cerâmica” e Crochet dinamizados por artistas/artesãos da comunidade, e de ilustração, design, fotografia, música e vídeo, em parceria com a Associação “Waves of Youth” e o Núcleo RASGO, promotores de Projetos culturais em Santarém. Estes workshops, criados sob a orientação do artista/artesão da comunidade, destinam-se a colaboradores e utentes da ULS da Lezíria e a participantes que pretendam desenvolver competências artísticas.

Ao longo dos últimos anos, foram realizadas diversas exposições com as obras dos nossos artistas, contribuindo para a redução do estigma da doença mental e para divulgar a Oficina. Neste contexto, as entradas principais do nosso hospital foram transformadas em galerias de arte e as obras, que podem ser adquiridas, revertem 70% para os artistas e o remanescente para a Associação, garantindo todos os meios materiais e contribuindo para a sustentabilidade do Projeto.

Foram desenvolvidos estudos científicos, em parceria com o Instituto Politécnico de Santarém, com a Escola Superior de Gestão e a Escola Superior de Saúde, que culminaram na publicação de dois artigos científicos: “Estigma da doença mental - estudo observacional e piloto em Portugal” e “Oficinas de culinária - contributo para as pessoas com doença mental”. Foram ainda realizadas oito comunicações em congressos, evidenciando os ganhos em saúde. Dos estudos realizados relativos ao Projeto

O nome **Oficina** destaca o “IN” de **INclusão**, componente alicerçante deste Projeto.

O Projeto tem duas páginas no Facebook:

- R.INserir - Oficinas para todos e para cada um
- Oficina - Arte Bruta Inclusiva

O objetivo é divulgar todas as iniciativas desenvolvidas e demonstra ter todas as condições para ser replicado no SNS, contribuindo para o aumento da equidade.

Endereço de e-mail da Associação r.INseRIR:
r.INseRIR@ulsleziria.min-saude.pt

INcluir, verificámos a redução de 66% do estigma da doença mental nos participantes das Oficinas, a diminuição de 60% dos reinternamentos, a redução dos episódios de Urgência e dos custos médios da medicação. Dos estudos realizados no âmbito do Projeto IN_Cooking, verificámos o aumento da autoestima e a diminuição do estigma e auto-estigma da doença mental. Nos participantes das Oficinas de Reabilitação Cognitiva, verificámos que 95,7% não tiveram internamentos no Serviço de Psiquiatria e 35,7% passaram a ter uma atividade sócio-profissional após a participação nestas Oficinas.

Este Projeto posiciona-se desta forma como a primeira solução de reinserção sócio-profissional de pessoas com doença mental no Ribatejo, que conjuga Oficinas de Arte e de Reabilitação Cognitiva. Pretende-se elevar o potencial artístico dos trabalhos realizados pelos nossos artistas com ou sem doença mental, trabalhando em parceria com empresas que possam utilizar os padrões criados para integrarem os seus produtos. ●

Associação r.INserir | ULS da Lezíria

1. Administradora Hospitalar, Responsável do Gabinete de Gestão de Projetos
2. Médica Psiquiatra, Diretora do Serviço de Psiquiatria
3. Terapeuta Ocupacional, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
4. Enfermeira Gestora, Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria



Como reformular a responsabilidade civil médica em Portugal?

**Rui Prista Cascão¹,
André Dias Pereira²**

O sistema de responsabilidade civil português é complexo, fragmentado, moroso, imprevisível e não atinge os seus objetivos essenciais: assegurar a indemnização dos pacientes pelo dano injustificado sofrido no contexto da prestação de cuidados de saúde e promover a segurança destes em ambiente hospitalar.

Dependendo das circunstâncias específicas em que decorreu o evento adverso que conduziu ao dano sofrido, poderão aplicar-se regimes jurídicos diferentes e meios de tutela judicial diferentes, que poderão chegar a resultados significativamente díspares na composição do litígio.

Esta complexidade e fragmentação do sistema jurídico, concatenada com outras insuficiências institucionais sistémicas, conduz a uma profunda incerteza jurídica e traduz-se numa violação dos direitos fundamentais dos pacientes, consagrados na Constituição da República Portuguesa, na Convenção Europeia dos Direitos Humanos e noutros instrumentos de direito internacional, resultando, frequentemente, na condenação do Estado português por violação desses direitos, incluindo o direito à vida: algo que desonra a nossa República e a nossa Democracia³. Vide as decisões do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) nos casos Lopes de Sousa Fernandes c. Portugal (GC)⁴; Carvalho Pinto de Sousa Morais c. Portugal⁵; Fernandes de Oliveira c. Portugal (GC)⁶. Imaginemos, hipoteticamente, a título de exemplo, dois pacientes que foram submetidos ao mesmo

ato médico, para o tratamento da mesma patologia, sofrendo o mesmo tipo de dano em virtude de um processo causal idêntico. O paciente **A** foi tratado num hospital público, enquanto o paciente **B** foi tratado num hospital privado:

- **A** terá de propor a sua ação nos tribunais administrativos e fiscais⁷, seguindo a tramitação processual da justiça administrativa, sendo aplicável o regime da responsabilidade civil extracontratual do estado e demais entidades públicas decorrentes do exercício da função administrativa (o ato médico praticado por um prestador público de cuidados de saúde é considerado um ato de gestão pública)⁸;
- **B** intentará a sua ação nos tribunais judiciais comuns, de acordo com o direito processual civil, aplicando-se o regime substantivo da responsabilidade civil extracontratual e/ou da

responsabilidade civil contratual, potencialmente mais favorável ao paciente, mas em contornos profundamente controvertidos na doutrina e na jurisprudência⁹.

O sucesso do pedido indemnizatório dependerá da demonstração de quatro pressupostos, incumbindo normalmente ao lesado o ónus da prova dos factos constitutivos do seu direito:

- a) a ilicitude da conduta do prestador de cuidados de saúde (violação de um padrão objetivo de cuidado definido pelas *leges artis*);
- b) a culpa (subjéctiva e psicológica) do prestador de cuidados de saúde;
- c) o dano que sofreu (que deve ser pericialmente comprovado);
- d) o nexo de causalidade entre o ato médico (ilícito e culposo).

B terá porventura um caminho menos difícil, podendo optar pelo melhor dos dois mundos: pelo regime da responsabilidade civil contratual ou pela extracontratual, entendendo a doutrina e jurisprudência dominantes que o cúmulo das duas responsabilidades é possível. Enquanto na responsabilidade civil extracontratual há a violação de um direito absoluto do paciente (vida, integridade física e/ou psíquica, personalidade), na responsabilidade contratual coloca-se a questão do incumprimento (normalmente na vertente de cumprimento defeituoso) de um contrato de prestação de cuidados de saúde. Este trata-se de um contrato de prestação de serviços atípico ou inominado (mas socialmente típico), que deverá seguir, com as devidas adaptações, a disciplina jurídica do mandato (art.º 1156.º ss. do CC)¹⁰.

O regime da responsabilidade civil contratual é fonte de profundas divergências doutrinárias, que levam a incerteza jurídica e a uma potencial

“lotaria judiciária”¹¹. Há divisões profundas sobre o alcance prático da responsabilidade contratual - e qual será a consequência em matéria de distribuição do ónus da prova, atendendo à presunção de culpa que caracteriza esta forma de responsabilidade (art.º 799.º do CC). Será que a presunção de culpa beneficia o paciente, uma vez que a culpa do prestador de cuidados de saúde se presume? No entanto, a ilicitude, o nexo de causalidade e o dano devem ainda ser provados pelo demandante... sendo extremamente ténue, para não dizer artificial, a fronteira entre as duas. Será que quando o tratamento consista numa obrigação de meios, o prestador é dispensado da presunção de culpa? Neste último caso, a presunção só produzirá efeitos quando exista uma obrigação de resultado? A doutrina e a jurisprudência dividem-se¹².

Apesar desta incerteza, **B** terá menores dificuldades que **A**, que estará nas mãos da distante e morosa justiça administrativa (as pendências chegam a ultrapassar uma década, problema grave que tem inclusivamente levado a vergonhosas condenações de Portugal pelo TEDH¹³), seguindo o regime da responsabilidade civil extracontratual do estado e demais entidades públicas decorrentes do exercício da função administrativa, que remete para o art.º 483.º ss. do CC, estando excluída qualquer possibilidade de enquadramento contratual. Assim, o paciente terá o ónus da prova de todos os pressupostos da responsabilidade civil¹⁴.

Os pacientes lesados que procurem ser indemnizados do dano que injustificadamente sofreram estão sujeitos a uma longa, lenta e conturbada chicana judiciária, em que terão dificuldade em provar os factos constitutivos do direito que invocam,

designadamente a culpa, a violação das *leges artis* e o nexo de causalidade, estando expostos ao elevado grau de incerteza presente na interpretação da fragmentada juridicidade vigente. Estas vicissitudes provocam *stress*, vitimização e danos psicológicos tanto aos pacientes como aos profissionais de saúde, levando à degradação da relação entre estes, taticismo e prática de medicina defensiva por parte dos prestadores de saúde, incrementando os custos para o sistema de saúde, para o sistema de justiça, para a segurança social, para as partes e para a sociedade em geral.

As referidas complexidade, fragmentação e morosidade em nada beneficiam a sociedade, contribuindo para um desrespeito flagrante pelo artigo 24.º da Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina, que estabelece que “a pessoa que tenha sofrido um dano injustificado resultante de uma intervenção tem direito a uma reparação equitativa nas condições e de acordo com as modalidades previstas na lei¹⁵”.

Um Estado Social de Direito que vise a promoção dos direitos fundamentais da pessoa humana e um Direito da (Bio)Medicina que procure criar confiança na relação médico-doente deverão promover reformas no sistema de responsabilidade civil médica que tornem a compensação por danos injustos mais rápida e previsível¹⁶. Segundo Cláudia Monge, “um regime de responsabilidade adequado é crucial para a efetivação dos direitos fundamentais. Sem uma aplicação adequada, sem uma proteção eficaz, há menos realização¹⁷”.

As coisas não têm de ser necessariamente assim. Noutros ordenamentos jurídicos, estabeleceram-se sistemas de ▶

HIGIENE
CONFORTO
SEGURANÇA
DESIGN



DELABIE



30 ANOS
GARANTIA

50 ANOS
REPARAÇÃO

Mais informações em delabie.pt

indemnização do dano injustificado em saúde. É o caso dos sistemas *no-fault*, como é o caso da denominada “alternativa escandinava”, que vigora na Suécia, Finlândia, Dinamarca, Noruega, Islândia, Lituânia, em que o dano médico injustificado é indemnizado, independentemente de culpa ou ilicitude, se fosse evitável ou desproporcionado (segundo um juízo retrospectivo), ou resulte de infeção nosocomial ou mau funcionamento de dispositivos médicos. Também na Nova Zelândia vigora um sistema *no-fault*, tendo sido abolida a responsabilidade civil em caso de dano corporal: todas as vítimas de acidentes são indemnizadas, independentemente da etiologia do dano, ou de qualquer juízo de culpabilidade do lesante, por uma entidade pública dedicada¹⁸.

Outros sistemas, não tendo efetuado reformas radicais ao seu sistema de responsabilidade civil, introduziram normas uniformes, precisas e equilibradas de distribuição do ónus da prova

Outros ordenamentos jurídicos, como é o caso da França ou da Bélgica, uniformizaram o contencioso e o regime jurídico do dano em saúde, indemnizando ainda, com base na solidariedade, as vítimas de eventos adversos em saúde que causem incapacidade permanente elevada, ou relacionados com infeções nosocomiais. Paralelamente, introduziram mecanismos dedicados de perícia e conciliação¹⁹. Finalmente, outros sistemas, não tendo efetuado reformas radicais ao seu sistema de responsabilidade civil, introduziram normas uniformes, precisas e equilibradas de distribuição do ónus da prova, que reduzem incerteza e desigualdade no acesso à indemnização²⁰.

Perdeu-se, em 2018, uma boa oportunidade de reforma. Do anteprojeto de Lei de Bases de Saúde, elaborado pela Comissão presidida pela Dr.^a Maria de Belém Roseira e nomeada por Despacho do Ministro da Saúde, Doutor Adalberto Campos Fernandes, constavam normas que

poderiam desencadear uma evolução positiva no ordenamento jurídico nacional: o direito a “receber indemnização pelos danos sofridos, em tempo razoável, nos termos definidos na lei” (cf. alínea o) do n.º I da Base VII) e, na alínea a) do n.º I da Base LVI, foi consagrada a determinação de que “o Governo promoverá que seja, no prazo de um ano, adotada legislação complementar necessária para o desenvolvimento desta lei que contemple, designadamente, os seguintes aspetos: a) Direitos e deveres das pessoas em contexto de saúde, incluindo o direito à indemnização pelo dano injusto causado na prestação de cuidados de saúde, promovendo meios expeditos de resolução de litígios em contexto de saúde e o ressarcimento do

dano anónimo”²¹. Lamentavelmente, estas normas não transitaram para a redação definitiva da Lei de Bases de Saúde, aprovada em 2019²², que revela um total desconhecimento ou despreocupação face à importância de um sistema justo de compensação no âmbito da saúde.

De *iure condendo*, repetimos o nosso repto à reformulação urgente do regime de responsabilidade civil em medicina, de acordo com as seguintes linhas:

- a) justa indemnização do dano em saúde de acordo com as exigências do art.º 24.º da Convenção de Oviedo;
- b) regras precisas e uniformes quanto à legitimidade processual e distribuição do ónus da prova;
- c) socialização dos danos em circunstâncias excecionais (infeções nosocomiais, dano desproporcionado em relação aos riscos normais do ato médico, utilização de tecnologia (incluindo sistemas de inteligência artificial de alto risco);
- d) recurso preferencial à resolução extrajudicial de litígios. ●

REFERÊNCIAS

3. A. Dias Pereira/R. Prista Cascão. “Por um Sistema de Compensação do Dano Injustificado mais Humano”, in Saúde em Portugal. Pensar o Futuro. 50 Anos de Democracia, 45 Anos de SNS, editado por Adalberto Campos Fernandes, 17-28. Coimbra: Editora de Ideias, 2024, 19.
4. TEDH (GC), 19 dezembro 2017, Queixa N.º 56080/13, ECLI:CE:ECHR:2017:1219JUD005608013. Anotação R. Cascão in I. Fernandes Godinho/A. Dias Pereira (Eds.), O TEDH e a Saúde através das opiniões do juiz Paulo Pinto de Albuquerque. Lisboa: UCP Editora 2024, 25.
5. TEDH (4.ª S), 25 julho 2017, Queixa N.º 17484/15, ECLI:CE:ECHR:2017:0725JUD001748415
6. TEDH (GC), 31 janeiro 2019, Queixa N.º 78103/14, ECLI:CE:ECHR:2019:0131JUD007810314. Anotação J. Pinto Monteiro in I. Fernandes Godinho/A. Dias Pereira (Eds.), 2024, 19.
7. Artigo 4.º, n.º 1, alínea f) da Lei n.º 13/2002, de 19 de fevereiro (Estatuto dos Tribunais Administrativos e Fiscais).
8. Lei n.º 67/2007, de 31 de dezembro.
9. A. Dias Pereira, Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica, Coimbra Editora: 2014, 611; A. Gonçalves/B. De Sousa/D. Coutinho, Direito Médico - Responsabilidade civil médica, reprodução humana assistida, Coimbra: Gestlegal, 2024), p. 28; L. Menezes Leitão, Direito das Obrigações, vol. I, Coimbra: Almedina 16ª ed., 2023, 277.
10. Dias Pereira, 2014, p. 22; Gonçalves/Sousa/Coutinho, 2024, 21.
11. P. Atiyah, The Damages Lottery, Oxford: Hart Publishing, 1997.
12. Para mais detalhes sobre esta divergência doutrinária, vide Dias Pereira, 2014, 617; Gonçalves/Sousa/Coutinho, 2024, 52.
13. Por exemplo, nos casos Valada Matos das Neves v Portugal, TEDH (1.ª S.), 29.10.2015, Queixa N.º 73798/13, ECLI:CE:ECHR:2015:1029JUD007379813 e o já referido Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal (GC).
14. Dias Pereira, 2014, p. 611; Gonçalves/Sousa/Coutinho, 2024, p. 28; Menezes Leitão, 2023, p. 277.
15. Convenção do Conselho da Europa para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, celebrada em Oviedo a 4 de abril de 1997, ETS N.º 164.
16. A. Dias Pereira, 2014, 768. Vide Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 444/2008 (Processo n.º 20/2008).
17. C. Monge, “Responsabilidade Médica em Hospitais Públicos e em Hospitais Privados” in A. Dias Pereira/F. Albuquerque Matos/J. Barceló Domenech & N. Rosenthal, Responsabilidade Civil em Saúde: Diálogo com o Prof. Doutor Jorge Sinde Monteiro, Coimbra: Centro de Direito Biomédico/Instituto Jurídico 2021), 74.
18. Schuck, 2008: Schuck, P. “Tort Reform, Kiwi-Style”, Yale Law & Policy Review, 27:187.
19. A. Dias Pereira/R. Prista Cascão, 2024, 22; R. Cascão, “1972: Para Além da Culpa no Ressarcimento do Dano Médico”. Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Vol. LXXXVII, 2011: 691-728.
20. Vide, e.g. o §630h do Código Civil Alemão (BGB), introduzido pela lei de 2013 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, que consolidou legislativamente décadas de jurisprudência teutónica.
21. J. Loureiro/A. Dias Pereira/C. Barbosa (coord.), “Lei de Bases da Saúde: Materiais e Razões de um Projeto”, Cadernos da Lex Medicinæ n.º 3, 2018
22. Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro.

1. Professor Auxiliar da Faculdade de Direito e Ciência Política da Universidade Lusófona do Porto e Investigador do CEAD- Centro de Estudos Avançados em Direito Franciscano Suárez. É ainda Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria. Ciência ID: 4913-7276-1A89. Email: rui.cascao@ulusofona.pt.
2. Professor Associado, Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra; Diretor do Centro de Direito Biomédico; Vice-Presidente do CNECV (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida); Investigador Integrado do Instituto Jurídico; e-mail: andreper@fd.ucp; <https://orcid.org/0000-0003-4793-3855>

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES



PARQUE DE SAÚDE DE LISBOA
AV. DO BRASIL, Nº 53 - PAVILHÃO 11
1749-002 LISBOA
+351 21 800 89 48 | +351 915 780 796
secretariado@apah.pt
www.apah.pt



Auditoria Clínica

Carlos Santos Moreira¹

A auditoria clínica (AC) é um processo fundamental para a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Ao envolver a revisão sistemática das práticas clínicas, a AC visa assegurar que os cuidados prestados estão em conformidade com padrões elevados de qualidade, promovendo a segurança do paciente, a satisfação dos prestadores de cuidados e a eficiência dos serviços de saúde. Vejamos os vários aspectos abrangidos de forma sistemática:

1. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde

1.1 Definição e Objetivos. A AC pode ser definida como um processo de avaliação sistemática e contínua das práticas de saúde em relação a critérios previamente estabelecidos. O principal objetivo é identificar áreas que necessitam de melhorias, implementando mudanças que resultem em cuidados de saúde mais seguros, eficazes e centrados no paciente.

1.2 Melhoria Contínua e Padrões de Qualidade. Ao adotar uma abordagem

estruturada para a revisão das práticas clínicas, a AC permite a identificação de desvios em relação aos padrões de qualidade. Esta identificação precoce é crucial para a implementação de medidas corretivas que garantam que os cuidados de saúde são prestados de acordo com as melhores práticas e evidências científicas disponíveis.

1.3 Redução de Variabilidade e Erros Clínicos. A AC contribui significativamente para a redução da variabilidade nas práticas clínicas, promovendo a uniformidade nos cuidados prestados. A minimização de erros clínicos, através da identificação e correção de práticas inseguras, é uma das principais vantagens deste processo. A redução de erros resulta em melhor segurança para os pacientes e aumenta a confiança no sistema de saúde.

1.4 Implementação de Melhores Práticas. A AC permite a implementação de melhores práticas através da identificação e disseminação de procedimentos eficazes. Quando práticas bem-sucedidas são identificadas

e adotadas em toda a instituição, a qualidade dos cuidados prestados melhora significativamente. Este processo de aprendizagem contínua é essencial para a evolução dos serviços de saúde.

2. Satisfação dos Prestadores de Cuidados de Saúde

2.1 Motivação dos Profissionais de Saúde. A AC desempenha um papel essencial na motivação dos profissionais de saúde. Ao participarem ativamente no processo de auditoria, os profissionais têm a oportunidade de refletir sobre as suas práticas, aprender com os erros e adotar melhorias. Este envolvimento ativo promove um sentimento de pertença e valorização, aumentando a satisfação no trabalho.

2.2 Desenvolvimento Profissional Contínuo. A AC proporciona um ambiente propício para o desenvolvimento profissional contínuo. Através da análise crítica das práticas clínicas e da implementação de mudanças, os profissionais de saúde têm a oportunidade de expandir os seus conhecimentos e competências. Este desenvolvimento é vital para a manutenção de uma força de trabalho qualificada e comprometida com a excelência.

2.3 Melhoria das Condições de

Trabalho. A AC também pode identificar questões relacionadas às condições de trabalho que podem afetar a qualidade dos cuidados prestados.

Ao abordar estas questões, é possível criar um ambiente de trabalho mais seguro e eficiente, o que, por sua vez, contribui para a satisfação e bem-estar dos profissionais de saúde.

2.4 Redução do Stress e Burnout. Através da identificação e correção de práticas ineficazes ou prejudiciais, a AC pode ajudar a reduzir o stress e o burnout entre os profissionais de saúde. A melhoria das condições de trabalho e a implementação de processos mais eficientes criam um ambiente onde os profissionais se sentem apoiados e valorizados, diminuindo o risco de esgotamento emocional.

2.5 Fortalecimento da Relação entre Equipes Multidisciplinares. A AC incentiva a colaboração entre diferentes profissionais de saúde. Ao trabalhar juntos para melhorar os cuidados, as equipes desenvolvem um entendimento mais profundo das habilidades e desafios

de cada membro. Isso fortalece a comunicação e a cooperação, resultando em um cuidado mais coordenado e centrado no paciente.

3. Aumento da Eficiência dos Cuidados Prestados

3.1 Identificação e Eliminação de Ineficiências. Um dos objetivos centrais da AC é a identificação e eliminação de ineficiências nos processos de prestação de cuidados de saúde. Ao analisar detalhadamente os processos clínicos, é possível identificar etapas redundantes ou desnecessárias que podem ser eliminadas ou simplificadas. Esta racionalização dos processos resulta em cuidados mais eficientes e económicos.

3.2 Utilização Ótima dos Recursos. A AC contribui para a utilização ótima dos recursos disponíveis, incluindo pessoal, equipamentos e tempo. Ao garantir que os recursos são utilizados de forma eficaz, é possível melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde e reduzir os

custos operacionais. Esta gestão eficiente dos recursos é crucial para a sustentabilidade do sistema de saúde.

3.3 Melhoria dos Resultados Clínicos.

A implementação de melhorias baseadas em AC resulta em melhores resultados clínicos para os pacientes. A eficiência aumentada permite que os profissionais de saúde dediquem mais tempo e atenção às necessidades dos pacientes, melhorando a qualidade dos cuidados prestados. Pacientes que recebem cuidados de elevada qualidade tendem a apresentar melhores desfechos clínicos, o que, por sua vez, reduz a necessidade de intervenções adicionais e hospitalizações prolongadas.

3.4 Redução de Desperdícios. A AC ajuda a identificar e reduzir desperdícios, quer seja de tempo, recursos ou materiais. Este foco na eliminação de desperdícios permite uma alocação mais racional dos recursos, contribuindo para a eficiência global do sistema de saúde. Reduzir o desperdício não só economiza custos, mas também melhora a sustentabilidade dos cuidados prestados. ▶



Creating Possible

Há mais de 35 anos que a Gilead procura inovar, **transformar e simplificar tratamentos para doenças potencialmente fatais.** Esta procura incessante pela inovação tem permitido alcançar avanços científicos e clínicos que se julgavam impossíveis. A Gilead é uma empresa biofarmacêutica, com um portefólio pioneiro e um *pipeline* de tecnologias de saúde em constante expansão.

O nosso compromisso vai para além da ciência. Inovamos com o objetivo de eliminar barreiras e facilitar o acesso aos cuidados de saúde às pessoas que mais necessitam.

Estamos comprometidos em criar um mundo melhor e mais saudável para todos.

É essencial que as instituições de saúde invistam na AC como uma ferramenta estratégica

3.5 Adoção de Tecnologias Inovadoras.

A AC pode identificar oportunidades para a adoção de novas tecnologias que aumentem a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde. Estas tecnologias podem incluir sistemas de informação clínica, dispositivos médicos avançados e ferramentas de monitorização remota, que podem melhorar significativamente os resultados clínicos e a eficiência operacional.

4. Impacto na Satisfação dos Pacientes

4.1 Melhoria da Experiência do Paciente.

A AC desempenha um papel crucial na melhoria da experiência do paciente. Ao assegurar que os cuidados são prestados de forma segura, eficaz e centrada no paciente, a auditoria clínica contribui para a satisfação dos pacientes. Pacientes que se sentem bem cuidados e valorizados tendem a ter uma melhor experiência e a recomendar os serviços de saúde a outros.

4.2 Aumento da Confiança no Sistema de Saúde.

A transparência e a responsabilidade promovidas pela AC aumentam a confiança dos pacientes no sistema de saúde. Quando os pacientes percebem que as instituições de saúde estão comprometidas com a melhoria contínua, eles ficam mais confiantes na qualidade dos cuidados que recebem. Esta confiança é fundamental para a satisfação dos pacientes e para a adesão ao tratamento.

4.3 Redução de Reclamações e Litígios.

A melhoria da qualidade dos cuidados e a redução de erros médicos, proporcionadas pela AC, resultam em menos reclamações e litígios. Isto não só beneficia os pacientes, mas também as instituições de saúde, que podem evitar os custos e as repercussões negativas associadas a processos judiciais. A redução das reclamações também melhora a reputação das instituições de saúde, atraindo mais pacientes e profissionais qualificados.

4.4 Aumento da Participação do Paciente.

A AC pode incentivar a participação ativa dos pacientes no seu

próprio cuidado. Ao promover uma comunicação aberta e transparente entre os pacientes e os profissionais de saúde, os pacientes sentem-se mais informados e envolvidos nas decisões sobre a sua saúde. Esta participação ativa pode levar a melhores resultados de saúde e a uma maior satisfação dos pacientes.

4.5 Melhoria na Continuidade dos Cuidados.

Através da AC, é possível identificar e corrigir falhas na continuidade dos cuidados, assegurando que os pacientes recebem um acompanhamento adequado após a alta hospitalar ou entre diferentes níveis de atendimento. Esta continuidade é essencial para a gestão eficaz das condições de saúde e para a prevenção de complicações, contribuindo para a satisfação dos pacientes.

5. Implementação Eficaz da Auditoria Clínica

5.1 Envolvimento de Todos os Níveis da Organização.

Para que a AC seja eficaz, é essencial o envolvimento de todos os níveis da organização, desde a administração até os profissionais de saúde na linha de frente. A liderança deve apoiar e promover uma cultura de melhoria contínua, enquanto os profissionais de saúde devem estar ativamente envolvidos no processo de auditoria. Este envolvimento conjunto é crucial para a implementação bem-sucedida das mudanças necessárias.

5.2 Uso de Ferramentas e Técnicas Adequadas.

A aplicação de ferramentas e técnicas adequadas é fundamental para a realização de AC eficazes. Isto inclui a utilização de indicadores de qualidade, a obtenção e análise de dados robustos e a implementação de ciclos de melhoria baseados nos resultados das auditorias. Ferramentas como *checklists*, protocolos e sistemas de informação clínica podem facilitar a auditoria e a monitorização contínua dos cuidados de saúde.

5.3 Formação e Capacitação.

A formação e capacitação contínua dos profissionais de saúde são cruciais para

o sucesso da AC. Isto envolve treino em técnicas de auditoria, análise de dados e implementação de mudanças. Profissionais bem treinados estão mais aptos a conduzir auditorias eficazes e a implementar melhorias de forma sustentável. A capacitação também deve incluir a sensibilização para a importância da AC e a promoção de uma cultura de melhoria contínua.

5.4 Comunicação e Transparência.

A comunicação clara e transparente é essencial para a implementação eficaz da AC. Os resultados das auditorias devem ser comunicados de forma aberta e construtiva, incentivando a participação de todos os envolvidos no processo de melhoria. A transparência na comunicação ajuda a construir confiança e a promover uma cultura de responsabilidade e compromisso com a qualidade.

5.5 Avaliação e Feedback Contínuos.

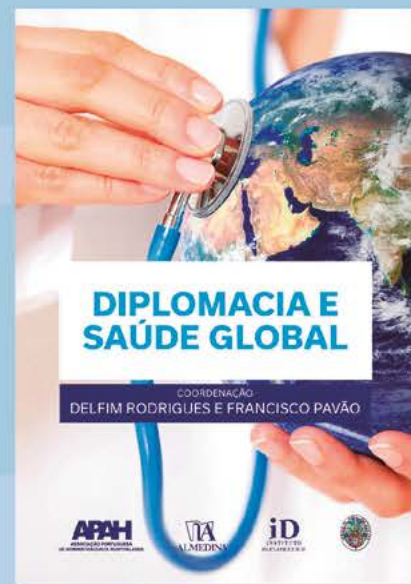
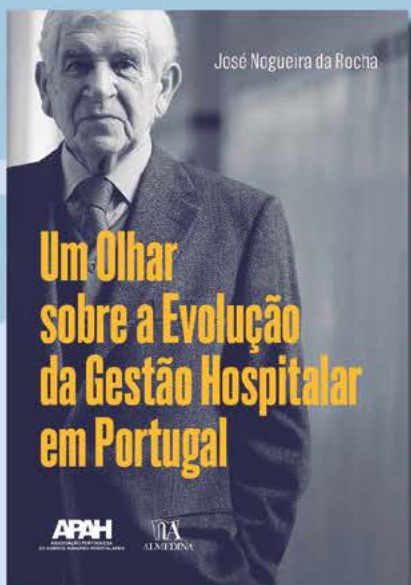
A avaliação contínua e o *feedback* são componentes essenciais da AC. A monitorização regular dos progressos e a revisão dos resultados das auditorias permitem ajustar as estratégias e garantir que as melhorias implementadas são eficazes. Este ciclo contínuo de avaliação e *feedback* é fundamental para a sustentabilidade da melhoria da qualidade.

5.6 Adaptação às Mudanças e Inovações.

A AC deve ser um processo dinâmico, capaz de se adaptar às mudanças e inovações na área da saúde. Novas evidências científicas, avanços tecnológicos e mudanças nas necessidades dos pacientes exigem uma abordagem flexível e proativa. A capacidade de adaptação é crucial para manter a relevância e a eficácia da auditoria clínica ao longo do tempo.

A importância da AC é inegável, e a sua implementação eficaz pode transformar o sistema de saúde, tornando-o mais seguro, eficiente e centrado no paciente. Neste sentido, é essencial que as instituições de saúde invistam na AC como uma ferramenta estratégica para a melhoria da qualidade e para a promoção da excelência nos cuidados de saúde. ●

JÁ DISPONÍVEIS





Sandra Cavaca

PRESIDENTE DA SERVIÇOS PARTILHADOS
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (SPMS)

“Transição digital é o elemento facilitador de uma saúde baseada em dados”

Considerando que a transformação digital da saúde é o grande desígnio da SPMS, com diversos projetos em curso e já concretizados neste domínio, a Presidente da instituição salienta o Registo de Saúde Eletrónico Único (RSEu) como um dos mais emblemáticos, “uma vez que permitirá a partilha universal de informação de saúde, independentemente de a prestação de cuidados ter ocorrido num prestador público, privado ou do setor social”. Nesta entrevista, **Sandra Cavaca** refere também alguns dos principais desafios do setor da saúde na atualidade.

A SPMS tem por atribuição a prestação de serviços ao SNS nas áreas de compras e logística, de serviços financeiros, de recursos humanos e de sistemas e tecnologias de informação e comunicação. Porém, o papel da SPMS na área das TIC tem sido significativamente mais visível.

Pode sinalizar projetos relevantes nos quatro domínios de atuação da SPMS?

A transformação digital da saúde é o grande desígnio da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), com diversos projetos em curso, muitos já concretizados, outros em processo de melhoria contínua.

O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) trouxe as verbas necessárias para materializar a estratégia da SPMS em quatro pilares distintos, mas complementares e transversais a toda a atividade: Infraestruturas - Reforma e Modernização da Rede de Dados da Saúde; Cidadão - Reforma dos Sistemas de Informação disponibilizados ao Cidadão, Profissionais - Reforma dos

Sistemas de Informação disponibilizados aos Profissionais de Saúde e Dados - Reforma do Sistemas de Informação dos Registos Nacionais, Interoperabilidade e Circuito Digital do Medicamento, Dispositivos Médicos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Dos vários projetos em curso, destaco aquele que considero mais emblemático e transversal: o Registo de Saúde Eletrónico Único (RSEu). É o projeto que vai revolucionar o setor da saúde, uma vez que permitirá a partilha universal de informação de saúde, independentemente de a prestação de cuidados ter ocorrido num prestador público, privado ou do setor social. Do ponto de vista tecnológico, a SPMS encontra-se a trabalhar numa solução que permitirá a indexação dos dados de saúde que se encontram dispersos pelos diversos prestadores de cuidados de saúde, permitindo que a pessoa a quem estes respeitam veja assegurado o seu direito de acesso aos mesmos.

Adicionalmente, serão disponibilizados mecanismos, aos cidadãos, que lhes irão conferir a capacidade de monitorizar quem acede aos seus dados e em que circunstâncias. Além disso, estes mecanismos possibilitarão que os profissionais de saúde possam aceder à informação adequada, no momento apropriado à prestação de cuidados. O objetivo é construir uma rede nacional de partilha de informação, assente na nossa Plataforma Nacional de Partilha de Dados da Saúde e num conjunto de processos acessórios de conformidade que visam assegurar princípios de confiança, segurança, transparência e auditabilidade. Este projeto é transformador, não só ao nível tecnológico, no qual Portugal tem vindo a dar passos largos em conjunto com os seus parceiros europeus, mas também na perspetiva jurídica. A aprovação do Regulamento do Espaço Europeu de Dados em Saúde, no passado mês de abril, pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho

da UE, vem fixar um conjunto de obrigações aos fabricantes, importadores e distribuidores de sistemas de informação da saúde, bem como estabelecer um conjunto de direitos das pessoas sobre os seus dados. É nesse quadro regulatório que encontramos a oportunidade de constituir esta rede nacional de partilha de informação, na qual cada um de nós será capaz de gerir a forma como os seus dados podem ser partilhados. Mas não é só na área dos Sistemas de Informação que a SPMS tem vindo a inovar e a reforçar o seu posicionamento. Na área das Compras, a SPMS tem vindo a celebrar acordos-quadro e sistemas de aquisição dinâmicos com o objetivo de desburocratizar, racionalizar e acelerar todos os processos de aquisição de bens e serviços de saúde e transversais. Destaco o papel assumido no âmbito do Programa Nacional de Vacinação (PNV), através da realização de compras centralizadas de vacinas, de acordo com os critérios definidos pela DGS, tornando o processo de aquisição mais célere e permitindo poupanças substanciais.

Na área de Recursos Humanos, destaco o papel da Academia SPMS, que responde às necessidades de formação do setor da saúde, proporcionando estratégias diferenciadoras de formação e qualificação baseadas na excelência e na inovação. Tem vindo a apostar no *digital learning* e em propostas de curta duração, um modelo formativo flexível e cómodo para reforçar conhecimentos e capacitar os profissionais do SNS. Na área da comunicação, a SPMS tem desenvolvido campanhas de grande ressonância mediática, bem como programas de informação e literacia. Tem ainda um papel relevante na gestão de redes sociais e na organização de eventos, entre outras áreas, em articulação com diferentes *stakeholders* do Ministério da Saúde e do SNS.

Quais são as principais inovações tecnológicas que a SPMS implementou recentemente para melhorar os serviços de saúde em Portugal?

Os desafios ambientais são tidos em consideração?

A transição digital é o elemento facilitador de uma saúde baseada em dados, informação e interoperabilidade dos sistemas e serviços dirigidos aos cidadãos, célere e à medida das suas necessidades. Há vários exemplos de inovação e de serviços que têm feito a diferença na vida das pessoas.



Por exemplo, o SNS 24, que da linha telefónica evoluiu para a plataforma omnicanal SNS 24, com o Portal e a App SNS 24 a facilitarem o acesso a diferentes serviços.

O desenvolvimento e a melhoria de ferramentas de telessaúde e telemonitorização são outro exemplo de inovação, com plataformas como a Live, que tem permitido aumentar o número de teleconsultas com vídeo e áudio, e, mais recentemente, a Telecuidados, que veio dar uma resposta transversal e possibilitar a monitorização à distância e digital do estado de saúde dos utentes.

Para promover a prestação de cuidados de saúde à distância, promotora do bem-estar dos utentes, da melhoria da prestação de cuidados e da eficiência do sistema, a SPMS tem vindo a entregar equipamentos de teleconsulta e telemonitorização, como câmaras e auscultadores, *tablets*, tensiómetros e glucómetros.

Outro exemplo de inovação é a

Convocatória Digital SNS. Foram disponibilizados meios digitais de convocatória para os principais atos dos cuidados de saúde primários, nomeadamente consultas, vacinação e rastreio. São enviadas duas mensagens por SMS aos utentes, no âmbito de consultas médicas de enfermagem dos cuidados de saúde primários, agilizando processos e evitando cartas em papel. Também estamos a desenvolver trabalho na área da prevenção, com recurso a soluções digitais. O foco inicial será nos problemas de pele, mas o potencial inovador do digital na área da deteção precoce de problemas de saúde é enorme, o que nos levará a apresentar respostas para outros temas. Gostava ainda de destacar que, em Portugal, a partilha digital estruturada de resultados de exames laboratoriais (patologia clínica) é uma realidade para cerca de mil laboratórios privados, sendo um trabalho ímpar no contexto europeu. Em dois anos, mais de 130 milhões de resultados de meios complementares de ▶



diagnóstico e terapêutica (MCDT) foram partilhados com os utentes, através da *App* e do Portal SNS 24, traduzindo-se numa significativa redução de custos e em poupança a nível ambiental. Esta mudança de paradigma começou com a Receita sem Papel, projeto que celebra nove anos e trouxe benefícios para o sistema de saúde no seu todo. A poupança financeira e a sustentabilidade ambiental são expressivas. A título de exemplo, o Centro de Controlo e Monitorização do SNS recebia cerca de cem paletes de papel mensalmente, ou seja, três camiões por mês, hoje recebe um camião de quatro em quatro meses.

A inteligência artificial tem uma enorme capacidade transformacional nos processos, nas relações laborais e nas organizações. A SPMS tem alguma estratégia para a implementação de IA no SNS já desenhada? Quais antecipa que venham a ser os impactos decorrentes da massificação da IA no setor da Saúde?

A SPMS olha para o tema da inteligência artificial (IA) como sendo um complemento daquilo que é a prática clínica do dia a dia e do benefício que se pode retirar dos dados de saúde.

A IA e todas as suas mais-valias podem ser uma poderosa ferramenta na prevenção de doenças. Se é certo que a inteligência artificial apenas se fará com dados de qualidade, também não é menos verdade que através da correlação de informação proveniente de diversos sistemas de informação, ou inclusive através da leitura de imagens médicas, será possível prevenir e detetar precocemente um conjunto de patologias.

A capacidade de processar grandes

volumes de dados e, deste modo, de ter acesso em tempo real à informação gerada permite tomar decisões mais informadas e céleres e obter, quase de imediato, o respetivo *feedback*. Neste sentido, temos já alguns projetos que tiram partido da inteligência artificial. Um exemplo é a Codificação Previsional, projeto que se iniciou há cerca de dois anos e tem passado por todas as vicissitudes inerentes a projetos de inteligência artificial, tais como a capacidade do *hardware* para processar grandes volumes de dados, o treino recorrente de modelos de *machine learning*, a normalização e qualidade dos dados.

O projeto de Codificação Previsional, no qual a SPMS aposta com determinação, tem como objetivo apoiar os médicos codificadores no processo de codificação clínica de episódios (diagnósticos e procedimentos). Esta funcionalidade será integrada no Sistema de Informação de Morbilidade Hospitalar (SIMH) e irá sugerir aos profissionais codificadores um conjunto de códigos (ICD10) por episódio. Estas sugestões terão como base a aprendizagem e o treino do modelo de *machine learning*, com base na análise das notas de alta estruturadas e nos diários clínicos presentes nos sistemas de informação SCLÍNICO disponíveis em grande parte das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

De referir também que, com a criação de um *DataLake* da Saúde (um projeto de grande magnitude que a SPMS tem no seu PRR), que terá como principal finalidade a utilização secundária de dados, pretendemos igualmente fomentar e contribuir, de forma estrutural e universal, para todo o

sistema da saúde em Portugal. Este *DataLake* será utilizado para o treino de algoritmos de *machine learning* que tirarão partido da correlação de informação que, num único repositório, conseguimos fazer de diferentes fontes.

É do conhecimento geral que a área tecnológica é altamente aliciante ao nível dos recursos humanos e que a concorrência é significativa. Sendo a SPMS uma organização da esfera pública - menos flexível nesse plano - tem tido dificuldades na captação e retenção de profissionais? O *outsourcing* para a execução de algumas das competências da SPMS tem sido a estratégia possível para mitigar estes condicionamentos?

A SPMS atua num mercado de trabalho altamente dinâmico e concorrencial. Desta forma, o sucesso dos seus projetos depende da sua capacidade de contratar e reter as pessoas com a motivação e as competências específicas para alcançar os objetivos e resultados a que se propõe.

A estrutura dos recursos humanos afetos às atividades é composta por um *mix* entre recursos internos e subcontratação, prática normal neste mercado. Esta combinação permite um quadro sólido de recursos internos, que garantem a estrutura base da organização, complementada com o recurso a *outsourcing* especializado e ajustado à dimensão e especificidade dos projetos a desenvolver. Neste momento, estão afetas aos projetos em desenvolvimento na SPMS cerca de 1.500 pessoas.

Sublinhamos que temos investido em estratégias de retenção de talento. Além da participação em projetos desafiantes, oferecemos um pacote de benefícios que passam por oportunidades de formação, acesso a serviços com vantagens (a SPMS é certificada pelo Sistema de Gestão da Conciliação entre a Vida Profissional, Familiar e Pessoal - NP4552), ambiente de igualdade, diversidade e inclusão, um Programa de Saúde e Bem-estar no Trabalho e Regime de Trabalho Híbrido (Presencial/Teletrabalho).

Dado o aumento das ameaças de cibersegurança, que medidas estão a ser adotadas pela SPMS para proteger os dados dos doentes, dos trabalhadores do SNS e da população em geral?

O principal desafio de cibersegurança é a constante mutação de ciberameaças

e riscos, assim como a sua sofisticação, impondo às entidades um permanente estado de alerta. Um agente de ameaça, para ter sucesso, só precisa de acertar uma vez. Do lado das equipas de proteção, é necessário que não exista nenhuma fragilidade que possa comprometer o ecossistema. Desta forma, as entidades devem prestar especial atenção a controlos robustos e resilientes nos pontos críticos e de maior fragilidade.

Para garantir a segurança dos dados de saúde, são necessárias, do ponto de vista dos processos, tecnologias e pessoas, medidas resilientes, robustas e proporcionais ao risco. Sendo um setor altamente interconectado e uma vez que a segurança dos dados pode afetar a segurança do próprio doente, é necessário que cada interveniente neste ecossistema tenha um papel ativo e se comprometa com a aplicação dos devidos controlos de segurança da informação e cibersegurança.

É crucial ter soluções eficazes e eficientes de proteção e deteção, nomeadamente através da monitorização e da identificação de ameaças e riscos, permitindo identificar atividades suspeitas e maliciosas e prevenindo incidentes e violações de dados.

Outro aspeto importante é a participação em fóruns e grupos de colaboração, como é o caso dos Centros de Análise e Partilha de Informação (ou ISAC - *Information Sharing and Analysis Centers*, na expressão original), que permitem a partilha e o conhecimento de ameaças, incidentes e indicadores de compromisso. Neste âmbito, a SPMS integra a ISAC da saúde em Portugal, a H-ISAC no âmbito europeu e a Health-ISAC a nível global, sediada nos EUA.

Através do PRR foram investidos 7,5 milhões na área da cibersegurança. Mas há mais investimentos nesta área. Paralelamente, estão em curso procedimentos para a infraestrutura do *Datalake* e do repositório dos MCDT, bem como o desenvolvimento de dois *DataCenters* ao nível da infraestrutura central.

O SNS registou nestes últimos dois anos uma alteração significativa na forma como se organiza e estrutura para assegurar a sua missão. Antecipa que a SPMS venha a ter uma alteração significativa no papel e atribuições que tem no SNS?

A SPMS desempenha um papel crucial no SNS e na transição digital na saúde. E Portugal tem reconhecimento

internacional nesta matéria.

O nosso compromisso é continuar a trabalhar para melhorar a eficiência, robustez e interoperabilidade dos sistemas, bem como expandir e reforçar as tecnologias de telessaúde, em prol dos cidadãos, do SNS e do sistema de saúde como um todo. Sabemos que a tecnologia não vai resolver todos os problemas da saúde, mas estamos convencidos de que não os poderemos ultrapassar sem ela.

A SPMS tem alguma parceria internacional para troca de conhecimentos e tecnologias? Se sim, quais têm sido os benefícios dessas colaborações?

Fomentamos parcerias e relações estreitas com organizações dos setores público e privado de todo o mundo, exatamente com o objetivo de conhecer e partilhar o que de melhor se faz. Quase todas as semanas recebemos

A SPMS desempenha um papel crucial no SNS e na transição digital na saúde

delegações de dentro e fora da Europa, nas nossas instalações, que vêm ver o que Portugal, através da SPMS, faz e como faz. Atualmente, a SPMS participa em 17 projetos internacionais, liderando alguns deles.

A SPMS assegura a representação de Portugal na *eHealth Network* e um dos nossos coordenadores foi eleito pelos estados membros como *rapporteur* de um dos grupos técnicos. Somos *vi-chairs* da *Global Digital Health Partnership*. Temos a missão de assegurar a implementação dos projetos *MyHealth@EU* e *MyData@PT*.

Sim, estamos na linha da frente. E estamos nessa posição porque há um consenso generalizado e transversal de que a sustentabilidade do SNS e a melhoria da qualidade de vida da nossa comunidade dependem, em grande parte, da transição digital na saúde.

Quais são os principais objetivos e projetos da SPMS para os próximos cinco anos relativamente à melhoria dos serviços de saúde em Portugal?

O Regulamento do Espaço Europeu de Dados de Saúde é determinante para mudar e melhorar a prestação de serviços de saúde, cada vez mais

centrados e próximos das pessoas. E é neste sentido que estamos a trabalhar e a investir em projetos, alguns já referidos, que melhorem o acompanhamento aos cidadãos. No fundo, vamos continuar a trabalhar para reforçar a sustentabilidade do SNS, que este ano celebra 45 anos, dotando-o de mais e melhores serviços, com o grande objetivo de melhorar o acesso e o bem-estar dos cidadãos e dos profissionais.

Sendo a transição digital transversal a todas as áreas da Administração Pública, e tendo como finalidade combater desigualdades e melhorar o acesso a um conjunto de serviços essenciais para as pessoas, é fundamental avançarmos juntos nas diferentes áreas. A transição digital é, antes de mais, uma arma poderosa no combate à desigualdade, pois melhora o acesso e reforça a qualidade dos cuidados prestados. Exerce, assim, um impacto significativo em todas as áreas de atividade e contribui

para o desenvolvimento do país e para a melhoria do bem-estar global.

Quais as medidas desenvolvidas pela SPMS para que as aquisições de bens e serviços não só sejam eficientes em termos de custo, mas também agreguem valor para os cuidados de saúde prestados?

No âmbito das suas competências, enquanto central de compras da Saúde, a SPMS está responsável pela aquisição de bens e serviços para outras entidades, mediante contrato de mandato administrativo, estabelecimentos e serviços do SNS, órgãos e serviços do Ministério da Saúde e quaisquer outras entidades quando executem atividades nesta área.

Assim, através da celebração de acordos-quadro, da agregação centralizada e da instituição de sistemas de aquisição dinâmicos promove-se o acesso à saúde e melhora-se continuamente o desempenho do SNS.

Estes instrumentos de contratação pública potenciam sinergias e economias de escala, contribuindo para a criação de valor, obtenção de ganhos e poupanças para o sistema de saúde, maior agilidade e eficiência. ●

Contributo do PlanAPP para o retrato e diagnóstico do SNS

Ana Sofia Ferreira¹

O PlanAPP - Centro de Competências de Planeamento, Políticas e Prospetiva da Administração Pública lançou este ano uma coleção de publicações sobre os profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta coleção é enquadrada pelo Despacho n.º 7985/2023 de 3 de agosto, emitido conjuntamente pelos Gabinetes da Ministra da Presidência e do Secretário de Estado da Saúde, que estabeleceu mecanismos de cooperação e trabalho conjunto do PlanAPP com diversas entidades do Ministério da Saúde.

Na área do *site* do PlanAPP dedicada ao projeto de políticas de gestão e planeamento estratégicos da força de trabalho da saúde¹, o mesmo é descrito em detalhe, estando acessíveis os *links* para as várias publicações, notícias e atualizações do projeto. Para além de um papel de “consultor público” do processo de qualificação e melhoria da política pública de gestão dos recursos humanos da saúde (RHS), o PlanAPP tem contribuído para a sistematização do diagnóstico da evolução recente da força de trabalho do SNS. A coleção integra já três publicações - duas notas de análise e um estudo -, bem como *dashboards*² com dados acessíveis para livre acesso e a exploração individualizada dos dados de caracterização mobilizados.

O Estudo sobre os Profissionais do Serviço Nacional de Saúde, lançado em março, é talvez o mais conhecido e com maior impacto enquanto instrumento que permita o diagnóstico da força de trabalho do SNS (Portugal continental), desde 2010, aprofundando vários aspetos:

1. Consideração de um período de tempo alargado, entre dezembro de 2010 e junho de 2023;
2. Análise da evolução dos profissionais do SNS considerando não apenas a contagem do número de profissionais (NP) em *head count*, mas antes os dados em equivalentes a tempo completo (ETC), mais adequados para avaliação

do tempo útil de trabalho e utilizáveis em comparações internacionais;

3. Consideração do setor produtivo concreto de emprego dentro do SNS, diferenciando em especial os profissionais que trabalham nos cuidados de saúde primários e os que trabalham nos cuidados de saúde hospitalares;

4. Análise da distribuição dos profissionais do SNS por região, tendo em conta a dimensão da população residente por região, atendendo à coesão na distribuição dos recursos humanos pelo território;

5. Análise detalhada por grupo profissional, considerando nomeadamente género e grupo etário, para além do setor produtivo de emprego e região;

6. Maior profundidade na observação na profissão médica, tendo em conta a dimensão relativa dos médicos em formação (internos) e, de entre os já especialistas, análises aprofundadas por especialidade médica e por categoria profissional.

Este Estudo acrescenta, de inovador, uma série de aspetos, nomeadamente, trabalho de dados de um período bastante alargado, sistematizando-os por profissão do SNS, em termos de género e grupo etário, e a análise da disparidade regional na densidade territorial dos recursos humanos do SNS, por referência à respetiva população residente, para além de uma tentativa de avaliação da “escassez” relativa de RHS por *benchmarking* interno entre as cinco regiões.

O Estudo constitui um primeiro passo de caracterização extensa e de análise das especificidades da força de trabalho do SNS, permitindo perceber a sua diversidade e a existência de realidades muito díspares no território e por setor produtivo, no seu seio. Conclui que houve uma expansão da força de trabalho do SNS entre 2010 e 2023, que não foi, todavia, homogénea, nem entre grupos profissionais (ou especialidades médicas, no caso dos profissionais médicos), nem entre setores produtivos do SNS, nem entre regiões do território, o que tem múltiplas implicações em termos de política de saúde. Entre

2017 e 2023, o NP cresceu de forma consistente, a uma taxa média anual de cerca de 3,2%, superior à que havia sido apurada globalmente para o período longo de 2010 a 2023, e que incluía os anos do Programa de Assistência Económica e Financeira (intervenção da Troika), que se contrapõe, no período mais recente, ao forte crescimento registado durante a pandemia por Covid-19. Paralelamente, a força de trabalho em ETC também cresceu, mas com uma média anual menor, de aproximadamente 2,6%, denotando uma tendência crescente para contratos com horários inferiores ao PNT, para a média da força de trabalho. Estes crescimentos não foram uniformes, destacando-se os anos de 2019 e 2020, com as maiores taxas de crescimento, enquanto em 2022 e 2023 houve uma clara desaceleração. De notar, quanto aos profissionais dos hospitais PPP, que a sua passagem a EPE (e consequente “contabilização” no RHV) teve implicações na contagem de RH (apenas) hospitalares e em duas das cinco ARS, representando, ainda assim, quase 7% da força de trabalho médica hospitalar em 2023 e influenciando positivamente a taxa de crescimento dos RH do SNS, em ETC.

O perfil profissional predominante no SNS é o de uma mulher, integrada na carreira de enfermagem, com nacionalidade portuguesa, que trabalha nos cuidados hospitalares, está afeta à ARS do Norte e tem idade compreendida entre 35 e 44 anos (média etária crescente no período).

Em termos de setor produtivo, os RH dos hospitais do SNS são os mais representativos, empregando cerca de três em cada quatro profissionais do SNS. A variação média dos RH dos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) no período foi um crescimento de cerca de 0,31 pp ao ano da sua representatividade, enquanto nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ocorreu uma diminuição média de cerca de 0,27 pp ao ano do seu peso na estrutura de RHS, evidenciando uma tendência de fortalecimento gradual da alocação de recursos humanos ao setor hospitalar do SNS.

Em concreto quanto à força de trabalho médica hospitalar, em junho de 2023, 42% do total de especialistas hospitalares ETC do SNS trabalhava em hospitais da ARS Norte, de longe a mais representativa em termos de concentração de RH médicos. A especialidade médica mais significativa nos CSP é a Medicina Geral e Familiar (MGF), que representava 91,5% dos ETC de Médicos Especialistas dos CSP em junho de 2023, seguida da Saúde Pública, com 6% do total de ETC deste setor produtivo. No setor dos CSH, no qual tipicamente se encontra maior diversidade de especialidades, perto de metade dos especialistas estão concentrados em apenas seis especialidades (Medicina Interna, Pediatria, Anestesiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia e Ortopedia). Neste setor, o crescimento médio anual, entre 2017 e 2023, dos ETC de Médicos Especialistas foi de 4,2%, bastante mais acentuado do que nos CSP, mas também muito desigual entre ARS, variando entre 0,5% de taxa média anual no Algarve até 6,2% de crescimento médio anual na região Norte. Uma nota de especial preocupação é devida às áreas da saúde mental e da saúde materna e infantil, cuja evolução se encontra aquém do expetável.

Os dados evidenciam que o crescimento dos valores de ETC é comum a todas as ARS, mas com intensidades muito distintas, destacando-se o aumento relativo mais intenso dos RHS na ARS Norte, a única cujo peso aumenta, na estrutura de RH do SNS por região, no período.

A ARS com o maior rácio de profissionais do SNS por cada mil habitantes é a do Centro, ao longo de todo o período analisado. Foi na ARS Norte que ocorreu a maior variação positiva no período, com um crescimento médio anual de 3,9% da densidade de RHS face à população. Na ARS LVT, região que concentra a maior percentagem de residentes do país, verifica-se, em contraste com o Norte e Centro, que a densidade de RH do SNS é a menor do país desde 2019 e que, apesar do crescimento desta densidade no período, o mesmo não foi suficiente sequer para, em 2022, esta ARS estar ao nível a que por exemplo a ARS Centro e a ARS Alentejo já se encontravam em 2017, ou o que a ARS Norte e a ARS Algarve atingiram em 2020. No final do período, a ARSLVT está, pois, com um atraso, na dotação de profissionais de saúde face à população, de cerca de mais de dois

anos em relação à melhor situação das demais regiões.

Deste modo, para harmonizar as desigualdades territoriais na densidade dos RH do SNS, equiparando os rácios populacionais de todas as ARS, seriam necessários mais 29.443 profissionais (ETC) no SNS (todos os grupos profissionais), dos quais 17.061 nos CSH e 12.382 nos CSP. A concretização da convergência regional, no que toca aos RHS por 1.000 habitantes (‰), implicaria um crescimento de 20% da força de trabalho afeta aos CSP e CSH do SNS (tomando como referência o ano de 2022), sendo necessário para tal absorver 29.684 recursos humanos em número (absoluto) de profissionais (NP). A ARS LVT, a região com maior população residente de entre as cinco ARS é, portanto, a região que apresenta, em 2022, a mais forte carência de

São evidentes mudanças consideráveis, quantitativas e qualitativas, nos profissionais do SNS, entre 2017 e 2023

Enfermeiros face à população, como aliás se verifica quanto à densidade de Médicos Especialistas (em particular nos CSP), e profissionais do SNS de um modo geral.

Conclui-se que os dados analisados sobre os profissionais do SNS mostram que não há uma “realidade nacional” homogénea, mas sim um conjunto muito diverso de realidades sociodemográficas, e locais/regionais, quando segmentamos setores produtivos do SNS, grupos profissionais, ou especialidades médicas dentro da profissão médica. Assim, uma análise detalhada das causas (diversas) deste diagnóstico é necessária, para uma conceção e customização eficaz das medidas de política pública adequadas às várias realidades. *One size does not fit all.*

São evidentes mudanças consideráveis, quantitativas e qualitativas, nos profissionais do SNS, entre 2017 e 2023, quer nas suas características sócio-demográficas, quer na sua distribuição entre setores e regiões, e que levantam questões sobre

prioridades de investimento formativo por setor, sobre equidade e coesão territorial no recrutamento e retenção de profissionais, e sobre a diversidade “desejável” de proporções dos vários grupos profissionais (*skill-mix*) - recordando-se, a este respeito, que o trabalho, em Saúde é, em regra, um trabalho de equipa.

Por outro lado, sendo o objetivo do Estudo a caracterização da força de trabalho do nosso SNS, o mesmo não avalia, nem pretendia avaliar, se o seu dimensionamento geral, ou por grupos profissionais, as suas características, o seu perfil de competências, ou o *skill-mix* que a mesma exhibe, e que verificámos ser muito variável por setor e por região, responde, ou não, às atuais necessidades em saúde da população, traduzidas em necessidades de profissionais de saúde. O tema das necessidades prospetivas

de profissionais da saúde, bastante complexo, é distinto e urge começar a explorá-lo, com as entidades competentes do Ministério da Saúde.

Não é possível efetuar planeamento de RH da saúde sem conhecer a fundo os principais protagonistas do setor, que são os seus profissionais, nas suas dimensões sociodemográficas, quanto à sua distribuição no território e por setor, mas também no que se prende com os seus anseios, expectativas e desejos, em termos profissionais. O planeamento estratégico é um exercício complexo, mas objetivo e concreto, sendo essencial que assente num conhecimento dinâmico e preciso da realidade dos profissionais do SNS - aquela que se pretende melhorar através de políticas públicas bem informadas e eficazes. ●

REFERÊNCIAS

1. <https://www.planapp.gov.pt/politicas-gestao-planeamento-rh-saude/>
2. <https://www.planapp.gov.pt/dashboards/>

1. Administradora Hospitalar e Consultora Sénior no PlanAPP



13.ª Conferência de Valor APAH

Um Novo Modelo Organizativo para o SNS

Entre os dias 9 e 11 de maio, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) promoveu a 13.ª Conferência de Valor na Casa das Histórias Paula Rego, em Cascais. Este evento foi dedicado ao Novo Modelo Organizativo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e contou com a participação de oradores de destaque e uma diversidade de sessões focadas nas várias dimensões da reforma do SNS.

A conferência começou com uma sessão inovadora, onde se discutiu a transformação do SNS e a importância de parcerias e alianças além das fronteiras das Unidades Locais de Saúde (ULS). A ênfase foi colocada na colaboração e integração de cuidados para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados.

Durante o evento, foram realizadas quatro sessões plenárias temáticas, abordando diversos aspetos críticos da reforma do SNS. As sessões “APAH Inspiring” trouxeram *insights* valiosos sobre a importância de modelos de integração de cuidados e parcerias estratégicas.



A 4.ª edição da Bolsa de Capital Humano em Saúde destacou projetos inovadores que visam potenciar o capital humano e dotar os profissionais de saúde das competências necessárias para liderar a gestão da mudança. O tema central foi “Como gerir a transição para a ULS, para mais colaboração das pessoas e melhor integração de cuidados”.

Oradores especializados conduziram discussões abrangentes sobre os modelos de integração de cuidados, o papel dos cuidadores informais e mecanismos inovadores de financiamento. Estas sessões proporcionaram uma plataforma para a troca de ideias e experiências, crucial para o sucesso da reforma do SNS.

O primeiro dia da conferência decorreu em formato exclusivamente remoto, com a realização de dez sessões de *learning*. Estas sessões exploraram a integração dos cuidados em diferentes contextos das ULS, abordando temas como a estratificação de risco e estratégias para a melhoria dos cuidados respiratórios.

Líderes de opinião internacionais, como Jon Guajardo (Osakidetza), Jaqueline Mallender (Economic Research Council, UK) e Niamh Lennox Chhugani (IFIC), ofereceram uma perspetiva global sobre a integração de cuidados de saúde. As suas intervenções enriqueceram o debate, trazendo experiências e práticas de outros sistemas de saúde.

No último dia da conferência, foram apresentados os resultados da 1.ª Edição do Barómetro da Integração de Cuidados. Este barómetro teve como objetivo avaliar a perceção sobre o grau de integração de cuidados no SNS e o sucesso da reforma em curso. Os resultados forneceram *insights* importantes para futuras ações e melhorias.

A conferência também foi marcada por prémios e homenagens, incluindo o anúncio dos vencedores da 4.ª edição da Bolsa Capital Humano em Saúde, o Prémio Coriolano Ferreira e uma homenagem à Dra. Adelaide Belo pelo seu compromisso com a excelência e pelo trabalho desenvolvido na gestão e integração de cuidados de saúde.

A 13.ª Conferência de Valor APAH culminou com reflexões sobre as lições aprendidas e pontos de ação futuros. Pedro Lopes, Chairman da conferência e Presidente da APAH de 2008 a 2013, fez os comentários finais, destacando a importância da colaboração contínua e do compromisso com a inovação para o sucesso da transformação do SNS.

Em suma, a conferência foi um marco significativo no debate e na implementação de um novo modelo organizativo para o SNS, sublinhando a importância da eficiência, sustentabilidade e integração de cuidados de saúde. ●



13.ª Conferência de Valor APAH

Reunir e partilhar experiências

Níla Badracim¹, Graça Telo Gonçalves², Joana Cachulo³, Miguel Papança⁴, Vanessa Nicolau⁵, Filipa Sabino⁶, Cláudia Almeida⁷

O Grupo de Trabalho para a Integração de Cuidados da APAH foi desafiado a dinamizar as sessões do primeiro dia da 13.ª Conferência de Valor APAH, que teve como tema central a integração de cuidados e o novo modelo organizacional do SNS. Tendo por base aquilo que são os princípios-chave para o desenvolvimento dos modelos de organização de serviços de saúde, nomeadamente, (1) o da integração de serviços e cuidados, que se expande no contínuo de cuidados ao longo do ciclo de vida da pessoa, compreendendo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico, o tratamento, a gestão da doença, a reabilitação e os cuidados paliativos (CP), e envolvendo a coordenação de diferentes tipos de cuidados e a ação de diferentes sectores; e (2) o da centralidade nas pessoas, que se expande na perceção holística dos indivíduos, das suas necessidades e preferências, e no seu envolvimento efetivo, ao nível individual e coletivo, na gestão da saúde, desde o nível mais micro, da sua relação direta com as equipas de saúde, ao nível mais macro das políticas de saúde, o grupo de trabalho procurou refletir a interdependência destes mesmos princípios, no desafio que abraçou de contribuir para as atividades deste dia *online*.

Procurou-se reunir e partilhar a experiência de diferentes equipas, unidades de saúde e organizações que contribuem para o saber fazer, na concretização deste desafio global, nacional e local, na expectativa de criar pontes entre práticas, que permitam avançar sobre os principais desafios e fatores de sucesso, apesar das especificidades geográficas sentidas ao nível regional e local.

À medida que os vários painéis foram sendo apresentados, foi possível identificar, um conjunto de desafios e dificuldades originados pelo processo de integração, independentemente do tipo de cuidados ou do modelo organizativo escolhido para levar a

cabo este mesmo processo. Tornou-se claro, ao longo deste dia, que os desafios enfrentados devem ser olhados e trabalhados numa perspetiva macro, pelo desenvolvimento de políticas que facilitem a implementação de iniciativas mais integradoras e, ao nível micro, com a partilha entre diferentes atores do sistema, relativamente às necessidades e à operacionalização de novas dinâmicas e formas de prestar cuidados. Em ambas as perspetivas, é fundamental que seja garantido o envolvimento dos utentes e dos seus cuidadores, que são o foco principal de todo o trabalho desenvolvido. Neste prisma, foram apresentadas várias posições e experiências, que permitiram identificar, de forma prática, estes desafios. A título exemplificativo, a experiência dos percursos clínicos integrados (PCI), como proposta assistencial em que a pessoa com doença se encontra no centro do percurso e os cuidados se organizam por forma a que não se sinta perdida no sistema, acedendo, assim, a cuidados integrados. A efetiva implementação destes PCI apresenta desafios, ao dependerem do comprometimento das equipas multidisciplinares e dos sistemas de suporte, os quais devem agregar as melhores tecnologias. O seu alargamento a outras patologias, fica comprometido por dificuldade de recursos humanos e da necessidade de comprometimento a longo prazo das respetivas equipas.

Dentro do contexto, surgem paralelamente, desafios decorrentes da necessidade de responder, em simultâneo, ao contexto interno e externo. Este último, envolve um contexto local, composto pelas relações com as instituições locais/regionais com que cada organização interage e que é componente crítica para conhecimento das populações e para potenciar respostas em saúde. A relação com a tutela (contexto externo - normativo) evidencia dificuldades resultantes de modelos de contratualização que não se encontram harmonizados para os diferentes tipos de cuidados, apresentando objetivos autónomos, desfasados no alinhamento dos seus profissionais em torno de objetivos comuns; a obrigatoriedade da

manutenção de sistemas de informação de doentes paralelos - para estes vários tipos de cuidados, obriga à criação de múltiplas interfaces entre bases de dados, podendo comprometer a visão holística da pessoa com doença. No contexto interno, a harmonização da coexistência dos diferentes tipos de cuidados e seus distintos objetivos sob a direção única das ULS.

Os painéis da ULS de Matosinhos e de Coimbra, salientaram que é na gestão operacional que as diferentes noções de autonomia de cada área organizacional de cada ULS se refletem com maior intensidade. Salienta-se ainda, que na implementação de modelos de cocriação de processos de integração surgem, de forma transversal, dificuldades para desenvolver cultura de trabalho colaborativo nas organizações.

No painel onde se pretendeu dar voz aos Cuidados Continuados (CC), foi refletido que o aumento da complexidade das doenças crónicas, ao gerar pressão nestes e restantes tipos de cuidados, exige a transição para uma resposta assistencial de CC alargada, que proporcione à população cuidados de prevenção, avaliação, promoção e controlo, reabilitação, readaptação e paliativos com respostas integradas de saúde e apoio social, a nível de todo o percurso clínico de cada pessoa com doença.

Destacou-se ainda, com especial relevo, a necessidade de incluir de forma ativa e transversal os CP. Adicionalmente, estes apresentam problemas de acesso associados à demora do apoio que os utentes e família necessitam, a qual não se compadece com a sua capacidade de espera. Existe aqui o desiderato de se criar uma via verde de acesso para garantir pronta resposta, não sendo, de todo, desejável que esta resposta seja dada pelas urgências. Sugeriu-se a inclusão de unidades de CP no modelo organizativo do SNS, de forma a aumentar a capacidade de resposta disponível, sem esquecer a necessidade essencial de respeitar a escolha da pessoa com doença, relativa: local de obtenção de cuidados e da sua morte. Transversal às várias iniciativas de intervenção partilhadas, o envolvimento efetivo de utentes, cuidadores, comunidades, nos processos de melhoria

aplicados à integração de serviços e cuidados constitui um desafio particular, que assenta em muito na cultura organizacional de trabalho nas unidades de saúde, na escassez do recurso tempo dos profissionais para a alocação a estes projetos de melhoria, e no domínio sobre as metodologias que lhe podem dar suporte.

Ao longo do dia, foram apontados vários fatores de sucesso para o futuro, a partir, desde logo, das fragilidades e limitações acima identificadas, mas também com base nos resultados positivos já alcançados no terreno.

Relativamente aos painéis que apresentaram experiências em curso nas ULS, foram identificados como fatores de sucesso: uma cultura institucional participativa, construída num sentimento de pertença maior do que o do serviço ou edifício onde cada um trabalha; a capacidade de se proporcionar aos profissionais e utentes a melhor tecnologia de suporte aos processos e comunicação; e, ainda, o próprio modelo organizacional em ULS, por fornecer uma moldura institucional facilitadora da articulação entre os vários serviços, departamentos, e especialidades, ajudando à criação de respostas específicas às necessidades identificadas. Foi também evidenciado, como elemento de sucesso, a motivação e o envolvimento das equipas na implementação e desenho de percursos clínicos integrados. Finalmente, foi ainda sublinhada a importância de se contemplarem, desde o início da implementação de processos de integração, necessidades específicas de determinados grupos da população, de forma a atingirem-se os resultados pretendidos abrangendo também essas populações.

Por sua vez, ao nível da intervenção neste processo das redes nacionais de cuidados continuados integrados e CP, os elementos de sucesso destacados foram: a aposta urgente num plano individual de cuidados contínuos, de qualidade e adaptado ao ciclo de vida e ao percurso da doença de cada indivíduo, permitindo melhorar a resposta em rede intersectorial, focada no cidadão (doente e família) e suas necessidades; a realização de um amplo investimento em efetivos cuidados domiciliários multidisciplinares, que permitam ir ao encontro das escolhas de local de obtenção de cuidados e de local de morte. Foi ainda sublinhada a necessidade de uma alteração de



paradigma quanto à forma como se perspectivam os CP, consubstanciando-os, não num nível autónomo de cuidados, mas como parte integrante e complementar dos serviços prestados dentro dos três níveis de cuidados que atualmente são oferecidos à população. Para a concretização destes fatores de sucesso, foi ainda realçada a importância de se capacitarem os profissionais e a necessidade de se respeitar alguns critérios-chave: melhor acesso, o que exige uma avaliação, pois difere entre níveis de cuidados e requer processos de melhoria contínua; qualidade e local onde devem ser prestados, com base nas preferências e escolhas do utente e família; a forma como são financiados, incluindo critério de *pay for performance*; a partilha de recursos entre redes, equipas comunitárias e tecnologias de saúde.

Não devendo uma verdadeira integração de cuidados circunscrever-se ao perímetro dos cuidados de saúde do setor público, mas ampliar-se a todos os setores no terreno, foram partilhadas algumas experiências demonstrativas das vantagens da articulação do sector público, com os setores social e privado. Destas, ressaltou que os fatores de sucesso para o incremento deste tipo de vantagens de integração passam, ao nível do setor social, pela melhoria do sistema de financiamento e pela criação de respostas que sejam facilitadoras de uma boa articulação e de um fluxo claro dos doentes, entre os três sectores, ao nível da prestação de cuidados (sejam eles de saúde ou sociais), e ao nível do setor privado, pela implementação de processos de integração pensados conjuntamente à de início, bem definidos e consistentes, entre as partes envolvidas, evitando o "uso" esporádico dos sectores privado e social, muitas vezes remetido para situações de resposta ausente ou urgente, em solicitação por parte do sector público, não se tirando assim total benefício de um possível trabalho conjunto. Em vários momentos do dia e dos painéis, foi evidenciada a importância

da capacitação e literacia dos utentes e familiares, enquanto coprodutores de cuidados de saúde, realçando-se a importância da abordagem da cocriação dos percursos assistenciais integrados, pelo envolvimento ativo de utentes ou dos seus representantes, em iniciativas de melhoria da integração de serviços e cuidados de saúde. Este elemento foi identificado como constituindo, por si só, um fator de sucesso daquelas iniciativas de melhoria, associado a ganhos de qualidade e sustentabilidade.

Os vários desafios e fatores de sucesso enunciados e refletidos neste espaço de partilha reforçam a necessidade de investir no princípio da integração nas suas várias dimensões: sistémica, organizacional, profissional, clínica, funcional e normativa. As iniciativas de integração desenvolvidas em cada contexto particular, focam de forma mais crítica, na perspetiva da intervenção, as dimensões organizacional, profissional e clínica. Na perspetiva da gestão da mudança as experiências refletem o papel potenciador de um alinhamento destas iniciativas com as políticas de saúde, com a introdução de mecanismos de suporte como modelos de pagamento e contratualização, tecnologias de informação e comunicação, assim como, com a necessidade de investir em modelos de governança colaborativa, e na criação, manutenção, de uma cultura organizacional comum, um referencial partilhado entre organizações, grupos profissionais, e indivíduos. Estas dimensões potenciadoras constituem o substrato para a inovação nas práticas de integração ao nível do sistema e das unidades de saúde. ●

Grupo de Trabalho para a Integração de Cuidados da APAH

- 1.** Farmacêutica - ULS Amadora Sintra
 - 2.** Administradora Hospitalar
 - 3.** Departamento da Saúde - Associação Fernando Mendes Pinto
 - 4.** Aluno de Doutoramento em Saúde Pública, ENSP
 - 5.** Investigadora colaboradora do CHRC, ENSP
 - 6.** Coordenadora do Gabinete da Qualidade, INEM
 - 7.** Investigadora, ENSP
-



Bolsa “Capital Humano em Saúde”

Como acelerar a transição para ULS? É este o foco da 4.ª Edição

Diogo Silva

A Bolsa “Capital Humano em Saúde”, criada pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com apoio da Gilead Sciences e consultoria da nobox, está de volta em 2024 para **ajudar as novas administrações e equipas das ULS a acelerar o processo de transição rumo a este novo modelo organizacional.** Na quarta edição da iniciativa, todas as ULS foram convidadas a candidatar-se com um projeto que vise melhorar o alinhamento entre as diferentes estruturas da prestação de cuidados para conseguir implementar as reformas necessárias a uma verdadeira integração de cuidados.

ACCELERAR A TRANSIÇÃO PARA ULS - UM TEMA CRÍTICO COMO BASE PARA A 4.ª EDIÇÃO DA BOLSA

“A gestão de organizações de saúde enfrenta cada vez maiores desafios. Por um lado, uma grande pressão na produção e nos resultados e, por outro, uma enorme limitação de meios, num contexto de enorme imprevisibilidade. A juntar a tudo isto, vivemos agora

uma das maiores reformas do SNS, com a implementação das ULS”, começa por explicar Xavier Barreto, presidente da APAH.

“Atendendo à dimensão e complexidade das mudanças, é preciso planear desde já o caminho de transição e conseguir mobilizar e envolver os profissionais de saúde, sem os quais nenhum projeto de integração de cuidados poderá ter sucesso. É isso que esta bolsa procurará facilitar, ajudando as equipas das instituições nesse caminho”, continua.

“As ULS já estão a funcionar, mas infelizmente a maior integração de cuidados que prometem não acontece por decreto. É necessário agora criar as estruturas internas nas novas ULS, que auscultem, envolvam e capacitem os profissionais e equipas para construírem e implementarem novos projetos de integração de cuidados. Ou seja, é preciso garantir que quando um médico ou enfermeiro identificar uma área de possível melhoria na articulação, vai encontrar uma organização preparada para o ajudar a acelerar o trabalho de transposição da ideia teórica para a prática, com menor burocracia e com

vias verdes para a inovação e integração de cuidados”, destaca o médico e cofundador deste projeto, Diogo Silva.

UMA BOLSA PARA PROMOVER A CRIAÇÃO DE PROJETOS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

As candidaturas para a Bolsa estiveram abertas até 9 de fevereiro, tendo recebido candidaturas de oito instituições de saúde para participar na 1.ª Fase do Programa, um *Bootcamp* de um dia dedicado ao tema “Desafios da Transição”, focado em **diagnosticar as necessidades e problemas atuais na gestão da transição de cada instituição e aprimorar o seu projeto de integração de cuidados:**

- ULS Amadora/Sintra, Projeto Nascer com Vigilância;
- ULS Barcelos/Esposende, VE integrada nos vários níveis de cuidados de saúde;
- ULS de Coimbra, Avaliação da Satisfação dos utentes na ULS Coimbra;
- ULS Entre Douro e Vouga, Unidos pela eficiência e sustentabilidade da prestação de cuidados integrados ao doente;
- ULS Gaia e Espinho, Integração de cuidados na ULSGE: articulação do doente com ferida complexa;
- ULS Médio Ave, Integração Informada;

- **ULS do Oeste**, Integração de Cuidados na ULS Oeste;
- **ULS da Região de Leiria**, Referênciação Direta para Internamento em UHD.

Conforme previsto no Regulamento, os projetos resultantes do *Bootcamp* de fevereiro, foram apresentados presencialmente em formato Pitch, na 13.ª Conferência de Valor APAH, perante um Júri independente que avaliou as propostas e selecionou os dois vencedores que seguem agora para a fase de implementação do projeto durante o ano de 2024, com o apoio da nobox. O Júri desta Edição foi constituído por Xavier Barreto, Presidente da APAH, representado por Raquel Chantre, Vogal da Direção; Pedro Lopes, Sócio de Mérito e Presidente da APAH entre 2008/2013; Teresa Magalhães, Professora da ENSP; Adelaide Belo, Presidente da PAFIC e Carla Martins Ribeiro, Enfermeira Diretora da ULS Santa Maria.

Após apreciação pelo Júri, foram selecionados os **dois projetos vencedores**:

Nascer com Vigilância, ULS Amadora-Sintra

O projeto “Nascer com Vigilância” é dinamizado pela **ULS Amadora-Sintra**, tendo como principal objetivo diminuir o número de grávidas sem vigilância e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta população. Este projeto, assente numa lógica de integração de cuidados entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, irá ter dois grandes eixos: por um lado, irá otimizar a resposta clínica, envolvendo a equipa médica e de enfermagem, nos cuidados de saúde primários, permitindo assim o atendimento de um maior número de grávidas; por outro lado, dinamizará uma ação de comunicação junto da comunidade com vista à sensibilização para a procura de seguimento clínico das gravidezes. Em 2023, nesta ULS, de um total de 4.893 grávidas, 2.195 não tinham médico de família, sendo que nesta população apenas 23% tinham uma vigilância completa da gravidez. Estes números revelam a intensidade desta problemática especificamente nesta ULS, bem como o potencial impacto que o projeto apresenta.

Referênciação Direta dos CSP para Internamento em UHD, ULS da Região de Leiria

O projeto da **ULS da Região de Leiria** pretende potenciar a referênciação para



a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) diretamente por parte dos Cuidados de Saúde Primários, evitando a afluência desnecessária aos serviços de urgência, enquanto se assegura uma resposta clínica de alta qualidade e proximidade aos utentes.

Apesar de haver um elevado número de casos de doentes vistos nos CSP elegíveis para internamento domiciliário, atualmente estes doentes precisam de ser encaminhados para o Serviço de Urgência, sobrecarregando desnecessariamente os serviços e não aproveitando o potencial da UHD.

Este projeto irá focar-se num primeiro momento na definição dos procedimentos internos para referênciação, com

clarificação tanto dos critérios clínicos e sociais para referênciação, bem como do processo de comunicação entre os CSP e a UHD. Uma vez definido o procedimento, irá ser levada a cabo um processo de gestão de mudança com reuniões em cada uma das unidades dos CSP focadas em explicar o funcionamento da UHD, os doentes elegíveis para hospitalização domiciliários e o processo de referênciação e comunicação para concretizar o internamento.

Os projetos já iniciaram o trabalho de implementação no mês de maio e irão apresentar os resultados no final do ano.●

1. Médico de Saúde Pública e Co-fundador da nobox

A Bolsa promovida pela **APAH** consiste num programa de apoio e consultoria que visa facilitar e acelerar a transição das ULS e apoiar na criação de novos projetos de integração de cuidados. Os projetos vencedores (**ULS Região de Leiria** e **ULS Amadora/Sintra**) estão agora a implementar os projetos no terreno com o apoio especializado da **nobox**.

Prémio Coriolano Ferreira

A saúde é única! Tanto que “quem tem saúde, tem tudo”, como dizia a minha avó



João Tiago Goldschmidt de Oliveira

A saúde consegue ser mais do que uma consequência de tantos fatores, sendo simultaneamente uma exigência e uma potência para tantas atividades, sejam elas lúdicas ou profissionais, individuais ou coletivas. Porque enquanto a saúde, quando presente, é facilmente negligenciada; na sua ausência, é facilmente notada.

O discurso e a ação sobre os cuidados de saúde têm, no meu entender, tido uma evolução muito mais lenta que a evolução tecnológica e do próprio mercado. É efetivamente fundamental garantir a acessibilidade, centrar o sistema de saúde no cidadão, integrar os cuidados, monitorizar custos e resultados, com enfoque para o *value based healthcare*.

É igualmente importante manter em mente dois termos com menos *glamour*: a solidariedade e os cuidados de saúde primários, tantas vezes esquecidos pela sua vertente frequentemente não curativa (não obstante, crucial).

Sobre a solidariedade existe uma necessidade comum de se reconhecer a inexistência de recursos (seja humanos, de infraestrutura, tecnologia, financeiros ou outros) para enfrentar

100% das necessidades em cuidados de saúde, particularmente com o rápido desenvolvimento de técnicas diagnósticas que aumentam não só a prevalência de muitas morbilidades, mas também a perceção das mesmas, contribuindo ambos para um aumento do consumo de cuidados de saúde.

Assim sendo, torna-se necessário que cada indivíduo seja mais consciente sobre as suas necessidades e o seu consumo dos cuidados, para que coletivamente haja uma maior noção do que representam (nas várias vertentes de custo) os seus cuidados de saúde individuais e da população como um todo. Será razoável um indivíduo exigir simultaneamente acesso imediato a todos os especialistas e que haja especialistas suficientes para garantir a acessibilidade a toda a população? Ou que todas as urgências estejam de porta aberta, 24 horas por dia, 365 dias por ano, mas não haja escassez de recursos e aumento dos tempos de espera?

O fator da reflexão dos cuidados de saúde necessários vs. prestados, e o impacto dos mesmos, aplica-se igualmente aos prestadores de cuidados (incluindo neste campo todos os envolvidos na gestão das unidades de saúde) - qual é, à data de hoje, e a título de exemplo, a sensibilidade para a relevância da conversão EV-PO (converter, quando

indicado, a administração de um determinado medicamento por via endovenosa para via oral)? O impacto desta “pequena medida” seria gigantesco a nível de aumento do conforto dos doentes, redução de riscos, incidentes e duração de internamentos e claro, custos associados. Do mesmo modo, quão pouco é disseminada na população uma abordagem *One Health*, que reconhece a estreita ligação e interdependência entre a saúde humana, animal e ambiental? E desse modo, alertar para as consequências globais e severas da utilização excessiva de antibioterapia, destruição de *habitats*, lixo no chão, entre tantos outros fatores.

Estes exemplos, da conversão de vias de administração e da disseminação de um conceito, são expressão da potencialidade de cada sujeito, quando capacitado, e com pequenas ações individuais, ter grandes consequências em todo o sistema de saúde e no estado da saúde global.

Em relação aos cuidados de saúde primários estes englobam, em certa medida, e desde há muito tempo, esta perspetiva que a saúde global e individual estão intimamente ligadas, tanto pela saúde comunitária como pela ação sobre os diversos determinantes da saúde, considerados uma das três áreas prioritárias para *Healthy People 2030*, pelo CDC¹.

Igualmente importante é aumentar a literacia em saúde, que representa uma das chaves para que a população tenha um papel mais ativo em ser mais saudável ao invés de contribuir para o seu contrário - a generalidade das doenças não transmissíveis e que são responsáveis por 80% do peso da doença na EU², são o resultado de comportamentos individuais³. Atualmente, e apesar de todas as iniciativas e campanhas para a promoção de hábitos de vida saudáveis, seja em termos de alimentação ou pela prática de exercício físico, a prevalência da obesidade e excesso de peso tem aumentado⁴. Este dado é alarmante pelo fato da obesidade e o excesso de peso serem, eles próprios, fatores de risco para inúmeras doenças e por isso, direta e indiretamente, da diminuição de qualidade de vida, e de um enorme incremento no consumo e nas despesas com cuidados de saúde. É igualmente preocupante, por revelar que as medidas tomadas, são insuficientes. No período da história da humanidade em que a informação está mais acessível, não se consegue que o acesso à mesma seja fidedigno, de confiança e eficaz na mudança de comportamentos, sendo assim necessário inovar e investir, adequadamente, no *marketing* e comunicação em saúde.

A administração hospitalar e a gestão de organizações de saúde têm de conseguir dar este enfoque ao indivíduo de um modo realmente integrado com todo o sistema, independentemente do prestador ou do financiador. O sistema de saúde em Portugal tem tido experiências diversas e enriquecedoras, como foram as Parcerias Público-Privadas ou a gestão da pandemia - será que estamos a retirar lições suficientes? Conseguiremos compreender o impacto dos incentivos e penalidades na gestão das unidades de saúde⁵? Utilizámos a pandemia para melhorar a articulação entre diferentes elementos do sistema de saúde, sejam eles públicos, sociais ou privados? Foi este exigente período útil para estabelecer melhores parcerias com o objetivo de equilibrar a ocupação hospitalar, reduzir tempos de espera ou o consumo indevido de urgências, seja por via da "limitação à entrada", pela referência obrigatória e/ou uma maior articulação com o INEM?

E não seria possível fazer referência ao sistema e às organizações de saúde, sem mencionar quem efetivamente constitui a sua alma e os seus instrumentos - os recursos humanos. A administração



hospitalar e a gestão de um modo geral, tem atualmente à sua disposição, estratégias diversas para melhorar o reconhecimento e a satisfação dos profissionais. E por muito que seja fundamental a criação e reconhecimento de carreiras, com uma evolução salarial condigna, a mesma não deve ser cega e deve efetivamente estar associada ao (des)empenho de cada colaborador. Mas o fator salarial não deverá ser o único a ser considerado - a motivação é reconhecida como fator imprescindível para a satisfação individual, e pode ser obtida através de uma maior promoção de formações, um maior fomento do relacionamento entre os pares e com outras classes profissionais (reduzindo os formalismos em prol do trabalho de equipa), com uma melhor gestão de horários para uma adequada conjugação da vida pessoal e profissional, entre tantas outras. É particularmente necessário, promover uma melhor escuta (e resposta) às necessidades destes profissionais, literalmente vitais para o nosso bem-estar.

A possibilidade de ser distinguido com o Prémio Coriolano Ferreira, humildemente admito, foi um fator motivador desde o início do CEAH. Agradeço à APAH por este reconhecimento, tanto da obra do Professor como dos resultados dos "seus" eternos alunos. O Prémio é, assim, uma dupla homenagem, lembrando sempre a figura ímpar que o Professor Coriolano Ferreira representa em Portugal - a sua vida, repleta de iniciativa e desafios, com um impacto imensurável no que são os cuidados de saúde em Portugal, tornando-o uma referência a seguir. Por outro lado, o Prémio ganha ainda maior valor por ter estado rodeado de colegas excecionais, com um percurso e ambições distintas, com necessidades de articularem de um modo complexo a vida académica, profissional e pessoal, mas com um objetivo comum e louvável em

mente - dar o seu contributo pessoal na melhoria dos cuidados de saúde.

O CEAH dá corpo a esse chamamento de querer saber mais e de ser mais. Pelos outros. Deixo uma nota de felicitação e apreço a todos os que responderam e respondem "presente", não podendo deixar de agradecer particularmente às colegas que me deram motivação e apoio ao longo de todo o percurso na Escola Nacional de Saúde Pública e sem as quais a experiência teria sido incomparável. E claro, à minha família, que sempre me apoiou e incentivou.

Que o setor da saúde, como um todo (pois o foco não pode ser excessivamente colocado em cada unidade), seja um exemplo em termos de eficiência, com o desenvolvimento e reconhecimento dos seus profissionais, na persecução do seu propósito: a melhoria da saúde dos indivíduos e da população.

Na ótica do objetivo comum, que deve ser o bem-estar de todos, termino com uma frase de Baden Powell, fundador do movimento escutista: *The real way to get happiness is by giving out happiness to others.* ●

REFERÊNCIAS

1. CDC. Healthy People 2030 - Priority Areas consultado no dia 17 de julho de 2024 em [health.gov/healthypeople/priority-areas](https://www.health.gov/healthypeople/priority-areas)
2. Comissão Europeia. Doenças Não Transmissíveis - Panorâmica consultado no dia 17 de julho de 2024 em: health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_pt
3. Organização Mundial de Saúde, Noncommunicable diseases: Risk factors, consultado no dia 17 de julho de 2024 em: www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors.
4. Organização Mundial de Saúde. European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Oliveira, João. PPP hospitalares do SNS: Análise comparativa da contratualização e resultados. Trabalho de campo (Curso de Especialização em Administração Hospitalar) - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2022.



resiliente, uma vez que foi em “busca” do que lhe fazia sentido - uma nova profissão, uma carreira, um novo curso: administração hospitalar - mantendo a sua integridade. É este mesmo desafio que os gestores e o SNS vivem, atualmente, o serem resilientes. Vejamos!

O SNS vive tempos complexos por inúmeros fatores, tais como: o subfinanciamento, a globalização, o abandono dos profissionais de saúde, o envelhecimento da população, os problemas de saúde pública, o aumento da competitividade entre sistema de saúde público e privado, entre outros. Portanto, torna-se fácil de entender a pertinência da palavra escolhida.

Mas, como podem os administradores hospitalares (AH) e o SNS dar resposta a estes desafios?

Acredito que é essencial que o SNS seja capaz de se sustentar em três paradigmas:

1. Garantir a estabilidade dos recursos a longo prazo

Para que tal aconteça, é necessária a capacidade de proteger, ou então, construir o necessário e adequado ao nível de recursos

Prémio Coriolano Ferreira

Gerir com Resiliência um Serviço Nacional de Saúde Resiliente

Eduardo Soares¹

A distinção com o Prémio Coriolano Ferreira, foi para mim uma honra. O Professor Coriolano Ferreira será uma eterna referência na história da administração hospitalar portuguesa, pela sua atitude perscrutora no exercício e desenvolvimento desta profissão. Receber um prémio que interpõe estes pressupostos é um orgulho e uma responsabilidade.

Pensar no professor Coriolano Ferreira, em gestão em saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS), remete-me para a palavra **Resiliência**.

Resiliência é um vocábulo que, originalmente decorre da física, e define-se pelo nível de resistência de um material e pela sua capacidade de regressar ao estado original, sem danos ou rutura, após sofrer uma deformação. Ou, de outra forma, a capacidade de após uma adversidade, a pessoa/instituição/organização se adaptar e recuperar a sua estabilidade.

Mas, será o SNS resiliente? Os administradores hospitalares, serão resilientes? O professor Coriolano Ferreira, por que motivo pode ter sido uma pessoa resiliente?

Ora, digamos de forma sucinta, que o professor Coriolano Ferreira ao longo do seu percurso foi uma pessoa

financeiros, físicos, humanos e de “conhecimentos” para enfrentar o presente e desafios futuros, como o caso de crises económicas, de saúde públicas, mudanças demográficas ou tecnológicas, ou outras.

2. Responder com eficiência aos constrangimentos do dia a dia

O SNS deve ter a capacidade de gestão com recursos limitados, sem sacrificar as principais prioridades, benefícios, acesso ou direitos dos doentes e dos profissionais. A presença de recursos suficientes é necessária e tem que ser capaz de resistir a choques e suprir as suas necessidades. Ou seja, um sistema de saúde resiliente deve ser capaz de usar eficientemente os seus recursos disponíveis.

3. Assegurar uma forte gestão

A capacidade de rápida orientação e adaptação aos novos objetivos e prioridades, respondendo aos grandes desafios através de estratégias de gestão eficazes é essencial para um SNS resiliente.

A abrangência e a complexidade das medidas acima referidas é notória, motivo pelo qual é essencial que haja um conjunto de profissionais que estejam preparados para dar resposta a estas necessidades.

A Escola Nacional de Saúde Pública e particularmente o Curso em Administração Hospitalar têm um papel fundamental no processo formativo dos AH, apresentando um plano curricular que permite um desenvolvimento de competências e pensamentos críticos essenciais aos desafios requeridos pela profissão de AH, ajudando na formação de profissionais resilientes.

Mas, para que seja possível tornar o SNS ainda mais resiliente é essencial que os AH e os decisores em saúde apresentem:

- **Liderança eficaz e participativa com forte visão e comunicação**

Os líderes e direções do SNS têm que ter formação, objetivos e visões claras. Tem que haver uma responsabilização das lideranças, de acordo com as decisões tomadas e os trabalhos desenvolvidos. A liderança tem que ser transparente e com uma comunicação efetiva. E, acima de tudo, tem que se criar uma confiança pública na liderança e nas suas medidas de ação.

- **Coordenação de atividades intra governo**

É necessário que haja harmonia e coordenação no governo entre os vários ministérios para que sejam estabelecidas adequadas prioridades. O ministério da saúde vive refém de ministério das finanças, sendo sub orçamentado ano após ano, o que implica um não acompanhamento das necessidades de evolução do SNS, atendendo ao crescimento tecnológico e científico mundiais.

- **Cultura de aprendizagem organizacional que seja responsiva**

As organizações de saúde do SNS precisam de assumir culturas organizacionais inovadoras e com cultura de aprendizagem com as práticas



existentes, tomando decisões baseadas em dados. Por seu lado, é importante usar mecanismos para avaliar, auditar e aprender com as tomadas de decisão e implementar mudanças, se adequado.

- **Cultura de vigilância permitindo a deteção oportuna de problemas**

É necessário que os AH estejam alerta e utilizem mecanismos para identificar mudanças que estão a acontecer ou possam vir a acontecer no sentido de atuar o mais rápido possível com a maior eficiência possível.

- **Garantir recursos monetários suficientes no sistema de saúde**

Os decisores políticos devem permitir que o SNS seja financiado de forma suficiente, por forma a acompanhar a evolução na saúde. É premente distinguir-se as melhores organizações das restantes. E, além disso, é importante que as organizações de saúde tenham reservas financeiras para atuar em momentos controversos, que não estavam previstos.

- **Nível e distribuição apropriados de recursos humanos, materiais e físicos**

Os AH devem fazer um correto mapeamento das necessidades em saúde e um ajuste de número de profissionais, carga de trabalho e horas de trabalho. Assim como um pagamento ajustado, por forma a garantir a retenção dos profissionais no SNS. Os recursos materiais também têm que ser considerados, racionados, mas suficientes. A manutenção e renovação dos recursos físicos em alguns casos são uma prioridade.

- **Capacidade de aumentar a capacidade**

- **de resposta às necessidades**

É preciso os AH se preocuparem em definir estratégias para continuar a combater as listas de espera cirúrgicas, bem como para a realização de exames e de consultas médicas.

- **Força de trabalho motivada e bem apoiada**

Os AH devem ter profissionais satisfeitos no trabalho, o que não acontece atualmente. Isso aumenta a retenção e diminui o absentismo. Importa considerar os profissionais de saúde como uma das pedras fundamentais para a sustentabilidade do SNS, além dos doentes.

O SNS e os AH têm a necessidade de se reinventarem e reafirmarem, com a implementação de medidas que tornem o SNS mais eficiente.

Estas são algumas estratégias que podem ser usadas para tornar o SNS mais fortalecido. A complexidade da sua intervenção torna a profissão de AH bastante desafiante e definida por profissionais que além de motivados devem ser resilientes.

Acredito que o SNS, almeja tal como eu, o professor Coriolano Ferreira e cada um de nós que lê esta revista, que se debatam estes itens com urgência, a fim de voltarmos a ter um elo de ligação com a população portuguesa, que são os pilares de toda a essência do SNS e que só assim este consegue ser, realmente, útil e **resiliente**. ●

1. Diplomado em Administração Hospitalar, Enfermeiro IPO Porto



Barómetro da Integração de Cuidados

Como os profissionais da Saúde veem o processo em curso

Miguel Amado¹

Transformação, uma palavra que por defeito assusta quem com ela tem de lidar sobretudo quando há várias perspetivas como é o caso de uma integração. E é disto que se trata no caso da recente criação das diversas ULS no SNS, de uma integração dos serviços prestados aos utentes ligados ao que de mais precioso eles têm, a saúde.

A integração de cuidados de saúde é um conceito que visa promover a coordenação e a continuidade dos serviços de saúde prestados aos utentes, através de uma abordagem holística e centrada nas necessidades

das pessoas. A integração de cuidados de saúde implica a articulação entre os diferentes níveis de cuidados (primários, hospitalares, continuados e paliativos), os diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.) e numa extensão não analisada neste barómetro entre os diferentes setores (público, privado e social). A integração de cuidados de saúde tem como objetivos alargados melhorar a qualidade, a eficiência, a equidade dos serviços de saúde e a consequente satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde, bem como reduzir os custos e as ineficiências características do Sistema Nacional de Saúde.

O Barómetro da Integração de Cuidados (BIC), foi desenvolvido com

o intuito de determinar o grau de perceção de integração de cuidados por parte dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde e identificar as áreas de maior e menor perceção de integração. O estudo é constituído por 53 afirmações, agrupadas em seis dimensões:

- 1. Clínica.** Avalia a coordenação dos cuidados prestados nas diferentes unidades de saúde;
- 2. Informação.** Avalia o grau de disponibilidade e partilha de informação pela ULS;
- 3. Normativa.** Avalia a existência de normas que suportem a gestão das diferentes unidades da ULS;
- 4. Administrativa.** Avalia o funcionamento uniformizado das secções administrativas e auxiliares de toda a ULS;

5. Financeira. Avalia a coordenação do financiamento, pagamentos e custos das várias unidades da ULS;
6. Sistémica. Avalia o alinhamento da estratégia, objetivos e valores dentro da ULS.

O questionário foi estruturalmente adaptado do "Health System Integration Study", tendo apresentado validade e fiabilidade, e uma participação estatisticamente relevante com 6.977 participações, cerca de 5% do Universo inquirido, contactado por *e-mail*. As afirmações foram avaliadas numa escala de 1 a 5 de acordo com o nível de concordância, sendo 1 - Discordo Totalmente e 5 - Concordo Totalmente, e incluindo uma opção "NS - Não sei", a utilizar caso o respondente não tivesse informações suficientes para avaliar conscientemente qualquer uma das 53 afirmações.

O universo de participantes está distribuído geograficamente alinhado com a distribuição demográfica, com predominância de Norte, Lisboa e vale do Tejo (que somam entre si 78% dos participantes). O Barómetro foi maioritariamente respondido por profissionais de saúde que trabalham, na maioria do tempo, em locais de Internamento Hospitalar (22%) e Unidades de Saúde Primária (19%).

Os enfermeiros são o grupo profissional mais representado (40%), seguindo-se dos médicos (17%) e de assistentes técnicos (16%), e a vasta maioria dos inquiridos tem um vínculo contratual estável, não exerce funções de forma remunerada noutro local nem assume posições de chefia. Finalmente, a distribuição em termos de género e faixa etária denota uma preponderância do género feminino (78%) e das idades compreendidas entre os 40/59 anos (64%).

A dimensão **Normativa** obtém a melhor avaliação (3,56 em 5), sugerindo um moderado alinhamento regulatório e procedimental, mas que indica que existem bases sólidas para a integração, seguida da dimensão **Informação** com a classificação global de 3,32 em 5.

A dimensão **Clínica** obteve uma avaliação média de 3,15, mostrando que os profissionais do SNS avaliam de forma ligeiramente positiva a coordenação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde.

Este Barómetro exige reflexão mas sobretudo ação

A classificação para as dimensões **Sistémica** e **Administrativa** indicia a existência de margem para melhorar articulação nas Unidades Locais de Saúde (ULS), bem como para melhorar a coesão administrativa e as políticas de gestão de Recursos Humanos do SNS.

A dimensão **Financeira**, com foco para a coordenação do financiamento, pagamentos e custos das várias unidades da ULS, apresenta a avaliação mais baixa (2,6 em 5), sugerindo alguma preocupação com a gestão financeira e a distribuição de recursos no seio das ULS.

Existem diferenças notórias na perceção da integração em função da **região do país**, sendo a região do Algarve o local onde esta é mais crítica e o Alentejo a região que avalia melhor todas as dimensões, assim como em função da **antiguidade da operação**, e sem surpresa a perceção de integração dos cuidados de saúde é expressivamente superior nas unidades com operação anterior a 2024 (3,50) face às mais recentes (2,94).

Pelas afirmações com melhor classificação é notória a existência de equipas multidisciplinares e uma rede que facilita o contacto entre os vários profissionais da ULS, como a disponibilização de contactos e *e-mails* dos profissionais e uma *intranet* comum a cada ULS. Fica clara também, na maioria dos casos, a existência de regulamentos internos específicos assim como o estabelecimento de objetivos e metas e respetiva documentação normativa. Sendo que as dez afirmações mais pontuadas se situam entre os 3,38 pontos e os 4,43, mesmo sendo moderadamente positivas, mostram no seu detalhe a existência de bases importantes já estabelecidas.

Por outro lado, olhando às dez afirmações com pior classificação, a dimensão **Financeira** é aquela com maior índice de desconhecimento, e é evidente que

existe falta de informação relativamente aos custos associados a cada doente e principais patologias, o que antecipa, na mesma medida, dificuldades no cálculo dos benefícios económicos do modelo. Por outro lado, fica patente a falta de concordância sobre temas relacionados com a remuneração e política salarial e incentivos dos diferentes trabalhadores das ULS, aspetos administrativos essenciais para ter o talento motivado e focado.

Há uma mensagem inequívoca que este Barómetro nos passa, que é a da importância do tema Integração de Cuidados de Saúde, consubstanciado pela elevada taxa de participação com cerca de 7.000 respostas de profissionais do SNS espalhados de Norte a Sul do País. A importância deste género de auscultações é crítica em programas de transformação seja no privado ou público e é válido para qualquer setor de atividade, pois no final do dia, por muitas dimensões que caracterizem um processo de transformação, este acaba sempre por ter um veículo comum que são as pessoas. Todos os outros impactos são resultado da forma como as pessoas encaram e se apropriam ou não das mudanças que afetam a sua jornada profissional. Como resultados há a destacar que estão criadas as condições de base para o sucesso da integração de cuidados, mas que há um longo caminho a percorrer para que os benefícios preconizados por esta mudança se possam efetivar, nomeadamente em torno da dimensão financeira e administrativa, que guiarão os próximos passos deste processo. Este Barómetro exige reflexão mas sobretudo ação, alimentada pela ambição de melhor servir o utente, pela convicção dos seus benefícios, pela esperança da eficiência e sobretudo pela certeza que juntos, os serviços e profissionais de saúde são mais fortes. ●

Barómetro da Integração de Cuidados

Com o apoio institucional:



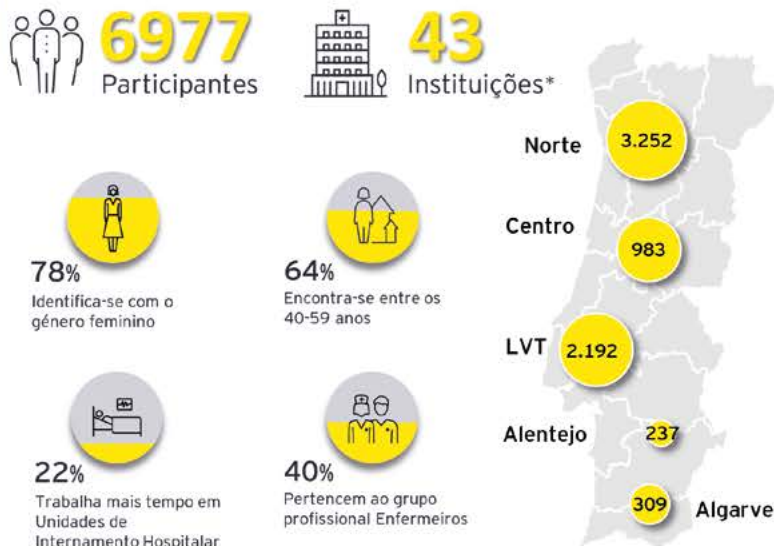
OBJETIVOS E METODOLOGIA

O Barómetro da integração de Cuidados, foi desenvolvido com o intuito de determinar o grau de perceção de integração de cuidados por parte dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde e identificar as áreas de maior e menor perceção de integração.

É constituído por **53 afirmações**, divididas por **6 segmentos**, que foram avaliadas numa escala de **1 a 5 de acordo com o nível de concordância, sendo 1- Discordo Totalmente e 5-Concordo Totalmente.**

Adicionalmente, dado que nem todos os profissionais de saúde têm visibilidade sobre as dimensões avaliadas foi adicionada a opção "NS - Não Sei" caso o respondente não tenha informações suficientes para avaliar conscientemente uma questão.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA



Globalmente registou-se uma perceção de integração de cuidados de saúde **moderadamente positiva**

Classificação Nacional **3,04**

A dimensão Normativa obtém a melhor classificação, evidenciando o alinhamento regulatório e procedimental das várias unidades que constituem a ULS. Por outro lado destaca-se a **dimensão Financeira**, não só pela **baixa classificação** mas pelo **reduzido índice de resposta** entre os vários grupos profissionais (44%), sugerindo falta de visibilidade e alguma preocupação com a gestão financeira e a distribuição de recursos no seio das ULS.

AVALIAÇÃO POR SEGMENTO



AVALIAÇÃO POR GRUPO PROFISSIONAL



Os diferentes grupos profissionais dentro do Sistema Nacional de Saúde têm perceções diferentes da integração de cuidados, influenciadas pelos seus papéis e pelas Unidades em que trabalham. Os Administradores Hospitalares mostraram um maior domínio na dimensão Administrativa e Normativa, enquanto as respostas dos Médicos e Enfermeiros incidiram sobre a dimensão Clínica.

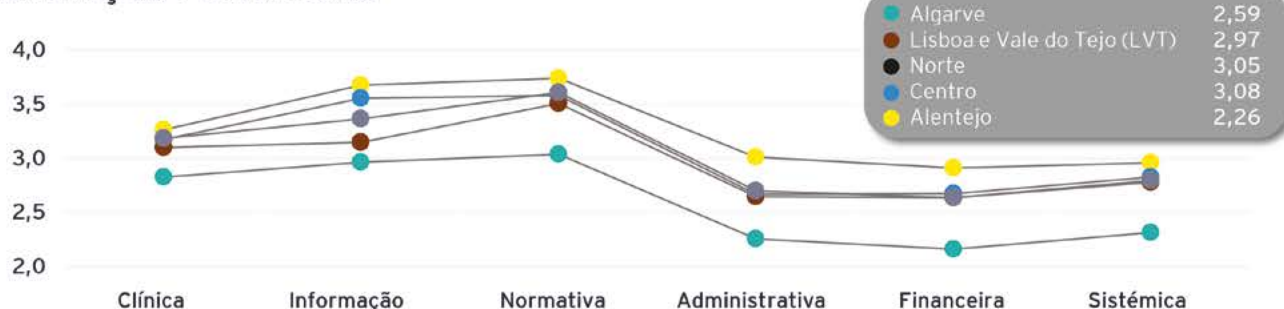
*39 ULS, o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida e os Institutos Português de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto.

Barómetro da Integração de Cuidados

Com o apoio institucional:

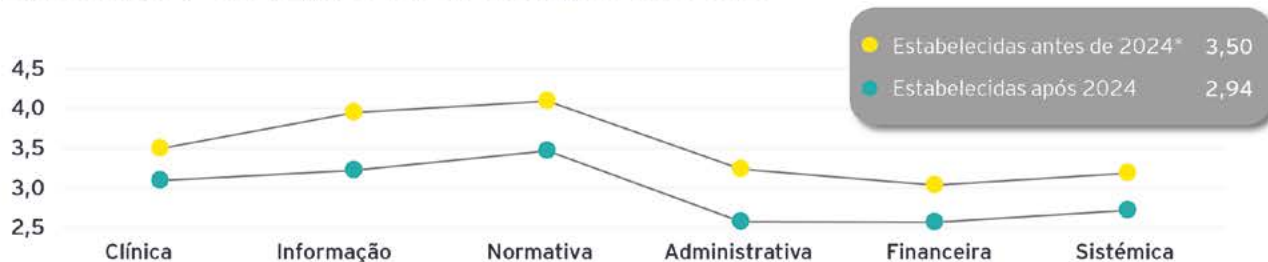


AVALIAÇÃO POR REGIÃO



Existem diferenças notórias na perceção da integração dos cuidados em função da região do país, no entanto a distribuição relativa das avaliações é uniforme, sendo evidente a maior fragilidade da dimensão Financeira de Norte a Sul do país.

AVALIAÇÃO POR TEMPO DE OPERAÇÃO DAS ULS



*As ULS estabelecidas antes de 2024 são: ULS de Matosinhos, ULS da Guarda, ULS do Baixo Alentejo, ULS do Alto Alentejo, ULS de Cascais Branco, ULS do Nordeste, ULS do Litoral Alentejano e ULS do Alto Alentejo. Adicionalmente, foram também incluídas na lista de instituições estabelecidas antes de 2024, o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida e os Institutos Português de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto.

A perceção de integração é expressivamente mais positiva nas unidades com operação anterior a 2024, no entanto a opinião relativa das várias dimensões mantêm-se independentemente da maturidade da instituição, realçando a preocupação contínua nas dimensões Financeiras e Administrativas, ainda que estas tenham tendência para evoluir positivamente ao longo dos anos, com a maturidade da estrutura integrada.

AVALIAÇÃO POR AFIRMAÇÕES

A par da tendência nacional, as afirmações com melhor grau de concordância pertencem à dimensão Normativa, enquanto que as que reuniram menor nível de concordância são no âmbito do Financeiro e Administrativo.

As 5 afirmações com melhor nível de concordância

1	"As equipas de trabalho são constituídas por profissionais com diferentes formações académicas (enfermagem, técnicos de saúde, administrativos, auxiliares, etc)"	4,43
2	"Todos os profissionais dispõem de email e de acesso aos contactos dos restantes profissionais da ULS"	3,89
3	"A gestão conjunta de diferentes níveis de cuidados de saúde a cargo da ULS, encontra-se estabelecida através de diploma legal"	3,77
4	"Existe uma intranet comum a toda a ULS"	3,76
5	"As principais unidades funcionais da ULS têm um regulamento interno específico"	3,72

As 5 afirmações com pior nível de concordância

53	"Existe disponível a todo o momento, informação sobre os custos de cada doente ao longo de todo o processo de produção na ULS (episódio)"	1,80
52	"Na minha ULS conheço os custos totais das principais patologias da área de influência"	1,84
51	"A remuneração dos profissionais contém incentivos dirigidos à coordenação e cooperação entre as diferentes unidades funcionais que integram a ULS"	1,96
50	"Existe uma política salarial e de incentivos que é global para a ULS"	2,11
49	"Conheço os objetivos, as atividades, a monitorização efetuada e os resultados alcançados pelas outras unidades funcionais da ULS"	2,18



Barómetro de Internamentos Sociais

Internamentos sociais, mais do que um problema hospitalar

A pós oito Barómetros, com uma pandemia, uma guerra na Europa, uma crise financeira mundial e uma crise de habitação em Portugal, o fenómeno dos internamentos sociais, ou inapropriados, é uma realidade crescente nos hospitais portugueses, refletindo uma disfunção no sistema de saúde, na rede de apoio social e no próprio funcionamento da administração pública e complexidade da nossa justiça. Este fenómeno é caracterizado pela permanência prolongada de pacientes em hospitais por razões sociais, como a ausência de suporte familiar ou de condições adequadas de habitação, mesmo após terem recebido alta clínica e tem impactos operacionais na capacidade de resposta do SNS que tem menos camas para tratar dos casos clínicos, mas também financeiros pois há um custo elevado associado a estes internamentos.

Os dados do Barómetro de 2024 indicam uma tendência preocupante no aumento dos internamentos sociais com um aumento de 11% nos episódios registados este ano, pautando-se em 2.164 internamentos inapropriado, num total de 378.068 dias (aumento de 13% face ao 7.º Barómetro), que

resulta numa média de 175 dias por episódio. São 175 dias em média que uma pessoa tem de aguardar por uma solução do seu caso não clínico. Comparando com o universo de camas disponíveis, o referido número de episódios representam 11,1%, no que é denominado como índice de inapropriação do internamento, valor que compara com 7,2% há dois anos, e que reflete também o aumento do impacto na capacidade do SNS. Isto representa um custo potencial para o Estado de mais de 260 milhões de euros.

O principal ponto de partida para uma análise mais detalhada do problema é assumir que não é um tema apenas de saúde pública, apesar de ser quem mais sofre com os impactos. É sobretudo um tema social com raízes profundas na caracterização socioeconómica do nosso país, com um desequilíbrio na distribuição geográfica da nossa população (cerca de **80%** dos Internamentos sociais ou inapropriados dizem respeito às regiões do **Norte e Lisboa e Vale do Tejo**), um crescente envelhecimento (Portugal é o 4.º país mais envelhecido do mundo e **76%** dos episódios registados pelo barómetro

são de **pessoas com mais de 65 anos**), novos fluxos migratórios e também nos novos contornos do que é uma sociedade digital com tudo o que traz de bom e de mal. Mas é também um tema mais abrangente da nossa administração pública, incluindo a fragilidade das redes de apoio familiar; as insuficiências na coordenação entre os serviços de saúde e sociais, e do peso administrativo que traz para os processos sociais. Isto reflete-se no Barómetro deste ano onde **74%** das causas do número de internamentos inapropriados foram identificadas como sendo a **espera por resposta de admissão na Rede de Cuidados Residenciais para Pessoas Idosas (30%)**. É também um tema de justiça, pois **7%** dos dias de internamento inapropriado que se devem à **demora de decisão judicial** ou da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) dos casos identificados no Barómetro.

Desta forma, temos de olhar para o tema numa perspetiva da jornada do cidadão, mais abrangente do que apenas a jornada do paciente. É nesta ótica que devemos decompor um problema que já se percebe ser muito

complexo e que se antevê continuar a aumentar de dimensão.

A reforma e transformação necessária precisa antes de mais de uma responsabilidade centralizada, pois enquanto for um problema de várias tutelas nunca haverá incentivo nem compromisso para a sua resolução. Tem de haver uma abordagem comum entre o Setor da Saúde, o Setor Social, a Justiça e a Economia, para permitir um desenho completo e detalhado do problema, com as suas origens e impactos. Só com essa figura alinhada entre todos se pode fazer o que normalmente se faz na abordagem a problemas complexos, dividi-lo em partes mais pequenas, de mais fácil gestão e resolução. Não basta aumentar a capacidade da rede de cuidados continuados (como inscrito no PRR e que vem trazer uma significativa contribuição com mais 5.500 camas) se não houver maior sincronização e coordenação entre os serviços, se não houver soluções alternativas de apoio à família e aos cuidados domiciliários,

ou se não se tornar mais célere os processos dependentes da justiça nos casos de menores e idosos.

A integração dos serviços de saúde nas ULS incluem conceptualmente princípios semelhantes aos que aqui se advogam, entre eles o estabelecimento de sinergias, a integração e coordenação de cuidados, poupanças financeiras, mas sobretudo uma abordagem mais holística e centrada no paciente. E esta pode ser uma oportunidade de integração também da componente social.

Mas tão ou mais importante do que remediar os internamentos sociais é a sua prevenção e redução. Assim como a saúde, o tema social é mais oneroso de remediar do que prevenir, e aqui o modelo de financiamento das ULS, por capitação, onde recebem uma quantia fixa por cada utente inscrito, independentemente do número de atos médicos realizados, incentiva uma gestão eficiente e preventiva dos cuidados de saúde, e este modelo

pode ser um motor também para a integração social e prevenção de casos que se venham a tornar internamentos inapropriados.

Os internamentos sociais em Portugal refletem um desafio complexo que requer uma resposta integrada dos serviços de saúde, sociais e justiça. A implementação das ULS e a mudança para um modelo de financiamento por capitação representam passos significativos na direção certa e estas medidas podem não apenas reduzir os internamentos sociais, mas também melhorar a qualidade de vida dos pacientes, promovendo um sistema de saúde mais sustentável e equitativo. No entanto, é necessário mais e mais rápido, e nestes temas tem de haver mais do que uma concertação e alinhamento político, tem de haver um compromisso em bloco dos seus intervenientes para que as medidas e iniciativas necessárias não fiquem dependentes de um ambiente político e democrático também ele cada vez mais complexo. ●

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



8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais

Maio 2024

Como estão a evoluir os internamentos inapropriados em Portugal?

OBJETIVOS E METODOLOGIA

O Barómetro de Internamentos Sociais tem por objetivo monitorizar e caracterizar os internamentos de pessoas que apesar de terem alta clínica permanecem hospitalizadas por razões não clínicas. As unidades de saúde públicas reportaram, através de um questionário, os dados referentes a um dia do ano definido – este ano, a 20 Março 2024 – segmentando os dados por número de internamentos e dias de internamentos, assim como a caracterização sociodemográfica.

RESULTADOS*

Nº de Internamentos e Dias

2 164

Número de Internamentos Inapropriados

378 068

Dias de Internamentos após alta clínica

Índice de Inapropriação de Internamentos

O índice de inapropriação de internamentos aumentou ligeiramente (6%) face ao ano anterior, sendo atualmente **11,1%**. A demora média registou também um aumento, ainda que menos acentuado, face a 2023 correspondendo agora a cerca de **6 meses**.

Valorização dos Internamentos Inapropriados***

O aumento tanto do número de internamentos sociais como da respetiva duração, contribuiu para ao aumento do impacto financeiro.

● 6ª Edição: Dados recolhidos a 16/03/2022

● 7ª Edição: Dados recolhidos a 20/03/2023

● 8ª Edição: Dados recolhidos a 20/03/2024

* Os dados das 6,7 e 8ª Edições incluem Instituições Psiquiátricas

** Serviços Nacional de Saúde

***Extrapolação para um ano

TAXA DE PARTICIPAÇÃO

Na 8ª edição, **39 hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, participaram no Barómetro dos Internamentos Sociais, o que **corresponde a 90% das camas do totais do SNS**.

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



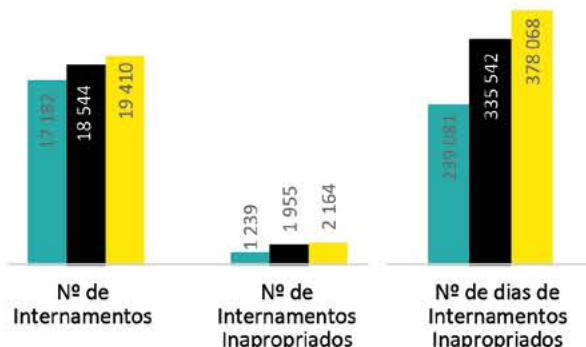
89%
6ª Edição



88%
7ª Edição



90%
8ª Edição



Índice de Inapropriação do Internamento

7,2%

10,5%

11,1%

Demora Média

193 dias

172 dias

175 dias

Valorização dos Internamentos Inapropriados

124,5 M€

225,9 M€

261,2 M€

Valor Base por Dia

2 759 €

3 120 €

3 120 €

8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais

Maio 2024

Como estão a evoluir os internamentos inapropriados em Portugal?

RESULTADOS*

Alternativas e Soluções

No sentido de aliviar o impacto dos internamentos sociais, as instituições possuem algumas alternativas ao mesmo, nomeadamente a aplicação da portaria 38-A/2023, de 2 de fevereiro. Atualmente a nível nacional existem 19 instituições com alternativas, sendo que no dia 20 de março estavam **885 doentes em vagas contratualizadas**, e 253 tinham sido integrados no âmbito da aplicação da portaria 38-A/2023.



19

Entidades com Alternativas aos Internamentos Sociais



885

Vagas ocupadas nas estruturas contratualizadas



253

Doentes integradas no âmbito da portaria 38-A/2023

Caracterização demográfica

A situação de internamento indevido incide igualmente sobre os dois sexos, no entanto nota-se **maior incidência em doentes com mais de 65 anos (76%)**, em **internamentos de índole médica (78%)** e no **serviço de medicina interna (50%)**.



Distribuição igualitária de sexos



76%
+65 anos



78%
Internamentos Médicos



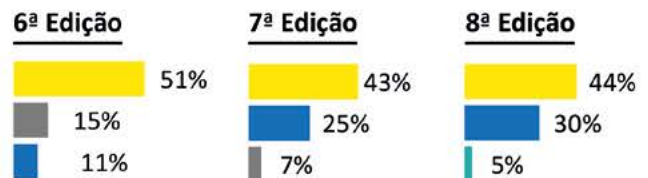
50%
Serviço de Medicina Interna

TOP 3 Causas Nacionais

As principais causas de inapropriação dos internamentos são semelhantes às edições anteriores- destaca-se a **falta de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (44%)**, seguida da **demora na resposta para admissão em Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI) (30%)**.

Relativamente aos dias de internamento, destaca-se a **espera para admissão em ERPI (31%)**, seguida das causas organizacionais de sistema integrado de saúde, em especial a demora de integração nas **Estruturas de Saúde Mental para doentes crónicos ao abrigo da circular informativa nº 10/2024/DPS/ACSS/N17/2015/DPS/ACSS/27 de abril de 2015 (14%)**.

Número de Internamentos Inapropriados



Dias de Internamentos Inapropriados



● Aguarda resposta para admissão na Rede de Cuidados Continuados

● Aguarda resposta para admissão na ERPI

● Outras causas de índole organizacional/sistema

● Incapacidade de resposta de familiar ou cuidador

● Aguarda vaga em Estrutura de Saúde Mental para doentes crónicos ao abrigo da circular informativa nº 10/2024/DPS/ACSS/N17/2015/DPS/ACSS/27 de abril de 2015

● Aguarda decisão judicial/ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

* Os dados das 6,7 e 8ª Edições incluem Instituições Psiquiátricas

Ações de Formação

Criação de competências



Programa “Leadership Healthcare Delivery in a New Era”

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares associou-se, uma vez mais, à Nova SBE Executive Education e à Roche na edição de 2024 do Programa “Leadership Healthcare Delivery in a New Era”.

Com um total de 94 horas letivas, o programa destinou-se a administradores e gestores de saúde, médicos, farmacêuticos hospitalares e todos os profissionais do setor da saúde que pretendam alargar ou rever os conhecimentos em liderança e gestão global do mercado da saúde. ●

“Foi um privilégio ter participado na 10.ª Edição do Curso Leadership in Healthcare Delivery, pela diversidade das temáticas ministradas e pela excelência dos preletores.

Na atual conjuntura, em que se questionam as capacidades de liderança no SNS, a pertinência deste tipo de cursos, representam uma mais-valia, ao reforçarem competências e atualizarem conhecimentos essenciais para um melhor desempenho dos cargos de gestão.”

Ana Infante, ULS Lisboa Ocidental

“O Programa foi-me recomendado por colegas que já tinham participado em anos anteriores.

Com o foco na Liderança, os temas são variados, atuais e expostos por forma a conceder novas perspetivas sobre como atuar face aos desafios futuros que se colocam às organizações de saúde. Não tratam apenas das competências, ferramentas e técnicas que melhoram a atuação enquanto líder, mas também abrangem assuntos relacionados com o perfil psicológico, comunicacional, relacional, melhores hábitos de vida, passando pelo autoconhecimento no exercício dessa função. Apesar de intensivo, é rico em conhecimento, sendo este transmitido por docentes com uma vasta experiência nos assuntos tratados, o que auxilia, em muitas das aulas, a aprendizagem através da prática e simulação.

Outra mais-valia do programa é a possibilidade de interação, não só com outros administradores hospitalares, mas também colegas de outras categorias profissionais, com distintas funções em várias instituições de saúde, o que torna o debate nas aulas mais proveitoso.”

Helena Rodrigues, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro



Workshop “Comunicação Eficaz em Saúde”

A APAH, em parceria com a AESE Business School e com o apoio da Sandoz, promoveu o Curso “Comunicação Eficaz na Saúde” que decorreu nos dias 20 e 21 maio de 2024.

O *workshop* teve como objetivo estimular as boas práticas de comunicação em contexto hospitalar e potenciar competências de Liderança e Gestão eficazes e irá centrar-se no debate das melhores práticas com recurso a casos reais e exercícios práticos. Dirigido a Administradores Hospitalares e Diretores de Serviço, ao longo deste *workshop* os participantes desenvolveram competências para liderar e comunicar com eficácia, mesmo em ambientes desafiantes e em mudança, de forma a permitir ganhar competências, autoconfiança e ferramentas de comunicação eficaz. ●

“A comunicação é uma ferramenta essencial em qualquer ambiente de trabalho. No entanto, quando se trata de instituições de saúde, a existência de uma estratégia de comunicação eficaz é ainda mais relevante. Uma boa comunicação facilita o fluxo de informações entre os profissionais de saúde, mas também promove uma interação eficaz com os utentes, resultando num atendimento de qualidade e uma melhor experiência para todos os envolvidos.

Agradeço à APAH a oportunidade de participar no Curso de Comunicação Eficaz em Saúde que decorreu na AESE Business School. Foi uma formação intensiva, que permitiu desenvolver a inteligência emocional, consolidar competências na área da gestão e aperfeiçoar aptidões de liderança, promovendo a qualidade técnica do exercício das funções de Administradora Hospitalar.”

Diana Pereira, ULS Tâmega e Sousa

“Considero uma mais-valia, para a minha formação, frequentar o curso “Comunicação Eficaz em Saúde”. E o curso correspondeu às minhas expectativas, pois não se tratou de mera transmissão de conhecimentos, procurou, com recurso a casos reais e exercícios práticos, desenvolver competências nesta área. A experiência da comunicação plena não acontece enquanto não se ativar o contacto com o nosso mundo interior e o do outro, pois comunicar, etimologicamente, leva-nos ao conceito de dividir alguma coisa com alguém, ou seja, tornar comum, participar, escutar, fomentar a curiosidade sobre o pensamento do outro o que permite abraçar objetivos comuns, colaborar, ser mais eficiente e eficaz. E isso foi exercitado nos dois dias do curso. Não basta falar, é preciso ir ao encontro... comunicar é entrar em relação, é acolher a subjetividade, os enigmas, as alegrias, as raivas, as tristezas que cada um transporta, é sintonizar, partilhar, escutar, encontrar plataformas de entendimento, é evitar infelicidade. A estrutura do curso e os professores que o ministraram tiveram a preocupação de inquietar e desassossegar, os nossos conceitos de autoconhecimento, a aceitação e levar-nos a exercitar a arte de entender e ser entendido. O curso conseguiu despertar emoções e deixar questões, foi como um filme e não um documentário, um romance e não um discurso, e isso pode induzir transformações, porque só se muda efetivamente, se mudarmos afetivamente.”

Célia Cravo, ULS Coimbra



"Neste curso, os participantes foram envolvidos em exercícios práticos e estudos de caso que demonstraram a aplicação do modelo Service Operational Canvas (SOC) de Beatriz Muñoz-Seca, em cenários reais, permitindo uma compreensão aprofundada de como otimizar fluxos de trabalho, gestão de recursos de maneira eficaz e melhoria da qualidade do atendimento. Foi um excelente momento de aprendizagem profissional e partilha de conhecimento que, de futuro, servirá de base num processo de gestão operacional mais ágil e eficiente."

António F Ribeiro, ULS Região de Aveiro

"O curso imersivo "Otimização da Gestão Hospitalar" em que tive oportunidade de participar, na AESE Business School, mostrou ser uma experiência extraordinária. Foi dirigido pela magnífica Professora Beatriz Muñoz-Seca, que junta o seu conhecimento académico à vasta experiência profissional na área da Gestão de Operações.

Aplicou-se o método do estudo de caso, que implica a resolução de problemas reais através da discussão em grupo e que alia a implementação dos conceitos teóricos à partilha de experiências entre os participantes, todos eles já com vasta experiência na área da gestão hospitalar. Esta experiência forneceu, aos participantes, novas e importantes ferramentas para abordar os problemas com que diariamente somos confrontados, nas nossas instituições."

Hugo Quintino, ULS Alentejo Central

Curso "Otimização da Gestão Hospitalar"

A APAH, em parceria com a Merck e AESE, promoveu uma ação de formação destinada a profissionais da área da administração hospitalar. A formação centrou-se na temática da Otimização da Gestão Hospitalar e assentou num programa imersivo presencial de três dias com a Professora Beatriz Muñoz-Seca, do IESE Business School, sobre estratégia e implementação de operações para decisores hospitalares.

O curso teve uma componente teórico-prática e incidiu sobre:

- Pensar, projetar e rentabilizar as operações em serviços;
- Melhorar a eficiência e redesenhar o serviço para ter custos mais reduzidos;
- Adaptar o serviço às reais necessidades dos seus utilizadores;
- Gerir a inovação pela gestão do stock de conhecimento;

A formação decorreu entre 16 e 18 de janeiro de 2024 e teve lugar nas instalações da AESE, em Lisboa. ●

"A participação no Curso de Otimização da Gestão Hospitalar foi uma experiência muito enriquecedora. Sob a orientação da Professora Beatriz Muñoz-Seca tive a oportunidade de mergulhar nos princípios do modelo SPDM (Service Problem Driven Management) - Tarefa = Problema = Conhecimento - baseado nas metodologias Just in Time, Lean e Agile, aplicadas a problemas reais das empresas. Além disso, tivemos a oportunidade de explorar a ferramenta Service Operational Canvas (SOC).

A combinação de palestras teóricas, estudos de caso e exercícios práticos permitiu adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências essenciais para a melhoria das operações em contexto hospitalar. A abordagem prática e interativa adotada cativou todos os participantes, tornando o curso imersivo e altamente impactante. Para além do conteúdo académico de excelência, o curso proporcionou um ambiente propício ao networking, permitindo a interação e troca de experiências com outros profissionais da área da saúde. A experiência reforçou a importância de eliminar desperdícios e adotar metodologias eficientes, especialmente num contexto de grandes incertezas e desafios constantes. Estou profundamente grata pela oportunidade de participar neste curso e acredito que estas abordagens acrescentam valor a todos os gestores de saúde no desempenho das suas funções no seu dia-à-dia. A aposta neste tipo de cursos curtos, imersivos e práticos é uma ferramenta poderosa de gestão.

Liliana Rodrigues, ULS Matosinhos

Green Hospitals

Promover eficiência energética em hospitais ibéricos

O setor da Saúde é reconhecido como um aliado na resposta às alterações climáticas, prestando cuidados às populações afetadas pela crise climática. No entanto, as instituições de Saúde, especialmente os hospitais, também contribuem para o problema. O funcionamento contínuo, o consumo intensivo de energia e a necessidade constante de assegurar condições de segurança e qualidade agravam essa situação. Portanto, a resposta do setor deve ir além da prestação de cuidados e incluir a redução drástica das emissões.

Portugal e Espanha foram identificados como países cujos setores da Saúde emitem gases de efeito estufa acima da média europeia. Assim, o projeto Green Hospitals tem como objetivo implementar medidas e tecnologias inovadoras que permitam alcançar altos níveis de eficiência energética em hospitais ibéricos, reduzindo o uso de energia e as emissões de gases de efeito estufa.

No dia 20 de maio, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) promoveu a reunião de *kick off* do Projeto Green Hospitals, dedicada ao tema “Melhoria da Eficiência Energética em Hospitais Transfronteiriços”.

A sessão de abertura foi conduzida por Alexandre Lourenço, Presidente do Conselho de Administração da ULS Coimbra, e Xavier Barreto, Presidente da APAH. Ambos destacaram a urgência de abordar as emissões de gases de efeito estufa no setor da saúde, e a criação de uma rede de hospitais dedicada ao diagnóstico, partilha e implementação de soluções para a eficiência energética.

Miska Myllylä, Project Manager, apresentou o projeto do Hospital de Oulu, na Finlândia, para construir uma instituição hospitalar sustentável, segura e resiliente, adaptada às condições climáticas extremas do país. Iniciado em 2012, o projeto visou ser o hospital mais inteligente do mundo,



utilizando tecnologias avançadas e métodos inovadores. Devido às más condições dos edifícios existentes, foi decidido demolir toda a estrutura e construir novas instalações eficientes em energia. O novo hospital é 10% menor, com uma eficiência de espaço melhorada e serviços especializados fora do hospital. Com uma abordagem multidimensional, o projeto reciclou 98% do desperdício de construção e implementou práticas sustentáveis na aquisição de produtos farmacêuticos.

A mesa de debate “Green Hospitals: Melhorias na Sustentabilidade Hospitalar para a Construção de um Amanhã mais Saudável” foi moderada por Helena Rodrigues, Administradora Hospitalar da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro. O painel de discussão incluiu Alexandre Lourenço, Luís Campos, Presidente do Conselho Português para a Saúde e Ambiente e Sofia Coutinho, Diretora Executiva do Departamento de Gestão de Instalações e Equipamentos na Direção Executiva do SNS.

Zita Espírito Santo, Administradora Hospitalar da ULS de Coimbra e membro da Coordenação do consórcio Green Hospitals, apresentou a estrutura do consórcio, que inclui cinco entidades portuguesas (APAH, ULS de Coimbra, ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, ULS do Algarve e RNAE) e duas espanholas (SERGAS e EREN).

Os participantes assistiram à apresentação das atividades planeadas para cada uma das instituições do consórcio, com contribuições de Puy Domínguez (EREN), Diamantino Conceição (RNAE), Elio Rosada (SERGAS), Patrícia Rego (ULS do Algarve), Alberto Adrego (ULS de Coimbra) e Carlos Faria (ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro).

Com mais de 50 participantes, a conferência marcou o início de uma transformação significativa para os sistemas de saúde ibéricos.

O projeto Green Hospitals, dentro do âmbito do POCTEP 2021/2027, tem como objetivo principal implementar medidas e tecnologias inovadoras em hospitais ibéricos, visando altos níveis de eficiência energética. Isso contribuirá para a redução do uso de energia e das emissões de gases de efeito estufa no setor da saúde.

O projeto Green Hospitals é uma abordagem multidimensional que envolve pessoas, redes de entidades, administrações e edifícios. Além de reduzir a pegada ecológica dos hospitais, contribuirá para a sustentabilidade dos sistemas de saúde ibéricos, promovendo um futuro mais saudável e sustentável. ●

Edições APAH

"A Investigação nas Organizações de Saúde"

Célia Rodrigues¹, Elisabete Castela²,
Margarida Ferreira³, Sofia Cardoso⁴,
Susana Martins⁵

No dia 9 de novembro de 2023, a APAH em parceria com a AICIB, lançou o livro intitulado "A Investigação em Organizações de Saúde", que consiste num olhar atento sobre aquelas que são as dimensões críticas para o desenvolvimento de uma cultura de investigação nas organizações/unidades de saúde, desde as políticas públicas à governança, e simultaneamente uma reflexão sobre o potencial que Portugal encerra neste domínio.

Dos temas abordados incluem-se o quadro legislativo nacional e internacional mais relevante em matéria de investigação em Saúde e suas implicações e aplicação no contexto das organizações de saúde e o modelo de governança "ideal" em Portugal e o papel dos Conselhos de Administração na dinamização da investigação nos hospitais.

Desde então, foi publicado em 26 de janeiro, o Despacho n.º 1041/2024¹ relativo ao Programa de Estímulo à Investigação Científica na área da Saúde, denominado "Saúde+Ciência", que tem por objetivo "fomentar a investigação nas instituições públicas prestadoras de serviços e cuidados de saúde, valorizar e capacitar os profissionais de saúde". Com uma dotação de 9,4 milhões de euros, destinado à operacionalização das duas primeiras edições do programa, assenta em quatro eixos de investimento:

1. Projetos de investigação e desenvolvimento (I&D) financiados mediante a abertura de concursos públicos e que envolvam parcerias entre entidades tuteladas pelo Ministério da Saúde e instituições de investigação e desenvolvimento que integrem o Sistema Científico e Tecnológico Nacional;

2. Apoios para profissionais de saúde que queiram realizar o seu doutoramento

ao mesmo tempo que continuam em exercício da sua atividade profissional;

3. Bolsas de doutoramento em entidades não académicas da área da saúde visando o acolhimento de bolsiros que pretendam aí realizar a sua investigação;

4. Apoio à contratação de doutorados em entidades não académicas tuteladas pelo Ministério da Saúde.

Seguiu-se o Despacho n.º 1739/2024, de 14 de fevereiro² o qual determina "um conjunto de medidas tendentes à adoção de formas organizativas que dotam os centros de investigação clínica (CIC) que funcionam no âmbito das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde de maior capacidade e autonomia".

Sendo a autonomia dos CIC um desígnio há muito identificado como decisivo para fomentar a investigação nas unidades de saúde dotando-as de instrumentos adequados de gestão e profissionalização, ficará nestes, em conjunto com os Conselhos de Administração, a oportunidade de avaliar e definir qual o modelo organizativo, associação de direito

privado, sem fins lucrativos, ou centro de responsabilidade integrado (CRI), que melhor responde às necessidades identificadas e desta forma fomentar a criação das condições operacionais necessárias à promoção da investigação em saúde.

De acordo com dados do ClinicalTrials.gov publicados pela Apifarma no "Atlas dos Ensaios Clínicos ativos em Portugal: dados globais 2023"³, a 31 de dezembro de 2023, estavam ativos 523 ensaios clínicos, mais 1,9% comparativamente ao ano de 2022, 13,4% dos quais iniciados em 2023.

A maioria continua a ser ensaios clínicos de fase III (69%), seguido dos ensaios clínicos de fase II (17%), o que denota um potencial enorme de crescimento para Portugal, comparativamente a outros países europeus, não só na captação de um maior número de ensaios clínicos, mas também na participação em ensaios de fases mais precoces, nomeadamente de fase II e fase I.

Os ensaios de fase I têm por objetivo identificar a eficácia e segurança de novos tratamentos numa fase muito precoce em humanos, podendo realizar-se em voluntários saudáveis ou em pessoas com doença, e por norma requerem um menor número de participantes. De destacar que em Portugal já existem unidades de saúde com estruturas próprias dedicadas e preparadas para a realização de ensaios clínicos de fase I, como sejam o caso do 2-CA Braga, do Instituto Português de Oncologia do Porto FG, da Unidade Local de Saúde de São João, da Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, da Unidade Local de Saúde de Coimbra e da Unidade Local de Saúde de Santa Maria.

A vantagem destas estruturas manifesta-se em três dimensões diferentes:

- **Instituição:** oportunidade de diferenciação, potencial de



internacionalização, parcerias geradoras de modernização tecnológica e de infraestruturas, promoção das boas práticas e ganhos em saúde e a diversificação das fontes de financiamento;

- **Profissionais:** atratividade para novos recursos humanos, retenção de talento, motivação, capacitação das equipas, produção científica indutora de reputação e notoriedade facilitadoras da integração em redes internacionais de investigação e participação em consórcios;
- **Utentes:** acesso a tratamentos inovadores numa fase muito precoce, contribuindo igualmente para o avanço da ciência e do conhecimento.

Um outro dado importante retirado deste documento é que, do total de ensaios clínicos ativos, apenas 3% são da iniciativa de investigadores portugueses, sendo a maioria dos promotores (70%), empresas da Indústria Farmacêutica. Poderá esta discrepância refletir a falta de apoio e incentivo dado à investigação da iniciativa do investigador por parte das unidades de saúde, plasmada na ausência de estruturas altamente profissionalizadas e capacitadas, dotadas dos meios humanos e materiais necessários a todas as etapas do processo, desde a construção do projeto de investigação, à submissão às entidades regulamentares, ativação do centro de ensaio e cumprimento das Boas Práticas Clínicas (BPC), mas também da dificuldade dos investigadores compatibilizarem a investigação com a atividade assistencial diária.

A propósito desta temática, importa recordar o Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto⁴, que constituiu um avanço neste domínio, representando o primeiro enquadramento legislativo para tempo protegido dedicado à investigação, dado que estabelece o regime jurídico aplicável aos centros académicos clínicos, para a integração das atividades assistencial, de ensino,

da investigação clínica e de translação. Este normativo consagra a possibilidade destes profissionais dedicarem até 30 % do período normal de trabalho semanal a atividades de investigação e até um limite de quatro horas semanais para atividades de ensino. Todavia, tal pressupõe que os profissionais de saúde integrem projetos científicos com financiamento externo ao Serviço Nacional de Saúde, nos termos e condições devidamente contratualizados e sujeitos a autorização dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde. Este diploma prevê ainda que, para procedimentos de recrutamento e progressão na carreira, a atividade desenvolvida na área da investigação clínica, de translação e de ensino seja valorizada.

Volidos alguns anos, será importante avaliar o impacto desta medida legislativa, o caráter efetivo da aplicabilidade da mesma nas unidades visadas e equacionar o seu alargamento a unidades prestadoras de cuidados de saúde que não integram centros académicos clínicos.

Na Era do Big-Data, da IA, da IoT, da Medicina de Precisão e da Medicina Personalizada, a I&D merece ser a pedra angular e um eixo estratégico nas Organizações de Saúde e o potencial que encerra materializado em prol do desenvolvimento económico e científico de Portugal. ●

REFERÊNCIAS

1. Despacho n.º 1041/2024-Diário da República n.º 19/2024, Série II de 2024-01-26, define os instrumentos a desenvolver no âmbito do Programa de Estímulo à Investigação Científica na Área da Saúde "Saúde+Ciência".
2. Despacho n.º 1739/2024- Diário da República n.º 32/2024, Série II de 2024-02-14, determina um conjunto de medidas tendentes à adoção de formas organizativas que dotam os centros de investigação clínica que funcionam no âmbito das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde, de maior capacidade e autonomia.
3. APIFARMA, Atlas dos ensaios clínicos ativos em Portugal: Dados Globais 2023, 31 de dezembro de 2023.
4. Decreto-Lei n.º 61/2018 de 3 de agosto - Diário da República n.º 149/2018, Série I de 2018-08-03, cria o regime jurídico dos centros académicos clínicos e dos projetos-piloto de hospitais universitários.

*Um olhar atento
sobre aquelas que
são as dimensões
críticas para o
desenvolvimento
de uma cultura
de investigação
nas organizações
unidades de saúde*

Grupo de Trabalho de Investigação em Saúde da APAH

1. ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro
2. ULS de Santo António
3. ULS de São José
4. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa
5. ULS de Santa Maria

ESTA OBRA FOI APOIADA PELAS SEGUINTE ENTIDADES:

AMGEN

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Biogen

Resumo de atividades APAH

2.º trimestre de 2024

INICIATIVAS APAH

30 DE ABRIL

Decorreu a Assembleia Geral ordinária da APAH onde foram apresentadas as atividades e Relatório de Contas do ano de 2023. Foi ainda aprovada a adesão da APAH ao Conselho Português para a Saúde e Ambiente.

09 A 11 DE MAIO

Decorreu a 13.ª Conferência de Valor APAH, em formato híbrido, a partir da Casa das Histórias Paula Rego, em

Cascais. Presidida por Pedro Lopes, a Conferência foi dedicada ao tema “Novo Modelo Organizativo do SNS”.

20 DE MAIO

Decorreu a reunião de *kick-off* do projeto Green Hospitals, dedicada ao tema “Melhoria da Eficiência Energética em Hospitais Transfronteiriços”.

22 DE MAIO

Decorreu a apresentação pública dos

resultados da 8.ª edição do Barómetro de Internamentos Sociais no Auditório do Centro de Reabilitação do Norte em Valadares.

18 DE JUNHO

A APAH, Gilead Sciences, Exigo e IASIST, com o apoio tecnológico da MEO Empresas, realizaram a cerimónia de distinção dos projetos vencedores da 3.ª edição das Bolsas Mais Valor em Saúde - Vidas que Valem, no *Showroom* da Altice Portugal.

REPRESENTAÇÕES APAH EM OUTRAS INICIATIVAS

10 A 12 DE ABRIL

Raquel Chantre, a Convide do British Medical Journal, representou a APAH no International Forum London 2024 que decorreu em Londres e que contou com a participação de mais de 80 países e cerca de 2.700 participantes.

16 DE ABRIL

A convite da Associação de Estudantes da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, Xavier Barreto, participou no passado dia 16 de abril, no “Future Public Health Summit 2024” enquanto comentador do painel One Health e Políticas de Saúde.

03 DE MAIO

Audiência da Direção da APAH com a Deputada Paula Santos, do Partido Comunista Português.

13 DE MAIO

Xavier Barreto participou na sessão “A

Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde. Impacto na Investigação” organizada pela ULS da Região de Leiria.

17 DE MAIO

Xavier Barreto participou na Conferência da APIFARMA dedicada ao tema “Ensaio Clínicos | Investigação que dá esperança aos doentes e traz melhor vida a todos”, com uma intervenção dedicada ao tema da importância económica dos ensaios clínicos para a sustentabilidade dos serviços de saúde.

23 DE MAIO

Bruno Moita, representou a direção da APAH na Cerimónia de Abertura do 30.º Congresso Nacional de Medicina Interna da SPMI.

27 A 29 DE MAIO

Xavier Barreto, participou na Assembleia Geral da World Health Organization (WHO), que se realizou esta semana em

Geneve, na Suíça. Esta reunião decorreu em paralelo com o Geneva Health Forum.

18 DE JUNHO

Raquel Chantre participou na Conferência Value for Health CoLAB | Evento “Digital Innovation for High-Value in Healthcare”.

18 DE JUNHO

Xavier Barreto participou no CNN Summit.

19 DE JUNHO

Xavier Barreto participou na XIII Reunião Anual da Revista Portuguesa de Farmacoterapia | “Controvérsias com medicamentos”.

25 DE JUNHO

Xavier Barreto representou a APAH no BIAL 100 Years - Shaping the future.

REUNIÕES INSTITUCIONAIS

30 DE ABRIL

A Direção da APAH reuniu com a Sr.ª Ministra da Saúde e com a Sr.ª Secretária de Estado da Gestão da Saúde, onde foi apresentada a APAH e o seu âmbito de atuação. A Sr.ª Ministra da Saúde reforçou a intenção do Governo de avançar com a revisão da carreira, conforme previsto no programa de Governo.

10 DE MAIO

Xavier Barreto participou nas sessões de trabalho com o intuito de discutir as necessidades do SNS, com foco no acesso e à prestação de cuidados de saúde que permitiram o desenho do Plano de Emergência do Ministério da Saúde.

14 DE MAIO

Reunião da direção da APAH com o Senhor Bastonário da Ordem dos

Fisioterapeutas, Professor António Manuel Fernandes Lopes.

Audiência da direção da APAH com o Partido Socialista na Assembleia da República.

19 DE JUNHO

Audição na Comissão de Saúde na Assembleia da República sobre a 8.ª edição do Barómetro dos Internamentos Sociais.

O Mundo mudou e a Saúde?

Filipa Fixe¹

As tecnologias a que ainda chamamos emergentes, como por exemplo, IoT, 5G, impressão 3D e IA, prometem transformar os cuidados, que hoje se focam no tratamento da doença, para um modelo assente na gestão da saúde e do bem-estar e com uma maior participação de cada cidadão no seu percurso de vida. O envelhecimento acelerado dos países europeus, a prevalência de doenças crónicas e oncológicas, a escassez de recursos humanos no ecossistema da saúde, cria uma maior pressão sobre sustentabilidade e transparência nos sistemas de saúde, que apenas serão viáveis se existir uma arquitetura de referência para processos, tecnologias, dados e modelos de gestão com indicadores e avaliações alinhados para a jornada do cidadão e para os resultados em saúde.

Os modelos de prestação de serviços em diferentes setores de atividade é hoje “phygital” e este é também o modelo que cada vez mais observamos na saúde e o que cada cidadão hoje exige das instituições de saúde com as quais se relaciona, uma visão personalizada e contextualizada, independente do ponto de contato. Esta “Digital Front Door” na Saúde tem e deve garantir equidade no acesso aos cuidados em saúde e na promoção da saúde.

Se por um lado temos inovação e tecnologias disponíveis e por outro temos as necessidades do setor cada vez mais acentuadas, como realizar o potencial da inovação no contexto alargado da saúde?

1. Motivação e Retenção de Colaboradores: capacitação de gestores, quadros intermédios e profissionais de saúde e programas de reconhecimento.
2. Promover a literacia digital e em saúde na sociedade desde os primeiros anos de educação.



3. Garantir uma arquitetura de processos, de sistemas de informação e empresarial, que conduzam a uma efetiva interoperabilidade de sistemas, tecnologias e dispositivos para obter dados de diferentes fontes e que possam ser utilizados, quer do ponto de vista primário (MyHealth@EU), quer do ponto de vista secundário (HealthData@EU), seguindo o regulamento aprovado para o EHDS em abril de 2024 pelo Parlamento Europeu.
4. Segurança da Informação e Certificação de sistemas, aplicações e dispositivos (terapias digitais), para que a confiança seja um elo fundamental entre cidadão, profissionais e instituições de saúde.
5. Promover a cocriação de soluções inovadoras, que respondem a temas da sociedade, cruzando universidades, centros de investigação, incubadoras, instituições públicas, privadas e do setor social, farmácias, pagadores e empresas (digital, biotech, medtech) - ecossistema alargado da saúde.
6. Investimento, com modelos alinhados por objetivos e indicadores focados em resultados de saúde.

Os sistemas e organizações de saúde estão a enfrentar desafios sem

precedentes que exigem que os políticos, pagadores, prestadores e fornecedores repensem as suas operações. Estes desafios e pressões estão agora a manifestar-se em sinais de mudança que podem moldar a forma como os cuidados de saúde serão prestados e consumidos no futuro (Future of HealthCare, KPMG, 2023).

A saúde do presente e do futuro é científica e digital, mas deverá sempre ter humanização e empatia entre os profissionais de saúde e os seus utentes/doentes. A capacidade de apostar na prevenção e na capacitação/responsabilização de cada cidadão, através de literacia, tecnologia e novos modelos de prestação de cuidados

vai determinar o futuro de sociedades: maior longevidade, melhor qualidade de vida, mais produtivas/ricas e com mais felicidade (em alinhamento com os ODS) (World Health Organization (2021), International Global strategy on digital health 2020-2025).

Com modelos de financiamento e de investimento inteligente, regulamentação adequada e o envolvimento de todos - desde os cidadãos até aos profissionais -, estão criadas as condições para transformar Portugal numa verdadeira montra digital na área da saúde. ●

Os pontos de vista e opiniões aqui expressos são os meus e não representam nem refletem necessariamente os pontos de vista e opiniões da KPMG em Portugal.

Nextbitt: solução energética sólida para reduzir custos e aumentar eficiência no hospital

DESAFIOS ENERGÉTICOS NO SETOR HOSPITALAR

Os gestores hospitalares enfrentam diariamente o desafio de gerir eficientemente o consumo de energia em ambientes altamente complexos. A iluminação 24 horas por dia, os equipamentos médicos com altos requisitos energéticos e os sistemas de climatização intensivos contribuem para uma fatura energética elevada.

Estas pressões financeiras, aliadas à crescente necessidade de cumprir regulamentações de sustentabilidade complexas, tornam a gestão energética um foco central para qualquer instituição de saúde.

Otimizar o consumo de energia é mais do que uma questão de poupança; é uma necessidade estratégica para garantir a sustentabilidade e eficiência das operações hospitalares.

MONITORIZAÇÃO EM TEMPO REAL PARA DECISÕES INFORMADAS

Um dos principais obstáculos para a eficiência energética é a falta de visibilidade sobre o consumo em tempo real. Muitos hospitais ainda dependem de métodos antiquados de monitorização que não oferecem dados instantâneos e precisos. Sem essa informação, é quase impossível identificar rapidamente as áreas de desperdício ou ineficiência.

A solução da Nextbitt permite uma monitorização contínua e em tempo real dos consumos, como por exemplo água, eletricidade, gás, qualidade do ar e temperatura, CO2, etc. Esta capacidade de análise instantânea ajuda os gestores a tomar decisões informadas, otimizando os recursos e melhorando a eficiência operacional. Ao integrar-se diretamente com máquinas clínicas e contadores, a plataforma fornece dados auditáveis e confiáveis em tempo real (Gráfico 1).

IDENTIFICAÇÃO E ELIMINAÇÃO DE INEFICIÊNCIAS

Outra preocupação comum é a dificuldade em identificar e corrigir ineficiências energéticas. Muitas vezes, estas ineficiências passam despercebidas, resultando em custos desnecessários e impactos ambientais negativos.

Com a plataforma da Nextbitt, os gestores hospitalares podem traçar padrões de consumo e detectar áreas problemáticas de forma proativa. Por exemplo, ao analisar os dados, um hospital pode descobrir que há um uso excessivo de energia em determinadas áreas durante períodos de baixa atividade. Com esta informação, é possível implementar medidas corretivas específicas que reduzem o consumo sem comprometer a qualidade do serviço (Gráfico 2).

CASO DE SUCESSO

A experiência da Nextbitt no setor da saúde tem demonstrado que é possível alcançar poupanças de 10% a 15%

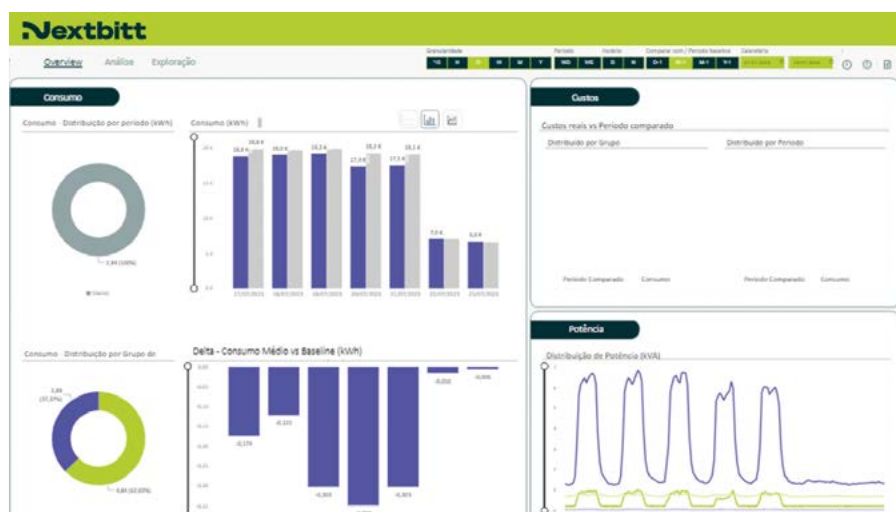


Gráfico 1: Overview com uma comparação histórica dos consumos de energia, distribuição de potência e desagregação dos custos

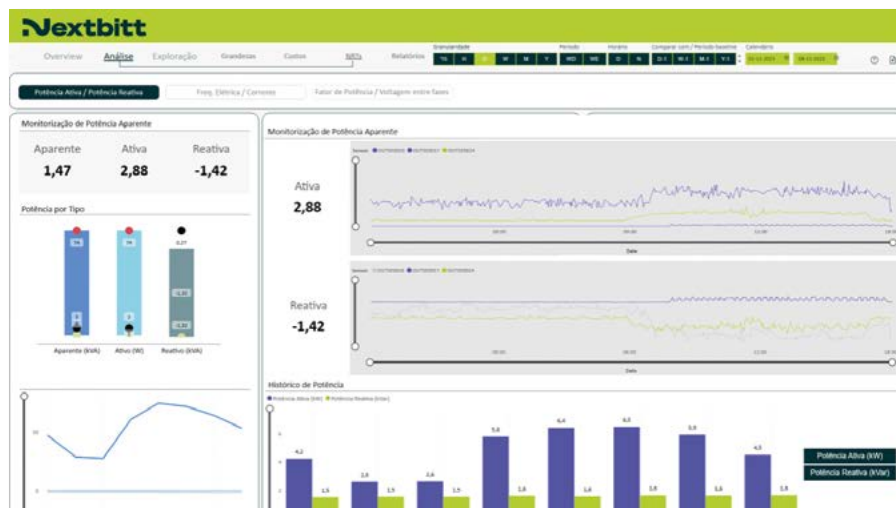


Gráfico 2: NRT (Near Real Time)

na fatura energética anual através de uma gestão eficiente. Colaboramos com instituições como a Diaverum, a CUF e a Fundação Champalimaud, onde ajudámos a transformar os seus processos de gestão de energia.

A CUF, uma das maiores redes de saúde em Portugal, utiliza a plataforma Nextbitt para gerir eficazmente os seus equipamentos médicos. A plataforma, usada por cerca de 1.400 requisitantes de serviços, facilita a manutenção preventiva e corretiva através de uma aplicação móvel. Recorrendo a *smart tags*, a CUF consegue recolher dados dos ativos de forma eficiente, otimizando o inventário e a manutenção, enquanto monitoriza SLAs e garante que as intervenções são realizadas atempadamente. A CUF está atualmente a implementar o S.A.M. (*Smart Asset Management*). Baseado em Inteligência Artificial Generativa, o S.A.M. interage em linguagem natural transformando a plataforma Nextbitt em mais um membro da equipa, obtendo resultados rápidos para cada *input*. As equipas passam a poder abrir *tickets* de manutenção por Teams ou Wahstapp de forma rápida e simplificada.

RESULTADOS ALCANÇADOS

A adoção da Nextbitt resultou em operações mais eficientes, reduzindo significativamente o tempo necessário para localizar equipamentos e aumentando a produtividade das equipas. A centralização de dados permite uma gestão de ativos mais eficaz e decisões de compra mais informadas, assegurando o dimensionamento adequado do *stock*. Além disso, alertas em tempo real ajudam a prevenir erros e roubos, protegendo os recursos do hospital (Gráfico 3).

VAMOS TRABALHAR JUNTOS?

A colaboração com a Nextbitt oferece aos hospitais a oportunidade de maximizar o seu potencial de eficiência energética e gestão de ativos.

Com a Nextbitt, os hospitais podem:

- **Reduzir Custos Operacionais:** Identificando e eliminando desperdícios energéticos e ineficiências na gestão de ativos.
- **Tomar Decisões Baseadas em Dados:** Utilizando informações precisas

Otimizar o consumo de energia é mais do que uma questão de poupança; é uma necessidade estratégica



Gráfico 3: Análise - Grandezas



Gráfico 4: Sistema de Gestão Ambiental - Pegada Carbónica

para otimizar o consumo de energia e a gestão de recursos.

- **Garantir Conformidade:** Simplificando a recolha de dados para cumprir normas ambientais alinhadas com práticas internacionais.

A Nextbitt é uma solução integradora de *Asset & Facilities Management*, que permite a gestão otimizada de energia e o cálculo da pegada carbónica,

Para saber mais sobre como a Nextbitt pode ajudar a sua instituição a alcançar a eficiência energética, visite o nosso site: www.nextbitt.com

simplificando a criação de relatórios de sustentabilidade das organizações (Gráfico 4). ●

Nextbitt



Uma única plataforma,
inúmeras formas de
potenciar a sua organização



A Nextbitt oferece a solução ideal

para registo e gestão de ativos físicos assente em indicadores de Sustentabilidade, com monitorização de dados em tempo real e cálculo da pegada de carbono, permitindo uma análise constante de riscos e oportunidades



EAM

Enterprise Asset Management

- Gira centralmente ativos físicos, edifícios, equipas no terreno e fornecedores
- Otimize processos
- Aumente a vida útil de ativos



EMS

Energy Management System

- Reduza entre **10% a 15%** da sua fatura energética
- Monitorize e avalie consumos
- Melhore a eficiência energética



EnvMS

Environmental Management System

- Recolha de dados em tempo real e auditáveis
- Calcule e reduza a pegada de carbono
- Simplifique a criação de relatórios de sustentabilidade



Contacte-nos
e saiba mais

nextbitt.com