

GH GESTÃO HOSPITALAR

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

N.º 39 // OUTUBRO NOVEMBRO DEZEMBRO 2024
TRIMESTRAL // GRATUITA // www.apah.pt

GESTÃO

O PAPEL
TRANSFORMADOR
DAS LIDERANÇAS
TÁTICAS

OPINIÃO

O PLANO DE
EMERGÊNCIA
DA SAÚDE

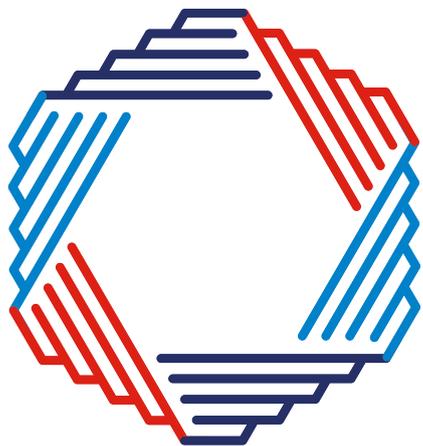
**PRÉMIO
HEALTHCARE
EXCELLENCE
2024**

INOVAÇÃO EM
URGÊNCIA
PEDIÁTRICA
REFERENCIADA

Sónia Dias
Diretora da Escola
Nacional de Saúde Pública

ENTREVISTA

FORMAÇÃO DE LÍDERES E AGENTES DE MUDANÇA



15^a Conferência DE VALOR **APAH** 2025

Gestão do doente agudo

Dolce Camporeal Lisboa
Torres Vedras
04 e 05 abril



Organização

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Secretariado

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

elsa.sousa@admedic.pt
www.admedic.pt

SUMÁRIO

OUTUBRO NOVEMBRO DEZEMBRO 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

Sofia Marques

EDIÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO



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

PROJETO GRÁFICO

Sara Henriques

BANCO DE IMAGENS

Getty Images

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita

PERIODICIDADE

Trimestral

DEPÓSITO LEGAL N.º 16288/97

ISSN N.º 0871-0767

TIRAGEM

2.200 exemplares

IMPRESSÃO

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

Esta revista foi escrita segundo as novas regras do Acordo Ortográfico

Estatuto Editorial disponível em www.apah.pt

4 EDITORIAL

Escola Nacional de Saúde Pública: alma mater da Administração Hospitalar Portuguesa

6 HISTÓRIA DA SAÚDE

História Hospitalar de Braga

8 SAÚDE PÚBLICA

Estratificação pelo Risco: uma medida de Saúde Pública

12 DIREITO BIOMÉDICO

A Telemedicina em Portugal e o contacto via e-mail

14 OPINIÃO

O Plano de Emergência: melhorar o SNS ou via rápida para a privatização?

18 AUDITORIA INTERNA

Qual é a realidade da Auditoria Interna no setor público da saúde?

22 ESPAÇO ENSP

Capacitação de Profissionais de Saúde e Gestores de Saúde em Inteligência Artificial: uma necessidade urgente para a transformação do setor

24 ENTREVISTA

Sónia Dias, Diretora da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP NOVA)

30 OPINIÃO

Gémeos Digitais: Sustentabilidade e Eficiência na Gestão Hospitalar

34 GESTÃO

Gestão de Recursos na Saúde Pública: o papel transformador das Lideranças Táticas

36 PROFISSIONAIS

3 Perguntas a Maria do Rosário Velez Reis, Administradora Hospitalar, Unidade Local de Coimbra

38 PROJETO HOSPITALAR

Porta A Porta: Alimentação Parentérica Entregue no Domicílio

40 INVESTIGAÇÃO

Perspetivas e Necessidades das Associações de Doentes face à Investigação Clínica e aos Ensaios Clínicos em Portugal

44 INICIATIVA APAH

Fórum Inovação e Tecnologia em Saúde

50 INICIATIVA APAH

Bolsa José Nogueira da Rocha

52 INICIATIVA APAH

Prémio Coriolano Ferreira - Vencedor

56 INICIATIVA APAH

Fórum do Medicamento

58 INICIATIVA APAH

Prémio Healthcare Excellence 2024

60 INICIATIVA APAH

Prémio Healthcare Excellence 2024 - Vencedor

62 INTERNACIONAL

Sistema de Saúde Norueguês: desafios e inovações para uma nova era de cuidados de saúde

66 ATIVIDADE APAH

Resumo de atividades - 4.º trimestre de 2024



Xavier Barreto
Presidente da APAH

A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) assume um papel estruturante e inalienável. Como alma mater do Curso de Administração Hospitalar em Portugal, tem sido a instituição de referência na formação e qualificação dos gestores da saúde, contribuindo para a construção de um SNS mais capaz e resiliente

Escola Nacional de Saúde Pública: alma mater da Administração Hospitalar Portuguesa

Nos últimos anos, a crescente complexidade do sistema de saúde tem evidenciado, de forma inquestionável, a necessidade de uma gestão profissionalizada dos hospitais portugueses. Não se trata apenas de uma questão de eficiência ou de otimização de recursos; está em causa a qualidade dos cuidados prestados à população e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A existência de uma carreira de administração hospitalar é, pois, um pilar essencial para assegurar que os dirigentes dos hospitais são selecionados com base em mérito, competência e experiência, e não por mera afiliação partidária ou conveniência política. A partidarização das nomeações tem-se revelado um fator de instabilidade e, frequentemente, de ineficácia, colocando em risco o normal funcionamento das instituições e comprometendo os resultados em saúde.

A profissionalização da gestão hospitalar exige, contudo, mais do que a mera previsão de uma carreira formal. Implica a existência de uma academia forte, que forme novos administradores hospitalares com base em conhecimentos sólidos, sustentados num corpo docente experiente e qualificado. Esta formação deve assentar num conjunto claro de princípios e valores éticos, aliados a competências técnicas e científicas robustas. A investigação em gestão da saúde e a criação de centros de conhecimento são também fundamentais para garantir que os profissionais estão preparados para responder aos desafios emergentes do setor.

Urge, por isso, distinguir entre formações de excelência e propostas de formação superficial, frequentemente oferecidas sob a forma de “cursos de fim de semana”, que asseguram diplomas, mas não garantem a aquisição de conhecimentos e competências reais. Esta diferenciação é crucial para a valorização da profissão e para o reconhecimento do papel insubstituível dos administradores hospitalares na melhoria do sistema de saúde.

Neste contexto, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) assume um papel estruturante e inalienável. Como alma mater do Curso de Administração Hospitalar em Portugal, tem sido a instituição de referência na formação e qualificação dos gestores da saúde, contribuindo para a construção de um SNS mais capaz e resiliente. O seu compromisso com a qualidade do ensino e da investigação garante que a profissão de administrador hospitalar continue a ser exercida por indivíduos dotados de competências técnicas, sensibilidade humana e sentido de missão pública.

É por isso absolutamente oportuno ler a reflexão que nesta RGH nos traz a Professora Doutora Sónia Dias, perspetivando o contributo que, sob a sua liderança, a ENSP continuará certamente a dar para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde.

Reforçar a carreira de administração hospitalar e consolidar o papel da ENSP como bastião da formação e investigação em gestão da saúde são passos decisivos para assegurar um futuro mais estável e competente na liderança das ULS portuguesas. Porque só com dirigentes preparados e comprometidos poderemos garantir a excelência dos cuidados de saúde e a defesa dos interesses dos cidadãos. ●

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

História Hospitalar de Braga

Jorge Varanda

Foi o Arcebispo D. Diogo de Sousa quem fundou o primeiro hospital da era moderna em Braga, sob a invocação de S. Marcos. Para se poder entender este acto de fundação é preciso entender a história de Braga, o poder dos seus Arcebispos e a acção de D. Diogo de Sousa na cidade. O poder temporal dos Arcebispos, como Senhores da Cidade, torna a fundação deste hospital diferente da fundação dos hospitais de Todos os Santos e do Espírito Santo de Évora a que prestámos atenção anteriormente. Neste caso, o acto de fundação nada teve a ver com o poder régio, mas com o poder eclesiástico. É de realçar que o Hospital de S. Marcos manteve algum compromisso com a função hospitaleira das instituições medievais, de acordo com o seu primeiro Regimento e, curiosamente, parte do que foram as instalações do antigo Hospital foram destinadas nos tempos que correm a funções hospitaleiras privadas pela Santa Casa da Misericórdia de Braga.¹

Quanto ao poder exercido pelos Arcebispos no domínio temporal, é necessário saber que o Conde D. Henrique, em 1112, concedeu aos

Arcebispos o direito sobre a cidade de Braga, mantido desde essa data até 1790, com o título de Arcebispos e Senhores de Braga e Primazes das Espanhas.² O território estende-se por 2.832 km² e abrange 551 paróquias, agrupadas em 3 áreas pastorais e 14 arciprestados: Amares, Barcelos, Braga, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Esposende, Fafe, Guimarães e Vizela, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho, Vila do Conde/Póvoa de Varzim, Vila Nova de Famalicão, Vila Verde.

A cidade de Braga tem uma história de grande relevo que poderá ajudar a entender o estatuto especial que gozou no passado: fundada no tempo dos romanos (no ano 16 a.C.), como Bracara Augusta, em honra do Imperador César Augusto, foi capital da Galécia, província Romana, abrangendo a Galiza, as Astúrias, o Norte de Portugal e o antigo Reino de Leão, fazendo fronteira a sul com a Lusitânia.³ Ao domínio Romano seguiu-se o domínio sucessivo dos alanos, dos suevos e dos visigodos. Sabe-se que uma facção dos visigodos chamou os mouros do Norte de África, que passaram Gibraltar e conquistaram grande parte da Península, tendo os cristãos resistido nas Astúrias sob o comando de Pelágio, após a vitória de Covadonga, conduzindo daí o longo processo da reconquista.

Braga foi conquistada pelos mouros e os seus Bispos passaram a residir em Lugo até à sua reconquista em 1070, ano em que é restaurada a Arquidiocese, tomando o seu Arcebispo o título de metropolitano de Braga. Em concorrência com Toledo, assume o título de Primaz das Espanhas, título que ainda hoje mantém, apesar da perda das dioceses sufragâneas, quer em Espanha, quer em Portugal, neste caso pela elevação da diocese de Lisboa a arquidiocese. Dos muitos Bispos e Arcebispos de Braga houve alguns que se destacaram, como foram os casos:⁴

- São Pedro de Rates, que terá sido o primeiro bispo de Braga entre os anos 45 e 60, ordenado pelo apóstolo Santiago, vindo da Terra Santa, e que foi martirizado quando convertia ao cristianismo povos aderentes à religião romana no norte de Portugal.
- Santo Ovídio, cidadão de origem siciliana, que terá sido enviado pelo Papa Clemente I para Bracara Augusta, onde se tornou o terceiro Bispo da diocese. Terá baptizado Santa Quitéria e as irmãs. Também ele foi martirizado.
- São Martinho de Dume e Braga, Apóstolo dos Suevos (562-579).
- São Torcato Félix (693-734), último bispo residente em Braga até à elevação arquiépiscopal em 1070, devido à invasão muçulmana.
- D. João Peculiar foi bispo do Porto em 1136, Arcebispo de Braga e primaz das Espanhas entre 1138 e 1175. De acordo com a tradição régia, foi este prelado quem coroou D. Afonso Henriques como 1.º Rei de Portugal nas Cortes de Lamego em 1143.
- D. Pedro Julião (1272-1274), 13.º Senhor de Braga, o qual veio a ser eleito Papa, como João XXI, o único Papa de origem portuguesa.
- O Cardeal D. Jorge da Costa, 31.º Senhor de Braga, conhecido como Cardeal de Alpedrinha que exerceu imenso poder no seu tempo.
- O Cardeal D. Henrique, 33.º Senhor de Braga.

É no contexto do poder religioso e temporal dos Arcebispos de Braga que se entende a criação do Hospital de S. Marcos, sem qualquer intervenção do poder real, a não ser o exemplo dado pelo novo modelo de Hospital, por iniciativa da Rainha D. Leonor, nas



Hospital de S. Marcos, Braga

Caldas da Rainha, de João II, no caso do Hospital de Todos-os-Santos, e de D. Manuel I, no Hospital do Espírito Santo, em Évora. O autor da iniciativa foi o Arcebispo D. Diogo de Sousa, governante esclarecido e activo na cidade, a partir de 1505. O nome assumido para o Hospital foi de S. Marcos que assim se manteve ao longo dos séculos.

Foi ainda pela acção notável deste Arcebispo que a cidade rompeu a cintura de muralhas medieval, construindo fora das muralhas uma nova cidade, com novos e arejados espaços que perduram até hoje. Mandou ainda abrir novas ruas e até uma nova porta da cidade, o Arco da Porta Nova. Na Sé de Braga, é responsável pela construção da capela-mor e dos túmulos dos pais de D. Afonso Henriques, D. Henrique de Borgonha, conde de Portucale e D. Teresa de Leão. Fundou ainda o colégio de S. Paulo, com ensino grátis para todos os que quisessem aprender, fossem ou não da cidade.⁵

Dele afirmou a Professora Nair Castro Soares: "D. Diogo de Sousa, Arcebispo e Senhor de Braga, durante vinte sete anos (1505-1532), considerado o "novo fundador" desta cidade, pela sua actividade pastoral, cultural e humanismo cívico, é uma personalidade de relevo, com interesse para a história da Igreja e para a história das ideias religiosas, sócio-políticas, pedagógicas e artísticas desta época - a do primeiro Humanismo em Portugal."⁶

Porquê o nome de S. Marcos? Lembremos que S. Marcos foi um dos quatro evangelistas e que acompanhou S. Pedro até Roma, onde este pregou com sucesso junto dos Romanos. Marcos escreveu o seu Evangelho, a pedido da população, com base nas pregações de Pedro. Partiu depois para Alexandria onde pregou e se tornou Bispo, sendo-lhe atribuída a fundação do cristianismo em África. Terá sido, porém, martirizado naquela cidade. De Alexandria, houve mercadores venezianos que se terão apropriado das relíquias de S. Marcos, transportando-as para Veneza, para as quais foi construída a Basílica que tem o seu nome, nela existindo um sarcófago, onde as mesmas foram guardadas.

Em Braga, S. Marcos dá o nome a uma igreja construída no século XVIII, com base num projecto do arquitecto Carlos Amarante (corpo central). A Igreja tem



na fachada uma escultura de S. Marcos e alberga as relíquias do evangelista.⁷ O culto do Santo ter-se-á iniciado no século XII, quando o Mestre da Ordem dos Templários, Gualdim Pais terá trazido para Braga as relíquias do evangelista,⁸ as quais estão recolhidas num lindo túmulo de mármore branco com embutidos de várias cores. Este túmulo foi encomendado e mandado instalar em 1518 pelo Arcebispo D. Rodrigo de Moura Teles. A uma primitiva está colocada sob este conjunto.

A decisão de construir o Hospital, tomada por D. Diogo de Sousa, está em consonância com os seus valores éticos, a sua cultura e a sua procura de informação actualizada. Não há dados que permitam fundamentar a sua iniciativa, mas a sua estadia em Roma terá certamente permitido saber da existência do Ospedale di Santo Spirito em Sassia. Por outro lado, a sua relação com a Coroa portuguesa permitia-lhe ter informação sobre a criação de hospitais modernos em Portugal, desde o Hospital de Todos os Santos, e do Hospital do Espírito Santo de Évora, sendo que a data da criação do Hospital de S. Marcos, 1508, fica muito próxima das datas de criação dos primeiros hospitais portugueses da era moderna.

A administração do Hospital foi inicialmente entregue por D. Diogo de Sousa à Câmara Municipal de Braga. Porém, em 1559, Frei Bartolomeu dos Mártires, Arcebispo de Braga e Provedor da Misericórdia, considerando

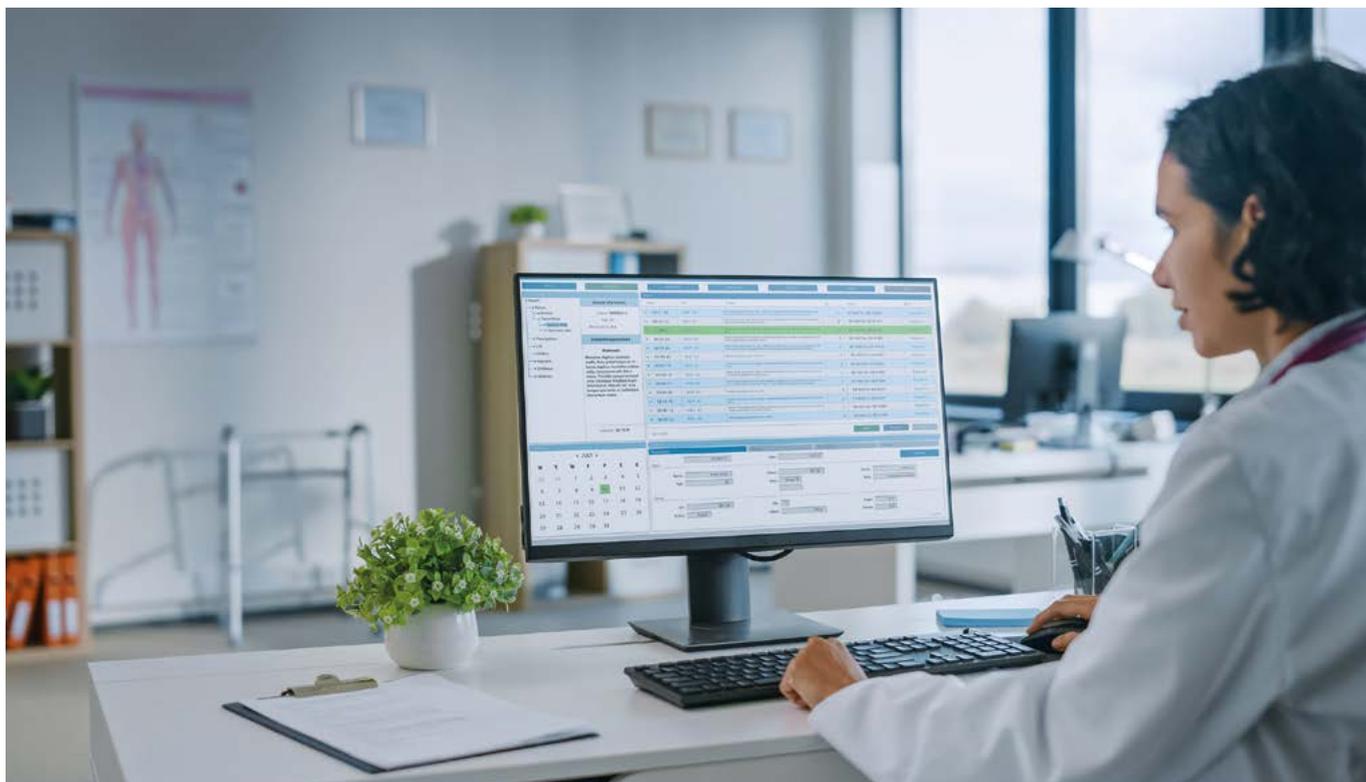
o Hospital de S. Marcos mal administrado pela Câmara Municipal, entregou-o à Santa Casa da Misericórdia de Braga, gestão que vigorou até 1975,⁹ ou seja, até à nacionalização dos Hospitais das Misericórdias. Em 2008 o hospital foi entregue à gestão de um consórcio privado liderado pelo Grupo José de Mello Saúde, ao abrigo de um contrato no âmbito das Parcerias Público/Privadas na Saúde, rumo a um Novo Hospital de Braga construído de raiz, com transferência de instalações em Maio de 2011. A partir daqui, deixa de se chamar Hospital de S. Marcos para se chamar Hospital de Braga.

Do edifício do primitivo Hospital de S. Marcos nada resta hoje. As actuais instalações foram erguidas ao longo dos séculos, a saber, em ordem cronológica: Edifício Norte, Palácio do Raio, Edifício Sul, Pavilhão de Reabilitação e Ortopedia, e Bloco Operatório Central. ●

REFERÊNCIAS

1. Wikipedia, Igreja de S. Marcos (Braga).
2. Wikipedia, Arquidiocese de Braga.
3. Wikipedia, História de Braga.
4. Wikipedia, Arquidiocese de Braga.
5. Wikipedia, Hospital de S. Marcos.
6. Professora Doutora Castro Soares, NN, "O arcebispo de Braga D. Diogo de Sousa "Príncipe Umanizzato" do Renascimento e o seu projecto educativo moderno", in *Humanitas*, Janeiro 2011 63:527-561 DOI:10.14195/2183-1718_63_29.
7. Wikipedia, Igreja de S. Marcos (Braga).
8. Wikipedia, Hospital de S. Marcos.
9. Wikipedia, *Ibidem*.

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



Estratificação pelo Risco: uma medida de Saúde Pública

Gustavo Tato Borges¹

O ano de 2024 marca o início de algumas alterações transversais no Serviço Nacional de Saúde (SNS) como a mudança para as Unidades Locais de Saúde (ULS), o fim das Administrações Regionais de Saúde ou o início da obrigatoriedade de referenciação pela Linha SNS24 para os Serviços de Urgência. Mas, para mim, a medida que mais potencial tem (ou pode ter) para alterar, pela positiva, o nível de saúde da população portuguesa é a implementação da Estratificação pelo Risco (ER).

A Circular Normativa n.º 4/2024/ACSS, de 15 de fevereiro de 2024, veio esclarecer a estratégia de utilização dos instrumentos de estratificação pelo risco no SNS, definindo a ER como “uma abordagem sistemática, de abrangência populacional, usada para prever necessidades futuras, sejam elas morbilidade, consumo de recursos, custos ou ocorrência de eventos

adversos, tais como admissões não planeadas e potencialmente evitáveis”. A estratégia de utilização destes instrumentos de estratificação assenta em quatro pilares, conforme se lê nesta Circular Normativa: planeamento de recursos, definição de processos assistenciais e de modelos de intervenção clínica ajustados, financiamento das entidades prestadoras de cuidados e avaliação do desempenho.

A ER agrupa “dados do percurso de cada utente no ecossistema de saúde, sejam cuidados de saúde primários, hospitalares ou medicamentos dispensados em farmácias comunitárias e prescritos em qualquer unidade de saúde pública ou privada”, permitindo integrar a informação existente sobre todos os utentes, incluindo os não utilizadores e que podem vir a necessitar do SNS. A análise de todos estes dados permite agrupar todos os utentes em Grupos de Risco Ajustados (GRA), ou seja, utentes com uma carga de doença similar e um nível de utilização de recursos semelhante. Através dos GRA, é possível calcular a probabilidade

que cada utente tem de vir a ser internado ou quais as suas necessidades de saúde futuras e, assim, preparar os serviços para dar uma resposta proativa e mais eficiente.

Conhecendo bem o nível de risco da população, é possível fazer “uma alocação mais precisa de recursos, físicos e humanos”, ou seja, ter mais recursos onde eles são necessários agora e num futuro próximo. Desta forma potencia-se “o incremento necessário da eficiência dos recursos no SNS e a promoção de equidade na sua distribuição”, enquanto se adequa e planifica o quadro de pessoas e materiais para as respostas necessárias para as previsíveis necessidades de saúde futuras dos utentes. É também possível desenhar e implementar programas de acompanhamento clínico mais ajustados ao nível de risco de cada utente, potenciando um acompanhamento proativo dos utentes com maior risco e maiores necessidades de utilização dos serviços, de forma a minimizar que se agudize o seu estado de saúde e reduzir o

impacto da sua doença. Mas a ER permite olhar para todos os níveis de risco e perceber quais os fatores que potenciam o agravamento do seu estado de saúde, de forma a implementar programas dirigidos a evitar que esses fatores se instalem na população de baixo risco, ao mesmo tempo que se podem promover programas para os combater, quando eles são uma realidade já instalada. Desta forma, evitando o agravamento da sua situação de saúde e doença de todos os utentes, é possível, a médio e longo prazo, reduzir o nível de risco populacional dentro de cada ULS, numa "abordagem integrada e holística".

A nível do financiamento, a ER permite alocar verbas aos programas que mais impacto terão na saúde dos cidadãos, enquanto ainda assegura um pagamento justo pela elevada utilização de recursos dos utentes de muito alto e alto risco. No entanto, poderá ser necessário ajustar este modelo de financiamento às especificidades das ULS universitárias e de fim de linha e, ainda, criar um incentivo financeiro para a redução do nível de risco populacional, premiando as ULS que efetivamente conseguiram reduzir a carga de doença da sua população, potenciando, de forma contínua, a aposta na prevenção da doença e a promoção da saúde.

A ER permite ainda avaliar o desempenho das ULS num dos pontos mais importantes para a SP: a carga de doença e o impacto dos programas de saúde na vida das pessoas. Ao se analisar os dados de cada nível de risco e o índice global da ULS ao longo do tempo, é possível comprovar a evolução dos indicadores e dados de saúde de uma forma mais pormenorizada, percebendo o impacto, o sucesso e a sustentabilidade das medidas implementadas. E, para além da avaliação interna, também permite efetuar uma comparação mais adequada entre ULS, ajustando para o seu nível de risco, características "demográficas, epidemiológicas e socioeconómicas de cada população" e, desta forma, conhecer-se a evolução comparativa entre todas.

A implementação desta ferramenta marca o início de uma nova forma de olhar para os dados de saúde e para a prestação de cuidados de saúde, passando do foco na prestação de cuidados agudos e, muitas vezes,

urgentes, para "uma visão proactiva da população e antecipação das necessidades específicas de cada estrato, de forma a prevenir contactos, promovendo a saúde, evitando e gerindo a doença e consequentemente a utilização desnecessária de cuidados mais diferenciados." A implementação da ER pode ser um pilar agregador dentro de cada ULS, potenciando uma verdadeira integração de cuidados e uma atuação colaborativa entre as diferentes especialidades e áreas

A nível do financiamento, a Estratificação pelo Risco permite alocar verbas aos programas que mais impacto terão na saúde dos cidadãos

de intervenção, unindo os diferentes níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) num objetivo partilhado: a melhoria da saúde da população. Tal será possível ou, pelo menos, mais facilitado, porque a ER permite olhar para a saúde da população de uma forma global, analisando as suas necessidades em saúde atuais e futuras, assim como dirigir a nossa atenção para grupos populacionais mais vulneráveis ou até para indivíduos específicos e para as suas necessidades de saúde.

Este novo olhar para a saúde das populações vem ao encontro do papel que a Saúde Pública (SP) pode e deve desempenhar dentro das instituições de saúde, dentro das ULS, ou seja, ao seu papel de análise de dados,

integração de cuidados e intervenções populacionais para ganhos em saúde, seja eles cuidados preventivos, curativos, de reabilitação ou paliativos.

Assim, a ER afigura-se como uma ferramenta de potenciação da atuação dos serviços de saúde, deixando de assumir um papel reativo para se afirmar como um ator proativo de promoção da saúde dos cidadãos, atuando antes dos problemas ocorrerem e de uma forma mais próxima de cada utente mais vulnerável. É pelo seu potencial de intervenção preventivo e integrador de cuidados de saúde que considero que a ER tem um potencial imenso para se tornar uma das ferramentas de SP mais importantes para o cumprimento da missão de cada ULS: minimizar a necessidade dos seus utentes recorrerem a serviços de saúde agudos e urgentes, enquanto reduz a carga de doença populacional. Para tal, apenas é preciso permitir que a SP possa trabalhar de forma próxima com os Conselhos de Administração e com a Direção Clínica dos Cuidados Hospitalares e dos Cuidados de Saúde Primários, servindo de ponte e eixo integrador da prestação de cuidados e da definição das prioridades institucionais.

Numa nota final, mais pessoal, aproveito para me despedir, enquanto Presidente da Direção da ANMSP, dos leitores desta revista. Foi um gosto colaborar com esta publicação e não posso deixar de exprimir o meu desejo de um excelente ano de 2025 e muitos sucessos no futuro à Direção da APAH, à equipa editorial e aos seus leitores desta revista. ●

REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde; Circular Normativa n.º 4/2024/ACSS, de 15 de fevereiro de 2024; https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular-Normativa_4_Estratificacao-pelo-risco.pdf



A Telemedicina em Portugal e o contacto via e-mail

Daniela Marques Dias¹

Vivemos num mundo onde tudo se encontra à distância de um clique, não sendo exceção os cuidados médicos. A Saúde é, de facto, um dos setores que mais tem a beneficiar com a utilização dos instrumentos de tecnologia e comunicação, já que permitem uma movimentação da informação e não dos seus atores, possibilitando um maior alcance de doentes que, de outra forma, não seriam assistidos e acompanhados.

A Telemedicina traduz, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, “a prestação de serviços de cuidados de saúde, em que a distância é um fator crítico, por todos os profissionais de saúde utilizarem as tecnologias da informação e da comunicação para o intercâmbio de informações válidas

para o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de doenças e lesões, a investigação e a avaliação, bem como para a educação contínua dos prestadores de cuidados de saúde, com o objetivo de promover a saúde dos indivíduos e das suas comunidades.”¹

As vantagens para ambas as partes da relação médico-paciente são inegáveis. Desde logo, a quebra da barreira erguida pelo espaço físico, permitindo que o paciente seja assistido sem se deslocar de casa, o que significa uma redução de custos inerentes às viagens, assim como a poupança de tempo nessas deslocações e no tempo médio de espera para a primeira consulta.² Portanto, há uma facilitação no acesso a cuidados médicos - incluindo medicina especializada e uma segunda opinião médica - por parte da população mais isolada e numa situação de carência económico-financeira. Ademais, facilitará o acompanhamento de doentes crónicos - através da

telemonitorização - e um maior conforto para determinadas especialidades, como é o caso da telepsiquiatria.

A telemedicina, ao permitir, em alguns casos, um diagnóstico antecipado, acarreta um tratamento célere dos sintomas iniciais, contribuindo para a redução de riscos de saúde por agravamento de doença.³

No que diz respeito aos médicos e aos prestadores de saúde, é de notar a importância relativamente à uniformização destes cuidados, a melhoria na realização de exames complementares de diagnóstico e uma melhor distribuição dos saberes dos especialistas, o que se deve, em parte, à possibilidade de os serviços funcionarem em store and forward, não exigindo que os médicos prestem cuidados no exato momento em que os pacientes os procuram.

Durante o período da pandemia

do Covid-19, a telemedicina foi verdadeiramente eficiente no tratamento de quem se encontrava isolado e, por conseguinte, para evitar o contágio de uma maior percentagem da população, revelando a imprescindibilidade da saúde digital. Nos dias de hoje, a linha de apoio SNS24 promove, através do serviço de triagem, aconselhamento e encaminhamento, uma redução da sobrecarga dos serviços de urgência hospitalares e evita deslocamentos aos hospitais no caso de problemas de saúde não emergentes.⁴

No entanto, existem riscos que merecem atenção. Desde logo, poderemos assistir a uma eventual impessoalidade na relação médico-paciente, que é, porém, suscetível de ser superada através do diálogo aberto entre as partes, como é reforçado pelo art. 46, n.º I do Código Deontológico da Ordem dos Médicos⁵. Ademais, tratando-se de uma prática que envolve tecnologias de informação e comunicação, estará sempre presente o risco de violação da privacidade do paciente⁶, pelo que o CDOM consagra uma proteção aos direitos do paciente nos arts. 47º, n.ºs 4 e 6, 48º e 49º.

É, ainda, frequentemente apontada a potencialização do erro no diagnóstico, que pode derivar da ausência de contacto pessoal. Estará a telemedicina, assim, a facilitar a procedência de ações com base em erro por parte do médico no diagnóstico efetuado ao paciente? Imagine-se que o médico nunca consultou presencialmente aquele doente, isto é, nunca houve um contacto físico entre ambas as partes. Como poderá o profissional médico proceder a um diagnóstico correto sem ter observado fisicamente o paciente? Ainda que haja a possibilidade deste exame físico ser realizado por um colega, esta “avaliação subjetiva do médico”⁷ poderá conduzir o médico primeiramente referido em erro. E, se assim é, imagine-se quando é apenas o paciente, um leigo em matéria de medicina, a transmitir os sintomas ao médico.

Por estes motivos, o CDOM prevê que o médico não possa recorrer à teleprática se entender não dispor de suficiente informação para compreender a situação clínica do doente (art. 46º, n.º 2), reforçando no art. 47º, n.º I CDOM que a decisão - completamente livre e independente - de utilização ou recusa da telemedicina caberá ao médico.

O n.º 3 do art. 47º esclarece que “o médico teleconsultado não é obrigado a emitir uma opinião se não tem conhecimentos ou suficiente informação do doente para emitir um parecer fundamentado, mas, caso a emita, é responsável por ela”, podendo esta responsabilidade ser civil ou disciplinar. Podemos, então, concluir que, apesar de, à primeira vista, podermos ser levados a concordar com quem entende existir uma maior probabilidade de procedência de ação por erro no diagnóstico na telemedicina, rapidamente abandonamos esse pensamento.

Dito de outro modo, ainda que o médico esteja exposto a uma maior hipótese de erro médico, assiste-lhe sempre a possibilidade de se afastar dessa problemática.

Veja-se o tão frequente cenário em que os pacientes contactam os médicos através do e-mail⁸. Como deverão os médicos agir perante este quadro? Ora, a relação médico-paciente estabelece-se se o paciente deixar de procurar outro médico por ter recebido uma resposta no sentido de ser seguido por aquele que contactou, como é o caso do médico que forneceu um diagnóstico ou conselhos médicos ou que solicitou mais dados acerca da situação concreta.

O risco de os médicos responderem a pacientes não devidamente identificados é regularmente assumido quase que inconscientemente, colocando a sua carreira em perigo. Assim, de forma a evitar demandas judiciais - designadamente, por via de ações de responsabilidade civil por danos resultantes de conselhos e prescrições realizadas via e-mail -, o médico terá de se precaver, recusando dar seguimento a contactos por e-mail de doentes que não conhece - por nunca ter tido qualquer contacto -, em especial, daqueles cuja identificação é indevidamente efetuada. Não obstante, deverá encaminhá-los para uma consulta presencial.

Imaginemos, ainda, um caso em que o médico que recebeu um e-mail suscitou a opinião de um colega, tal como é exigido pelas leges artis, podendo a sua ausência acarretar mesmo a responsabilidade sobre si. Na hipótese de dano sofrido pelo paciente, a responsabilização poderá recair sobre ambos os profissionais: daquele que solicitou a opinião, não divulgando suficiente informação (designadamente porque o contacto não a proporcionou)

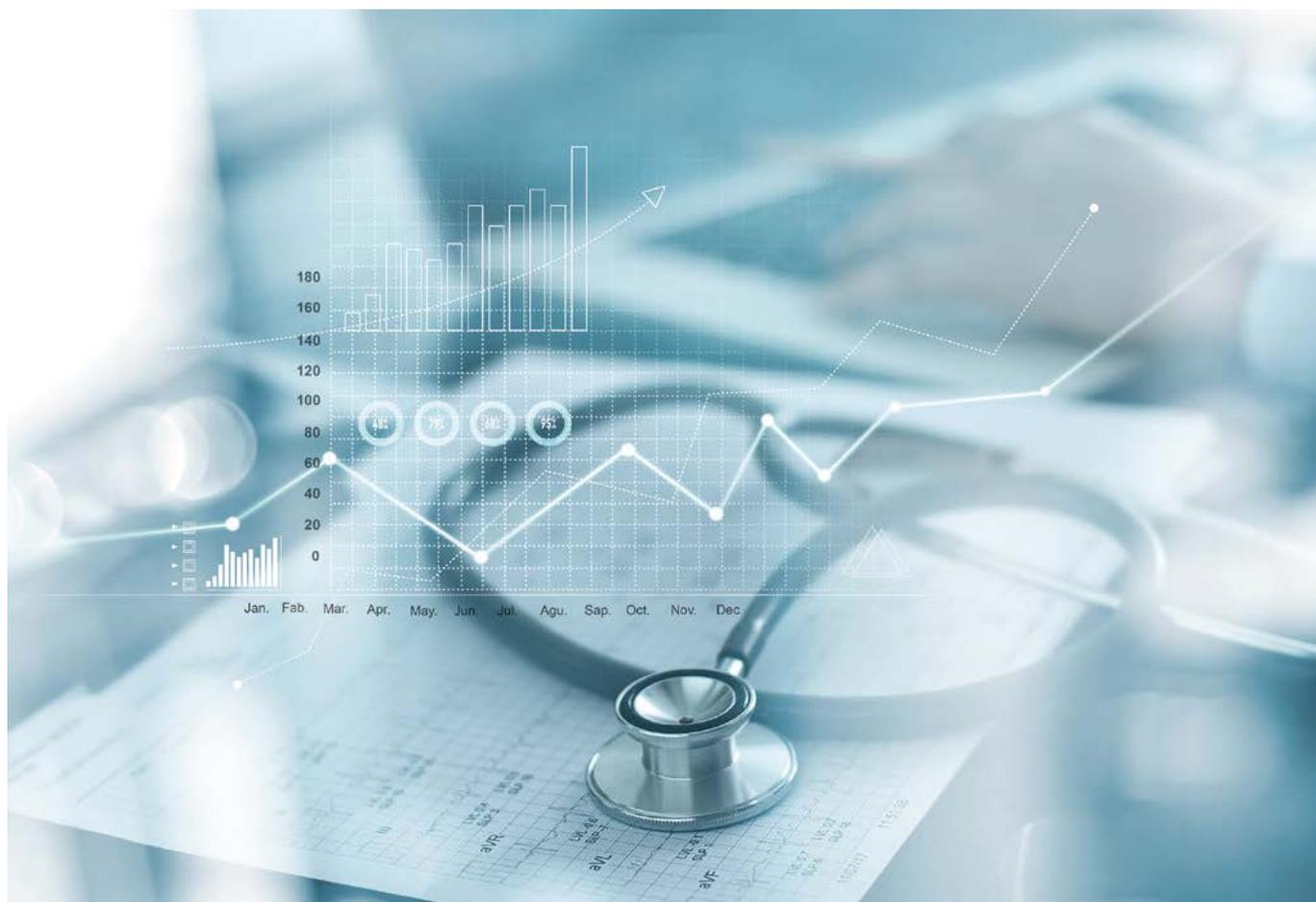
e do que emitiu conselhos, ainda que consciente acerca da insuficiência de dados. Dito de outro modo, o médico deve recusar-se a emitir qualquer parecer quando esteja perante um panorama de informação escassa, sem que incorra em prática criminosa - a menos que se trate de uma situação de urgência que não permite qualquer espera.⁹

Em suma, a telemedicina é uma prática amplamente difundida nos cuidados médicos prestados em Portugal, não obstante, continua a suscitar várias questões no que diz respeito à atuação dos médicos. Por tudo o que foi exposto, é de concluir que deverá existir uma consciencialização por parte dos médicos de que as respostas aos contactos via e-mail poderão dar azo a uma relação com os pacientes que os contactam, sem temerem que a ausência de resposta possa desencadear consequências jurídicas, tais como o crime de recusa ou omissão de auxílio. ●

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, Telemedicine - Opportunities and developments in member states, Report on the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth series - Vol. 2), WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010, p. 9.
2. Oliveira, António Cruz, Telemedicina e Responsabilidade Civil Médica: dos traços gerais às considerações particulares, na era digital da ciência da vida, Lisboa, AAFDL, 2021, pp. 122-123; Alexandre Dias Pereira, “Patient Safety in e-Health and Telemedicine”, in Lex Medicinæ - Revista Portuguesa de Direito da Saúde, número especial, 2014, p. 96.
3. Ferreira, José Costa, “Telemedicina - dos conceitos à prática”, Coimbra, 2002, p. 20.
4. Cfr. <https://www.sns24.gov.pt/guia/quando-ligar-sns-24-ou-inem/>
5. Doravante CDOM.
6. Vide Cabral, Ana Paula, “Telemedicina versus Proteção de Dados Pessoais. Os dados de Saúde como Dados Pessoais”, Percursos & Ideias, IS CET, n.º 12, 2022, disponível em https://www.percursosideias.iscet.pt/articles/pi_2022_n12_0002.pdf
7. Sónia Moreira, “E-health: desafios e problemas da telemedicina”, in Direito e Pessoa no Mundo Digital - Algumas questões, Escola de Direito da Universidade do Minho, Centro de Investigação em Justiça e Governação, julho de 2019, p. 81.
8. É um meio mais fidedigno e seguro do que as mensagens instantâneas do Skype ou do Whatsapp.
9. Raposo, Vera Lúcia, “Você tem uma nova mensagem: a prestação de cuidados de saúde na era da telemedicina”, Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, ano 10, n.º 20, 2013, p. 26.

1. Doutoranda em Direito Civil na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Investigadora no Centro de Direito Biomédico; e-mail: marquesdiasdaniela@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0001-0022-2346>



O Plano de Emergência: melhorar o SNS ou via rápida para a privatização?

António Correia de Campos¹

O Plano de Emergência da Saúde (PES) do Governo acaba por ser um programa para o médio prazo. Nesse horizonte reside a sua força e também a sua fragilidade: adotou e prolongou boas medidas que herdara, mas propôs outras, aparentemente cativantes, destruidoras do SNS. Pelo PES perpassa a convicção de que o mercado pode substituir o Estado, na Saúde, o que revela um preconceito ideológico.

O Plano propõe a criação de MCDT na rede de cuidados; a monitorização de doentes crónicos; incentivos financeiros às primeiras consultas, diferente do das subsequentes; uma melhor articulação das ERPI com o SNS; o recurso a enfermagem para acompanhamento da gravidez e puerpério, mas não propõe

que o trabalho de parto normal seja realizado por enfermagem especializada.

Na articulação entre o SNS, o setor privado e o setor social, surgem problemas: o setor privado e por vezes o social funcionam sob a lógica do mercado: competição, eficiência máxima, integração horizontal e vertical, liberdade de ampliação e redução da oferta, liberdade de admissão e demissão de pessoal, compras conjuntas, na mira de lucro que promova expansão. Público e privado são mercados diferentes, têm motivações diferentes, aqui e ali antagónicas. O SNS não está condenado a uma ineficiência, nem genética, nem endémica. Há sinais de esperança na adoção de medidas de eficiência no SNS: as USF-B, os CRI, a dedicação plena de pessoal com retribuição também por desempenho. O PES quase ignora essas medidas e por ele perpassa a intenção de transferir

para o setor privado, a expensas de todos nós, muitas obrigações que pertencem e só ganham em ser executadas pelos serviços do SNS.

O Plano de Emergência da Saúde (PES) do Governo parecia um documento para levar a sério. Não pretendia ser um programa de mandato, mas era mais do que isso, um verdadeiro programa para o médio prazo. Nesse horizonte residia a sua força e também a sua fragilidade: adotava e prolongava boas medidas que herdara, mas propunha outras, aparentemente cativantes, a prazo destruidoras do SNS.

Pelo PES perpassa uma convicção mercadibilista que não esconde o preconceito ideológico. Sob a capa de defesa dos 50 anos do SNS, são apresentadas escolhas e decisões pouco informadas ou até míopes que gerarão resultados indesejáveis.

ONDE SE PODE MELHORAR

Continuidade. Nas suas propostas do Plano o Governo aprova e reforça muito do que de útil herdou. Propõe e bem a continuação das USF-B, pelo reforço de mais 200 novas, já orçamentadas, por graduação das USF-A. Propõe a aceleração da construção da Rede de CCI ainda em falta, a expensas do PRR, como estava previsto. Confirma e declara apoiar o modelo de gestão hospitalar intermédia dos centros de responsabilidade integrados (CRI), desenvolvidos nas derradeiras portarias do anterior governo. Confirma o regime de dedicação plena que tanto tempo levou a negociar, para também garantir a disponibilidade de 250 horas extra, anuais, o qual já regista, em fins de 2024, cerca de nove mil médicos aderentes (40% dos especialistas hospitalares). Aproveitou e bem, a Lei Orçamental do ano de 2024 para acolher médicos de família em situação de reforma, até ao limite de 900 vagas, ampliando de 75 para 100% a sua retribuição. Anunciou concurso para 100 psicólogos a integrar nas unidades de cuidados de saúde primários, utilizando a cabimentação já disponível.

Novos projetos. O Plano também os apresenta. A criação de MCDT na rede de cuidados primários é uma velha aspiração dos programas de governo desde 2015 e jamais concretizada. Tendo em conta o envelhecimento das populações, a criação de unidades públicas de medicina física e de reabilitação deveria ter também a indispensável alta prioridade. O Governo propõe a criação de duas unidades-piloto para acolher os doentes reenviados pelas urgências ou pelo INEM, com gravidade que não justifique o recurso a urgência hospitalar: Uma localizada em Lisboa outra no Porto, em unidades de grande concentração de meios, mas lamentavelmente sem estar prevista a ligação com os CSP de proximidade. Chama-lhes Centros de Atendimento Clínico (CAC) designação que faz lembrar os SAP de baixa qualidade, elevado dispêndio e mau desempenho, extintos já na primeira década deste século, para darem lugar a USF e UCSF. Tratar-se-á de mais um modelo de serviço questionável, por não ser nem hospital, nem prestador de cuidados de saúde de proximidade, dada a concentração inerente. O CAC do Porto foi instalado no Hospital da Prelada, da Santa Casa de

Misericórdia do Porto, uma unidade hospitalar especializada em ortopedia, sem qualquer tradição de cuidados primários. O CAC de Lisboa será gerido pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, um serviço que apesar do nome, é hoje uma instituição do setor público. Esta última instituição dispõe de prestigiadas unidades hospitalares e de reabilitação, mas tem escassa experiência em modernos cuidados de saúde primários. De comum a ambas, do Porto e de Lisboa, o completo isolamento da rede pública de cuidados de saúde, a não inserção nas redes de referência hospitalar por área de atração e a frágil situação de tesouraria de cada uma delas. A solução desejável seria acoplar tais unidades a centros de saúde. Nem todos os centros de saúde hoje os podem comportar, o ensaio-piloto far-se-ia nos que tivessem condições para tal. A solução gradualista seria sempre recomendável, pois permite a integração de boas práticas e suprime erros evidentes.

O PES do Governo acaba por ser um programa para o médio prazo

Acompanhamento da doença crónica. Um projeto de grande interesse poderá vir a ser a monitorização de doentes crónicos, em algumas patologias de contornos conhecidos (Diabetes, DPOC, Cancro, AVC e Doença Isquémica) em atividade de prevenção secundária, assistindo-os presencial ou virtualmente, mediante facilidade de comunicação eletrónica, funcionando em via verde para acesso ao hospital em condições de emergência. Esta seria uma medida muito útil. Alguns dos nossos hospitais já exercem esta prática com bastante sucesso, evitando

ao doente, devidamente referenciado, o calvário da passagem pela urgência geral, aquando de episódios agudos. Todavia, a integração entre o hospital e os CSP foi aqui ignorada, o que enfraquece a robustez da medida. A rede de CSP, nomeadamente os médicos de MGF, poderão realizar o acompanhamento deste doente crónico em articulação com a unidade hospitalar, referindo para lá o doente quando tal for necessário e acolhendo-o, uma vez solucionado o episódio agudo. Talvez se pudesse concretizar a ideia de Clubes de Doentes Frequentes, ligados a centros de saúde, frequentados regularmente para convívio, diversão, informação e contacto administrativo com a rede que monitoriza os doentes crónicos. Tal como acontece com os Maggie Center do Reino Unido, utilizados para doentes oncológicos, pequenos centros de convívio de alto valor arquitetónico, de iniciativa privada não lucrativa, acoplados aos centros de oncologia.

Consulta externa hospitalar: Primeiras vs. Subsequentes. O PES reconhece a elevada prioridade das primeiras consultas, delegando para cuidados primários as subsequentes que não careçam de cuidados especializados. Seria também medida consensual, ampliando o número das primeiras que continuam a estacionar à volta de um quarto do total de consultas externas hospitalares. O governo propõe, como motor da mudança, um incentivo financeiro às primeiras consultas, diferente do das subsequentes, o que pressupõe que a medida só tenha lugar, na lei atual, em serviços transformados em CRI. A modulação dos incentivos diferenciados será matéria experimental, mas não deveria impedir a execução da medida.

As ERPI e o SNS. No PES, o Governo propõe-se obter uma melhor articulação das ERPI com o SNS, utilizando o pessoal dos CSP para tratamento dos doentes institucionalizados nos lares. Não se pode estar mais de acordo, evitando os lares recorrerem a médicos e enfermeiros recrutados à tarefa, sem prévio relacionamento com os residentes. Manter-se-ia a ligação ao serviço comunitário de saúde, por profissionais que melhor conhecem a história clínica e familiar do utente, respeitando a continuidade e a personalização. Se essa medida é correta, não menos importante seria dar sequência a propostas do anterior governo, de melhor articulação das ▶

redes a cargo do SNS (hospitais, CSP, CCI e CC Terminais) com a rede das ERPI, dependente de outro ministério. Essa função de integração inteligente está definida na lei como uma das funções centrais da Direção Executiva.

Papel da enfermagem na gravidez.

O recurso a enfermagem para acompanhamento da gravidez e puerpério será uma medida de grande relevo, mas há que ir mais longe, acompanhando a prática já firmada nos países da Europa do Norte e Centro: o próprio trabalho de parto normal ser realizado por enfermagem especializada, na maioria dos casos, reservando a presença do médico obstetra para a supervisão e as situações de risco. Donde resultariam economias em médicos especialistas e sobretudo acompanhamento direto e interligado entre gestação e parto. O que implicaria a revisão das regras de constituição das equipas de trabalho nas salas de partos, herdadas dos tempos em que era necessário ocupar a letora de pessoal médico. Estranha-se a escassa atenção prestada à necessidade de reduzir o recurso a cesarianas, de novo em crescimento depois de uma longa série cronológica de redução. São práticas tão dissonantes com as de países comparáveis que nos envergonham, para não falar do elevadíssimo, incontrolado e quase geral recurso a cesarianas no setor privado, o que bem demonstra que a motivação financeira em Saúde, nem sempre coincide com as boas práticas.

Outras medidas. Igualmente merecem concordância: as medidas avulso destinadas a melhorar a integração do transporte inter-hospitalar; a desejada criação da especialidade de urgência e emergência; a modernização do SIGIC em SINACC; a colaboração dos CSP em rastreios oncológicos, a par da atualização do programa nacional de oncologia; toda a política de Saúde Mental que resulta de trabalho anterior acumulado e bem estudado; bem como as medidas de auto e heteroavaliação do sistema de saúde, incluindo a gestão hospitalar, pois sem avaliação honesta e rigorosa não pode haver qualidade nos serviços. Merece também concordância a decisão herdada de incluir no programa nacional de vacinação a vacina reforçada contra a gripe, a administrar aos cidadãos com 85 e mais anos. A realização de ensaios clínicos como forma de treinar os nossos investigadores, colhendo

recursos financeiros interessantes, bem como o apoio à investigação clínica e à translacional sobre o próprio funcionamento do SNS (Health Services Research) são de primordial importância. Para que o SNS funcione melhor é necessário avaliar, aprender, gerar e compartilhar projetos que produzam conhecimento e inovação. Sem investigação clínica o nosso ensino médico e de enfermagem estagna ao fim de poucos anos, ficando de novo ao sabor da colonização académica estrangeira. Sem investigação translacional, a burocracia em vez de organizar o progresso, paralisa-o.

O SNS não está condenado a uma ineficiência, nem genética, nem endémica

Casos sociais nos hospitais de agudos.

Em relação à retirada de doentes crónicos dos hospitais, o problema não será simples nem fácil, nem barato. Com as melhores intenções, tudo pode até piorar. Conhecem-se situações onde o envio de doentes crónicos de hospitais de agudos para as chamadas “camas de retaguarda”, normalmente por contratação com o setor hospitalar privado, a braços com escassa procura, redundam na criação de verdadeiros armazéns de doentes, de baixa rotação por falta de preparação técnica para recuperar doentes acamados, originando mais despesa e muito baixa qualidade dos que sobreviverem, dadas as condições de insuficiente qualificação do pessoal e a inadequação de instalações.

ONDE SE DISCORDA

Público, privado e social. A razão do clássico dissenso radica na diferente perceção sobre os recursos dos setores privado e social. O documento

parte do princípio de que os três setores são separados em recursos, mas comuns nas boas intenções. Ou seja, cada um teria os seus médicos, enfermeiros, demais pessoal, instalações e equipamentos. Desejando todos o bem comum, poderiam competir harmoniosamente num só mercado, financiados pelo Estado. A realidade é bem diferente. Nos recursos humanos, a pool de recursos é apenas uma, a dos profissionais treinados maioritariamente a expensas do Estado. E a esmagadora maioria deles aprendeu a prática da profissão no SNS, ao qual 70% ainda se mantêm ligados. Uma vez treinados e com experiência no SNS, o dinâmico setor privado facilmente os atrai pela menor carga de trabalho, amenidades, conforto de instalações e equipamentos e, certamente, remuneração direta e indireta mais atraente. Muitas vezes com mágoa, o profissional abandona o SNS. Quanto à articulação entre o SNS, o setor privado e o setor social a realidade também não é idílica. O setor privado funciona sob a lógica do mercado: competição, eficiência máxima, integração horizontal e vertical em rede, liberdade de ampliação e redução da oferta, liberdade de admissão e demissão de pessoal, compras conjuntas, na mira de maximizar lucro que promova expansão. Não se lhe peça outra generosidade que a da responsabilidade empresarial social. A qualidade, a inovação e a eficiência são essenciais para a competição, atributos que desenvolve. Pôr o privado a competir em eficiência com o SNS seria condenar este, na sua rigidez estatutária, à bancarrota antecipada. Já o setor social tem uma histórica tradição de “fazer o bem sem olhar a quem”, sendo parceiro fiável em muitas ações, embora não em todas e sempre que se disponibiliza, conta com os recursos do Estado, sobretudo humanos e financeiros. Mercados diferentes, motivações diferentes, aqui e ali antagónicas. Razões que explicam que propostas de recurso ao setor privado, aparentemente em defesa do interesse público, a serem executadas, possam acelerar a ruína do SNS, duplicando os encargos do Estado. O SNS não está condenado a uma ineficiência, nem genética, nem endémica. Há sinais de esperança. Fruto do reconhecimento da penúria orçamental devastadora, da luta para inovar vencendo a burocracia asfixiante, e da libertação de preconceitos ideológicos recessos, foi possível ao Estado introduzir alguma flexibilidade

na gestão da Saúde. As medidas de generalização das USF-B, a dedicação plena no contexto hospitalar, a criação de centros de responsabilidade integrados (CRI) na gestão intermédia dos hospitais permitem retribuição por desempenho, atração e fixação de profissionais. O atual governo só tem que as executar corretamente. Ocasão única, que não pode ser desperdiçada. Passemos às soluções que merecem reservas. Começaremos pelas que interferem na orgânica do SNS, passando depois às que, com o argumento da incapacidade do SNS, visam transferir para o social e privado atividades tradicionalmente bem executadas pelo SNS.

Departamento de Urgência e

Emergência. Ressurge a ideia de criar este serviço na máquina central, a Direção Executiva do SNS. Pela mesma lógica - o acesso ao SNS - deveriam criar-se departamentos de internamento, de consulta externa hospitalar, de prevenção e promoção, de medicina geral e familiar, de transporte de doentes, de hospitalização no domicílio, de reabilitação física, mental e social. Fazê-lo seria confundir a organização com a função. Cada organização pode ter diversas funções, é a organização que dá coerência e harmonia ao desempenho de várias funções. Se estruturarmos o serviço por funções, multiplicaremos a orgânica em esquadrões propiciadores de guerrilhas, dificultando o comando integrado, as economias de escala, a articulação exigida pela visão holística da saúde, o fim último dos ganhos em saúde. Transformaríamos o MS num molho de serviços verticais ingovernáveis. Claro que não há orgânicas perfeitas, a formação dos profissionais também as condiciona e verticaliza. Acresce que, no final do dia, acabamos por esquecer o território, onde a intervenção é necessariamente transversal, integrada e idiossincrática. E sobre a orgânica territorial não parece possível governar de Lisboa as 39 ULS espalhadas pelo País. Cedo ou tarde teremos que regressar ao escalão regional.

Centros de Atendimento Clínico

(CAC). Já a eles nos referimos para lembrar que, se é duvidosa a sua função supletiva da MGF, pode ser virtuosa a criação como unidades de MCDT públicos, espalhadas pelas grandes cidades e agregadas por ACES no interior, desenvolvendo ainda bons

departamentos de medicina física e reabilitação e até de saúde oral, duas enormes lacunas do SNS. A escolha dos operadores seria feita por concurso, com incentivos que associassem qualidade à produção estritamente necessária, procurando escapar ao simples pagamento à peça, para prevenir multiplicação de atos desnecessários e tentações de dicotomia. Como sucedêneos da MGF não devem ter trânsito, bem bastaram os estragos que os SAP fizeram no tardio lançamento de uma organizada MGF. Na altura da criação da carreira de médico de família havia o problema de dar trabalho a jovens médicos. Agora é o oposto.

O PES omite ou secundariza vários graves problemas de saúde

Façamos contas: 1.000 consultas por dia em 24 gabinetes (41 doentes/dia por gabinete), em 24/24 horas exigem 5 médicos, 5 enfermeiros e 5 auxiliares por gabinete, para acomodar fins-de-semana, férias, feriados e folgas. Admitamos que haverá enfermeiros e auxiliares e esqueçamos por agora os MCDT. Para cobrir doenças, tarefas de gestão e outros impedimentos, os 5 médicos poderiam ter de ser 5,5 ou mesmo 6. O que elevaria a necessidade de médicos de MGF a, entre 120 e 180, ou seja, 240 a 360, para os dois CAC. Onde estão eles? Se forem remunerados por doente acolhido, seria mais que certa a multiplicação de consultas subsequentes, em prejuízo das primeiras. E se o pagamento for aliciente, as USF de Lisboa e Porto sofreriam uma erosão forte no seu pessoal médico. Se for por pacote anual por doente, ou seja, "por capacidade instalada" em vez de ser por utilização, então estaríamos a induzir os prestadores a esquecer a eficiência

e a instalarem-se na renda fixa. Que vantagens haveria, além da quantidade e disponibilidade no acesso? Desaparecia a ligação médico-doente, a proximidade, o conhecimento da história familiar, a continuidade de cuidados; aumentariam as despesas em MCDT e medicamentos. Francamente: não seria melhor utilizar as já orçamentadas 900 vagas para reformados, alargando horários nos Centros de Saúde, com incentivos ao alargamento voluntário das listas dos MGF, ou criar mais USF-B? Para quê fragilizar o que funciona bem, substituindo-o por grandes centrais desumanizadas, difíceis de gerir e manter com qualidade apenas para cumprir metas quantitativas, como se estas resolvessem os problemas de fundo?

Omissões. O PES omite ou secundariza vários graves problemas de saúde: a prevenção e promoção da saúde, com especial relevo para a luta antibiótica e a obesidade, sobretudo em adolescentes; o acesso à IVG como forma de prevenir o aborto clandestino que afeta desigualmente as mulheres de meios socioeconómicos mais baixos; a saúde dos migrantes, em especial a saúde pública, pelas externalidades negativas que produz. Mas sobretudo as lacunas de acompanhamento da grávida em locais de forte concentração de imigrantes que desconhecem ou sentem dificuldades no acesso ao SNS. (Nos últimos anos tornou-se visível a variação errática das mortalidades materna e perinatal, em comunidades de famílias de regiões com maior concentração de imigrantes). Outros problemas estão a surgir, sem que o PES os refira: o elevado número de cesarianas, sobretudo no setor privado, o elevadíssimo preço dos novos medicamentos e o enorme problema da infeção associada a cuidados de saúde (IACS) provocada pela resistência aos antimicrobianos, a qual representa já hoje a terceira causa de morte a nível global.

O "fetiche" do privado e do social.

O Plano desenvolve um conceito que reputa de salvífico: quando o SNS não tem meios, recorre-se aos setores social e privado, esquecendo que a pool de recursos humanos é limitada. Uma verdadeira panaceia. Propõe a contratação dos setores privado e social para reduzir as listas de espera para cirurgia oncológica (p. 26), para consultas de especialidades (p. 54), para mais primeiras consultas externas de especialidade (p. 55), para partos no ▶

PES - Plano de Emergência da Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
USF - Unidade de Saúde Familiar
USF - A: Unidades de Saúde Familiar Modelo A
USF - B: Unidades de Saúde Familiar Modelo B
CCI - Cuidados Continuados Integrados
PRR - Plano de Recuperação e Resiliência
CRI - Centros de Responsabilidade Integrados
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
CAC - Centros de Atendimento Clínico
CSP - Cuidados de Saúde Primários
SAP - Serviço de Atendimento Permanente
UCSF - Unidade de Cuidados de Saúde Familiar
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
AVC - Acidente Vascular Cerebral
MGF - Medicina Geral e Familiar
ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SINACC - Sistema Nacional de Acompanhamento de Cuidados Continuados
IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez
IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos
LEC - Listas de Espera para Cirurgia Eletiva
OE - Orçamento de Estado
ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
APR - Atendimento Pediátrico Referenciado
ULS - Unidades Locais de Saúde

privado, por convenção, para cirurgia eletiva quando se esgotam os tempos máximos de resposta garantida (TMRG) (p. 64); para realizar mais ecografias pré-natais, aumentando o preço das tabelas atuais, para consultas de pediatria em atendimento pediátrico referenciado (APR), iniciando experiências piloto nos grandes centros urbanos, sem referir intermédios e rurais; nos centros de atendimento clínico (CAC), aqui em parceria com o setor social, recorrendo às já fragilizadas Santas Casas. Propõe também o lançamento de concurso para quatro agrupamentos de USF modelo C, cada uma contendo cinco USF, modelo ainda não experimentado e que iria mobilizar pelo menos 200 médicos de MGF.

Este recurso ao setor privado e por arrasto, ao setor social, jamais ensaiado, denota um pendor ideológico privatístico, desnecessário e tecnicamente errado. Sendo os meios humanos escassos, torna-se difícil convencer o cidadão de que se defende o SNS, quando se propõem medidas que o irão diminuir e a prazo desmantelar.

Metas de calendário. O PES proponha

um plano com prazos muito exigentes. Será bom que haja compromissos de execução e não surpreenda a sua concentração em período anterior ao OE de 2025. Mas um compromisso é uma faca de dois gumes: um é o estímulo, o outro a desilusão.

Eis algumas dessas metas:

- Até 1 de junho de 2024: a nova linha de acesso SNS Grávidas estaria disponível, com canal direto com base em Saúde 24. Não parecia difícil de cumprir, mas a realidade e o desmantelamento da estrutura anterior provaram o contrário.
- Até julho de 2024 seria aberto concurso para quatro agrupamentos de USF, modelo C, cada uma com cinco USF.
- Até setembro de 2024 seriam atribuídos médicos de MGF a 130 mil novos utentes, por cancelamento de não-residentes e de residentes estrangeiros sem contacto com o CS nos últimos cinco anos, bem como pela utilização de vagas onde haja menos de 120 utentes sem médico de família.
- Até setembro de 2024 seria reduzida em 10 p.p. a percentagem de consultas subsequentes no total das consultas

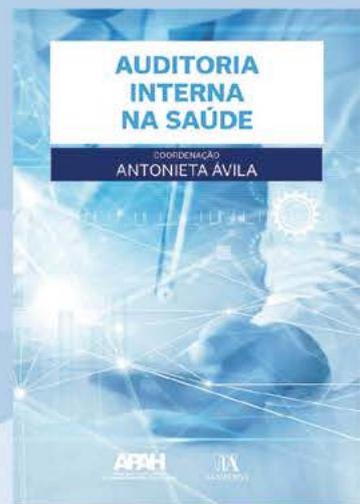
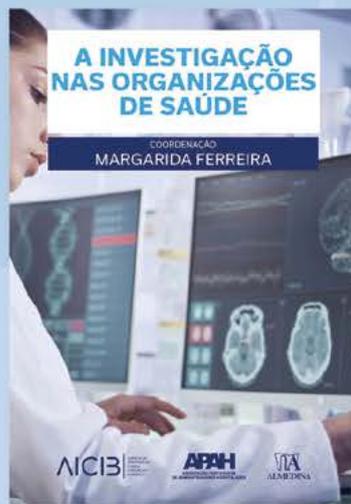
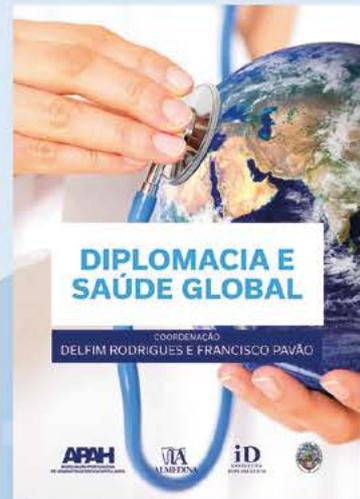
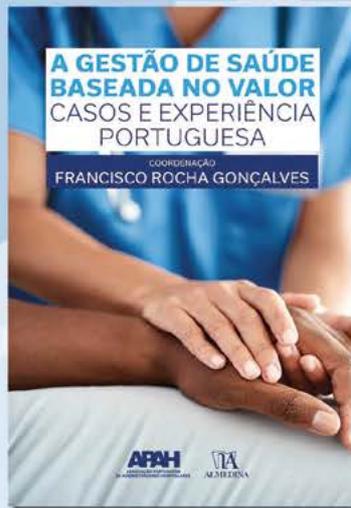
externas hospitalares.

- Até setembro de 2024 seriam requalificados e modernizados os equipamentos das urgências psiquiátricas. “Em paralelo”, seriam “consideradas as urgências gerais para posterior requalificação”.
- Até 31/12/2024 seria definido o modelo de incentivos para majoração do valor das primeiras consultas versus subsequentes, na consulta externa hospitalar.
- Em 31/12/2024 as listas de espera para cirurgia eletiva (LEC) seriam inferiores em 5% ao seu valor atual.
- Até 31/12/2024 seria revisto o algoritmo para consulta no dia seguinte, já ensaiado em Póvoa do Varzim/Vila do Conde.
- Até 31/12/2024 seriam definidos os incentivos financeiros para aumentar o número de partos no SNS, incluindo o respetivo diploma legal, sendo revisto o protocolo com os setores privado e social.
- Até 2025 seria atribuído médico de família a mais 400 mil utentes. Passaram julho, agosto, setembro, outubro e novembro. Que resultados temos? Seria útil sabermos como está a correr o PES e como as metas atrás indicadas terminavam em dezembro, esperamos pelo início de 2025 para conhecermos o que foi realizado.

CONCLUSÃO

Em tempo recorde, o governo cumpriu a prometida apresentação de um Plano de Emergência para a Saúde. O Plano nem é verdadeiramente de emergência, mas de médio prazo, nem todo ele se destina a reforçar o SNS, obrigação constitucional assumida pelo governo. Tem muitas propostas úteis e algumas até inovadoras. Mas por ele perpassa a intenção de transferir para o setor privado, a expensas de todos nós, muitas obrigações que pertencem e só ganham em ser executadas pelos serviços do SNS. Ganham em economia, desde logo, ganham em ownership, ou sentimento de pertença e sobretudo ganham na defesa e promoção da universalidade do acesso, primeiro passo para os ganhos de equidade. O País é de todos, os serviços públicos são para todos e no eterno dilema entre a eficiência e a equidade, a solução não é fatalmente valorizar a primeira e relegar a segunda para outros tempos. É possível manter as duas a passo acertado. ●

GESTÃO EM SAÚDE



Qual é a realidade da Auditoria Interna no setor público da saúde?

Luís Lee¹

Propõe-se uma reflexão sobre a atividade de Auditoria Interna (AI), enquanto agente de criação, proteção e manutenção de valor nas organizações, em particular no setor público da saúde.

ENQUADRAMENTO

Os referenciais e principais conceitos desta reflexão baseiam-se no Modelo das Três Linhas do The Institute of Internal Auditors (IIA) publicado em 2020, Normas Globais de Auditoria Interna - GIAS (2025), e o framework publicado pelo Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), em 2017.

Qual é o propósito da AI?

Reforçar a capacidade da organização para criar, proteger e manter o valor, providenciando ao Board e à Gestão de Topo uma garantia independente e objetiva, consultoria, aconselhamento e previsões, baseados no risco.

A AI contribui para melhorar o desempenho da organização:

- Alcançar com sucesso os objetivos da organização.
- Governança, gestão do risco e processos de controlo de interno.
- Processos de decisão e supervisão.
- Reputação e credibilidade junto das partes interessadas.
- Capacidade de servir o interesse público.¹

A AI é mais eficaz quando:

- É desempenhada por profissionais competentes, em conformidade com as GIAS que foram estabelecidas considerando o interesse público.
- A função de AI desempenha a sua atividade de forma independente, e reporta diretamente ao Board.
- Os auditores internos estão livres de quaisquer influências indevidas e comprometidos em realizar avaliações objetivas.

Modelo das três linhas do IIA

Este modelo procura definir a intervenção e o posicionamento dos vários órgãos das empresas em matéria de gestão e supervisão dos riscos. Procura evidenciar as várias linhas de defesa da organização contra os riscos que enfrenta e a intervenção de cada uma dessas linhas, constituídas por diferentes órgãos. A interação entre esses órgãos estão melhor esplanadas na **Figura 1**.

Este modelo foi ajustado em julho de 2020 pelo IIA, tendo por base o modelo anterior ("as três linhas de defesa"), também editado pelo IIA em 2013.

Governing Body (Board - órgão de Governação ou Conselho de Administração) é responsável perante os stakeholders pela supervisão da organização. Para isso, delega, dirige, atribui recursos e supervisiona a Gestão e a Auditoria Interna.

Management (Gestão de Topo - Administradores Executivos) tem a responsabilidade de realizar as ações necessárias para alcançar os objetivos da organização e reportar ao órgão de Governação sobre essa responsabilidade. Inclui as duas primeiras linhas de defesa:

- As funções de primeira linha têm que fornecer os bens ou serviços aos clientes e gerir os riscos relacionados com essa atividade.
- As funções de segunda linha têm que fornecer o conhecimento, o apoio, a monitorização e o desafio à gestão de risco, no sentido de a otimizar.

Internal Audit (Auditoria Interna) exerce a função de terceira linha:

- Tem a responsabilidade de procurar o alinhamento, a comunicação, a coordenação e a colaboração com a Gestão;
- Tem que garantir a sua independência e objetividade;
- Reporta ao Board.

Porquê adotar o Modelo das Três Linhas?

- Clareza de papéis e responsabilidades: Ajuda a definir quem é responsável

pelas áreas de atuação, dentro da organização.

- Integração e colaboração: Facilita o alinhamento entre as diferentes funções, promovendo uma abordagem integrada na gestão dos riscos.
- Reforça a governança: Melhora a prestação de contas e a transparência nas decisões.
- Segurança e confiança: Garante uma supervisão adequada dos riscos e controlos internos, reforçando a confiança dos stakeholders.

Este modelo é amplamente reconhecido como uma estrutura eficaz para alinhar estratégias, mitigar riscos e fortalecer a governança, sendo utilizado por organizações ao redor do mundo para garantir um desempenho robusto e sustentável. Presentemente está a ser revisto pelo IIA, por forma a responder de forma mais adequada aos novos desafios.

Matriz Comparativa: Gestão de Riscos, Controlo Interno e Auditoria Interna

A gestão de riscos, o controlo interno e a auditoria interna são componentes essenciais para a governança organizacional, mas cada um tem um foco, objetivo e papel distintos.

Resumo das Principais Diferenças:

- 1. Gestão de Riscos:** Está focada em identificar e mitigar incertezas e apoiar a estratégia organizacional.
- 2. Controlo Interno:** Tem como objetivo garantir a execução eficaz de processos, protegendo ativos e promovendo conformidade.
- 3. Auditoria Interna:** Atua de forma independente e objetiva para avaliar a eficácia dos controlos e da gestão de riscos, e apresenta oportunidades de melhorias.

Esses três elementos trabalham em conjunto, mas possuem papéis distintos, sendo complementares para assegurar o bom desempenho e a sustentabilidade da organização. Poderá observar maior detalhe destes três conceitos no quadro comparativo (**Figura 2**) descrito na página seguinte.

OS MOTIVOS QUE PODEM PREJUDICAR O PROPÓSITO DA AUDITORIA INTERNA NO SETOR PÚBLICO DA SAÚDE²

As GIAS orientam a prática profissional mundial da AI e servem de base para avaliar e elevar a qualidade da função de AI. Ou seja, a sua não adoção na plenitude ou adoção parcial em temas fundamentais, resulta que a “AI”, não desenvolve a atividade de AI, nos termos definidos e aceites internacionalmente.

No centro destas normas estão 15 princípios fundamentais (orientadores) que permitem uma atividade de AI eficaz. Cada princípio é apoiado por normas que contêm requisitos, considerações para implementação e exemplos de evidências de conformidade. Juntos, esses elementos ajudam os auditores internos a alcançar os princípios e cumprir o propósito da AI.

O autor desta reflexão considera que provavelmente os seguintes princípios não são adotados na sua plenitude ou parcialmente, pela maioria das entidades do setor público da saúde, tendo presente o Decreto Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto:

Competência - “Os auditores internos aplicam os conhecimentos, as competências e as capacidades para desempenharem com êxito as suas funções e responsabilidades.”

No âmbito do Art. 86, n.º 5, alínea a), quantos auditores tem o certificado CIA (Certified Internal Auditor[®]) e CRMA (Certification in Risk Management Assurance)?

O nível de exigência “obriga” a que a função de AI tenha competências e conhecimentos nas Normas GIAS, nos processos de negócio, nas áreas de tecnologia de informação, em particular em CAAT’s (Computer Aided Audit Tools), riscos de fraude, ESG e ciber segurança, COSO, softskills, etc.

Autorizado pela Board - “O Board (Conselho de Administração) estabelece, aprova e apoia o mandato da função de AI.”

Tendo presente as competências da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (Art. 9), do Conselho de Administração (Art. 71) e do Presidente do Conselho de Administração (Art. 72), o autor desta reflexão

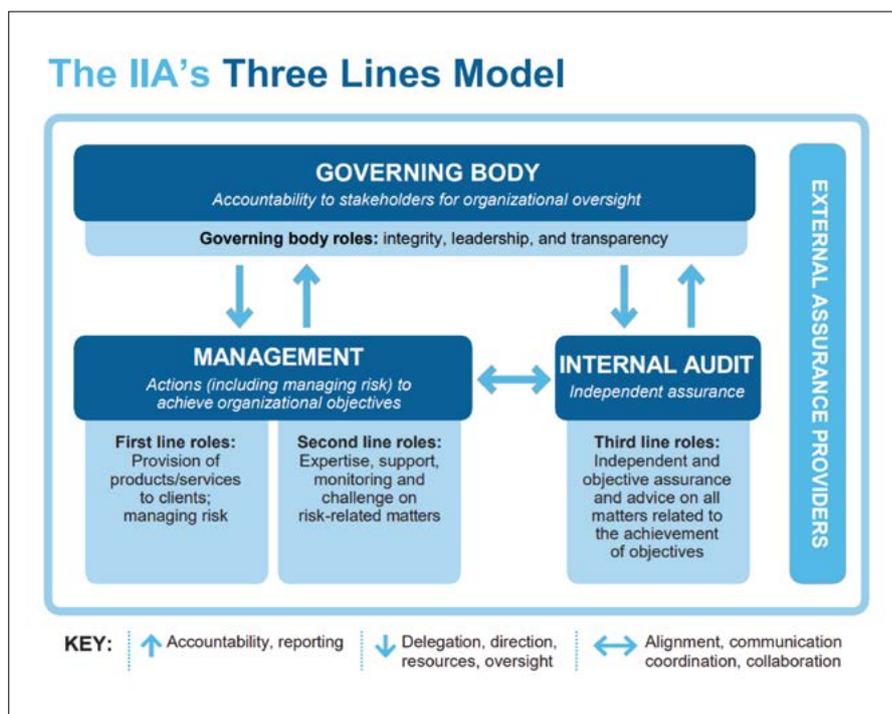


Figura 1: The IIA's Three Model Lines

Publicado pelo The Institute of Internal Auditors (IIA).

questiona: quem é efetivamente o Board e o Management, de acordo com o preconizado nas normas internacionais?

Se atendermos ao Modelo das Três Linhas, as competências do Conselho de Administração (CA) estão enquadradas na designação de “Management”.

No Art. 86, no n.º 3, determina que a AI reporta ao Presidente do CA, mas nos n.ºs 5, 9, 11, e 13 indicam que efetivamente a AI reporta ao CA?

Dou boa nota que no Art. 86, n.º 8, determina a adoção das normas internacionais (GIAS) na prática de Auditoria Interna. O autor desconhece quais são as normas internacionais para a prática profissional de gestão de riscos.

Independência - “O Board (Conselho de Administração) estabelece e protege a independência e as qualificações da função de AI.”

O Board é responsável por garantir a independência da função de AI. A independência é definida como a ausência de condições que prejudiquem a capacidade da função de AI de cumprir suas responsabilidades de forma imparcial.

Quando o responsável pela AI tem

uma ou mais funções para além da AI, as responsabilidades, a natureza do trabalho e as salvaguardas estabelecidas devem ser documentadas na carta de auditoria interna*.

Na maioria das entidades do setor público da saúde, a independência está prejudicada porque não tem o apoio adequado por parte do Board, é solicitado para desenvolver atividades fora do âmbito da AI, existem conflito de interesses, limitação de acesso às informações e pessoas, e/ou reportam à Gestão de Topo.

O Art. 86, n.º 1 determina (e bem) as competências da AI na avaliação dos processos de controlo interno e gestão de riscos. No entanto, n.º 2 alínea e) refere que a AI é responsável por “elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução”. No Art. 87, n.º 4, a AI deve apresentar ao CA uma proposta de procedimento de comunicação de irregularidades. Estas aparentes contradições, prejudicam a Independência da AI em avaliar na sua plenitude o processo de gestão de riscos e o canal de denúncia.

Adicionalmente, o cumprimento do preconizado no Art. 86, n.º 16, poderá limitar a AI no acesso às informações ▶

| CRITÉRIO | GESTÃO DE RISCOS | CONTROLO INTERNO | AUDITORIA INTERNA |
|-------------------------------|--|--|--|
| Definição | Processo sistemático de identificação, avaliação, priorização e mitigação de riscos que podem impactar os objetivos organizacionais. | Conjunto de políticas, procedimentos e práticas implementados para garantir a eficácia das operações, a fiabilidade da informação e a conformidade com regulamentos. | Atividade independente e objetiva que avalia a eficácia da governança, gestão de riscos e controles internos, fornecendo análises e recomendações. |
| Objetivo Principal | Gerir incertezas e maximizar oportunidades para alcançar os objetivos organizacionais. | Garantir o cumprimento de objetivos operacionais, financeiros e regulatórios através de sistemas de controle. | Avaliar e melhorar a eficácia da governança, gestão de riscos e controles internos. |
| Responsabilidade | Gestão de Topo e Operacionais. | Toda a organização, com responsabilidades atribuídas às equipas operacionais e de gestão. | Auditoria interna (independente) reporta ao Board (Conselho de Administração ou Comitê de Auditoria). |
| Abordagem | Foco estratégico: Identificação e mitigação de riscos (estratégico, financeiro, compliance e operacional). | Foco operacional: Estabelecimento e monitorização de controlos nos processos e atividades diárias. | Foco na avaliação: Verificação independente da eficácia dos sistemas e processos de gestão de riscos e controle interno. |
| Periodicidade | Contínua, como parte do ciclo de gestão estratégica. | Contínua, embutida nas operações diárias da organização. | - Periódica, baseada em planos anuais de auditoria. - Contínua, com evolução e disponibilidade de novas ferramentas em sistemas de informação (ex: blockchain, robótica, IA, etc.). |
| Ferramentas e Métodos | Matriz de riscos, avaliação de impacto e probabilidade, planos de mitigação. | Procedimentos, políticas, checklists, fluxos de trabalho, segregação de funções. | Programas de auditoria, testes de controlos, relatórios de auditoria. Sistemas de Informação CAAT's. |
| Independência | Realizada por gestores, com pouca ou reduzida independência, já que fazem parte do processo organizacional. | Integrada às operações, não independente (execução por colaboradores da própria organização). | Total independência para garantir objetividade; responde diretamente ao Board (Conselho ou Comitê de Auditoria). |
| Benefícios | - Antecipação e mitigação de riscos. - Apoio à tomada de decisões estratégicas. | - Redução de falhas e fraudes. - Conformidade com leis e regulamentos. - Eficiência operacional. | - Garantia da eficácia dos controlos internos e gestão de riscos. - Identificação de oportunidades de melhoria. |
| Relação com Governança | Parte integrante da governança estratégica. | Elemento operacional da governança, fornecendo suporte para atingir os objetivos estratégicos. | Função de supervisão e avaliação, garantindo que os processos de governança e gestão funcionem de forma eficaz. |
| Exemplo de Atividade | Avaliar o impacto de uma nova regulamentação sobre a organização e desenvolver estratégias para mitigar riscos. | Implementar um sistema de segregação de funções em processos financeiros para evitar fraudes. | Rever se os controlos financeiros e operacionais são eficazes e se a gestão de riscos está alinhada aos objetivos organizacionais. |

Figura 2

que sejam relevantes para a realização das auditorias. Sublinho que os auditores têm o dever de “proteger as informações de forma adequada” (Princípio 5 do GIAS - Manter a confidencialidade).³

Na ausência de um Board formal, uma das alternativas para assegurar a Independência da função de AI, seria o responsável reportar hierarquicamente a um Comitê ou Comissão de Auditoria, constituído por membros designados pelos stakeholders relevantes (ex: Direção do SNS, ACCS, etc.), com a missão de designar ou destituir o responsável da AI,

aprovar o plano anual e estratégico de auditoria interna, assegurar os recursos necessários, providenciar e partilhar pareceres e relatórios dos auditores internos aos stakeholders e à equipa de management sobre a performance do processo de supervisão interna (gestão de riscos, controlo interno e governação).

Supervisionado pelo Board - “O Board (Conselho de Administração) supervisiona a função de AI para garantir a sua eficácia.”

A concretização deste princípio exige uma comunicação colaborativa e interativa entre o Board e o responsável

pela AI, bem como o apoio do conselho para garantir que a função de AI obtém recursos suficientes para cumprir o mandato de AI.

A título de exemplo, o responsável pela AI interage regularmente com o Board e procura obter informações sobre as suas perspetivas e expectativas em relação à compreensão e supervisão não só da gestão dos riscos financeiros, mas também de uma vasta gama de preocupações não financeiras em matéria de governação e gestão de riscos, incluindo, por exemplo, iniciativas estratégicas, cibersegurança, sustentabilidade, resiliência empresarial

e reputação. Será que estes temas são discutidos com o “Board”? Provavelmente, não.

Gestão da função AI - “O responsável pela AI planeia estrategicamente para posicionar a função de AI no cumprimento do seu mandato e alcançar o sucesso a longo prazo. Gere os recursos para aplicar a estratégia da função de AI e cumprir o seu plano e mandato.”

O responsável pela AI compreende os processos de Governação? Nomeadamente, conhece como os objetivos estratégicos e operacionais foram formulados? O processo de gestão de riscos? Promove a cultura ética, uma gestão eficaz de desempenho e responsabilização?

Quanto aos processos de Gestão de Riscos e de Controlo, compreende como a organização identifica e avalia os riscos (incluindo os riscos clínicos) significativos e determina as medidas de mitigação (controlo interno)? A organização tem uma cultura de Gestão de Riscos robusta? Tem um plano a médio e longo prazo para utilização das novas tecnologias (ex: Blockchain, Robotic Process Automation, Inteligência Artificial, Data Analytics, Machine Learning, etc.)? Provavelmente, não.

Qualidade (QAIP) - “O diretor de AI é responsável pela conformidade da função de AI com as GIAS e pela melhoria contínua do desempenho.”

O responsável pela AI deve conceber e implementar um Programa de Qualidade e Melhoria Contínua (QAIP) para avaliar e promover a conformidade da função de AI com as Normas. Neste âmbito, deve promover uma Avaliação Externa de Qualidade (EQA), pelo menos uma vez de cinco em cinco anos, por um avaliador qualificado e independente ou por uma equipa de avaliação.

Quantas entidades do setor público da saúde tem o programa QAIP? Provavelmente, muito poucos.

Quantas entidades do setor público da saúde, incluindo o setor privado, teve um EQA com resultado positivo, realizada por um organismo nacional reconhecido (DL 52, n.º 5, alínea b)? Nenhum!

Poderíamos questionar que um qualquer organismo público em Portugal não conseguirá alcançar um EQA com resultado positivo. Pois... o autor dá boa nota que recentemente, as Infraestruturas de Portugal S.A. (empresa do setor público) alcançaram com sucesso esse desígnio. O compromisso do Board, a equipa e o talento da AI e uma cultura de risco da organização, foram relevantes para a concretização deste objetivo. Presentemente, existem várias empresas públicas que iniciaram o programa QAIP.

DESAFIOS PARA A AUDITORIA INTERNA NO SETOR DA SAÚDE

Temos a perceção, ou talvez a certeza, que a função de AI na maioria das entidades do setor público da saúde...

- Mantém atividades fora do âmbito de AI e tipicamente responsabilidades da segunda linha (gestão do risco de corrupção e infrações conexas, canal de denúncia, controlo interno, compliance, auditoria forense, inspeções, etc.),
- As auditorias não são efetivamente baseadas em riscos críticos,
- Limitações de acesso à informação e pessoas,
- Conhecimento insuficiente, e
- Restrições de recursos humanos e tecnológicos?

Os desafios são enormes... Para se alcançar a excelência da função de AI, teremos que começar por algum lado. Porque não começamos por “nós”?

Primeira iniciativa: Adquirir as competências e os conhecimentos necessários para o desenvolvimento da atividade de AI. Em seguida por “eles”.

Segunda iniciativa: “Educar” o Board sobre o que é a função de AI e qual o valor que poderá aportar à sua organização. “Os auditores internos devem efetuar o seu trabalho com honestidade e coragem profissional”. Gosto do termo Coragem. Temos coragem e talento para efetuar advocacy junto do Board e do Management? ... e por “todos”.

Terceira iniciativa: Como podemos contribuir para o desenvolvimento de uma cultura e gestão de risco robusta na organização?

Por fim...

Quarta iniciativa: Desenhar e implementar o QAIP e efetuar um EQA num prazo de cinco anos.

Para se alcançar a excelência da função de AI, teremos que começar por algum lado

Nota final: Para aumentar a velocidade da mudança e alcançarmos a excelência da função de auditoria interna no setor público da saúde, provavelmente teremos que seguir o caminho percorrido pelo setor financeiro em Portugal (Aviso nº 3/2020 do BdP). Votos de uma boa jornada. ●

REFERÊNCIAS

1. Engloba os interesses sociais e económicos e o bem-estar geral de uma sociedade e das organizações que nela operam (incluindo os dos empregadores, empregados, investidores, comunidade empresarial e financeira, clientes, consumidores, reguladores e governo). As questões de interesse público são específicas do contexto e devem ponderar a ética, a justiça, as normas e valores culturais e os potenciais impactos díspares em determinados indivíduos e subgrupos da sociedade.
- Global Internal Auditing Standards (GIAS), edição 2025, publicado pelo The Institute of Internal Auditors (IIA) em 2024, com sede nos EUA.
2. Embora as GIAS se apliquem a todas as funções de AI, os auditores internos do sector público trabalham num ambiente político com estruturas de governação, organização e financiamento que podem ser diferentes das do sector privado. A natureza dessas estruturas e as condições relacionadas podem ser afetadas pela jurisdição e nível de governo em que a função de AI opera. Além disso, alguma terminologia usada no sector público difere da do sector privado. Estas diferenças podem afetar a forma como as funções de AI no sector público aplicam as Normas.
3. No âmbito da Norma 6.2 do GIAS, devem ser incluídas na carta de AI as salvaguardas relativas à objetividade e independência das atividades realizadas pela AI referidas nos parágrafos anteriores, que são tipicamente responsabilidades da segunda linha e eventuais limitações de acesso à informação.
- The IIA's Three Model Lines Model - An update of the Three Lines of Defense, publicado em Julho de 2020 pelo The Institute of Internal Auditors (IIA), com sede nos EUA.
- Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance, edição de junho 2017, publicado pelo COSO - Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, com sede nos EUA.
- Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, Decreto Lei nº 52 / 2022 de 4 de agosto.

1. Consultor do IIA Global (USA), IIA Espanha e IIA Portugal (IPAI); Professor na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; Empresário e Gestor da Restauração.

Capacitação de Profissionais de Saúde e Gestores de Saúde em Inteligência Artificial: uma necessidade urgente para a transformação do setor

Joana Seringa¹, Teresa Magalhães¹,
Rui Santana¹

A Inteligência Artificial (IA) está a transformar o mundo como o conhecemos, ao emergir como uma das inovações mais impactantes e revolucionárias do nosso tempo. No setor da saúde, o seu potencial é extraordinário: diagnósticos mais precoces, tratamentos personalizados, otimização de processos operacionais e gestão eficiente de cuidados.

Mas, como qualquer revolução, a IA também traz desafios. A plena integração desta tecnologia no sistema de saúde não depende apenas da tecnologia, mas sobretudo do fator humano. Para que esta transformação resulte em benefícios reais para os utentes, profissionais e instituições, é essencial que tanto os profissionais de saúde quanto os gestores possuam um nível elevado de conhecimento e competência para lidar com as ferramentas e soluções baseadas nesta tecnologia.

Nesse contexto, a capacitação emerge como um fator essencial para garantir que a IA seja utilizada de forma eficaz, ética e segura, promovendo benefícios reais para os utentes, os profissionais e as instituições. O objetivo é garantir que a IA transforma a saúde como a conhecemos, mantendo os princípios e valores de uma prática humanizada. A Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP NOVA) forma lideranças em saúde há mais de cinco décadas e a IA faz hoje parte da nossa oferta formativa, com a nossa experiência a demonstrar que os profissionais estão disponíveis para este caminho de atualização e mudança.

O IMPACTO TRANSFORMADOR DA IA NA SAÚDE

A adoção da IA no setor da saúde tem o potencial de transformar de forma radical a forma como os cuidados são prestados. A utilização de algoritmos avançados permite a análise de grandes volumes de dados clínicos, possibilitando diagnósticos mais rápidos e precisos. A IA pode, por exemplo, analisar exames de imagem com uma precisão que muitas vezes supera a capacidade humana, identificando padrões que poderiam passar despercebidos por médicos experientes. Além disso, a aprendizagem de máquina e os modelos preditivos são fundamentais para prever o risco de doenças e agudizações de condições crónicas, possibilitando intervenções precoces e tratamentos personalizados, com ganhos diretos para a saúde dos utentes e para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Por outro lado, a IA pode também otimizar a gestão de recursos, tanto humanos como materiais, nas instituições de saúde, o que cria novas oportunidades para redefinirmos e reinventarmos o conteúdo funcional de várias profissões, fazendo emergir um novo modelo de organização. A automatização de tarefas repetitivas e a análise preditiva de fluxos de utentes permitem uma gestão mais eficiente das equipas de saúde e dos recursos hospitalares, reduzindo custos e melhorando a qualidade do atendimento.

Contudo, o verdadeiro potencial da IA só será alcançado se houver uma capacitação adequada dos profissionais que a irão utilizar, bem como dos gestores que terão a responsabilidade de integrar estas tecnologias nas instituições de saúde.

COMPONENTES DA CAPACITAÇÃO

A capacitação de profissionais de saúde e gestores de saúde em IA deve ser vista como uma prioridade estratégica para qualquer sistema de saúde que se proponha a adotar essas tecnologias de forma eficaz. Não basta apenas implementar soluções tecnológicas, é necessário que os utilizadores tenham uma compreensão profunda de como essas soluções funcionam, dos benefícios que podem trazer e dos desafios que apresentam.

O capital humano tem de estar envolvido na mudança. A formação deve, portanto, ir além da simples utilização de ferramentas, abordando também os conceitos fundamentais da IA, como aprendizagem de máquina, redes neurais, algoritmos de decisão e processamento de linguagem natural, bem como as suas implicações para o sistema e a sociedade.

Ao mesmo tempo, a capacitação deve incluir uma forte componente ética. A IA tem um impacto direto no tratamento de dados pessoais, nomeadamente informações sensíveis relacionadas com a saúde dos utentes. Por conseguinte, a privacidade e a segurança dos dados devem ser prioritárias, e os profissionais de saúde devem ser formados para lidar com as questões de consentimento informado, proteção de dados e confidencialidade no uso de tecnologias baseadas em IA.

Adicionalmente, os profissionais precisam de compreender os desafios da IA, como o risco de viés algorítmico, que pode perpetuar desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, ou mesmo a possibilidade de as máquinas tomarem decisões que afetem vidas humanas sem a supervisão adequada. A transição digital que a saúde está a fazer a vários níveis apresenta um risco claro para as franjas mais vulneráveis

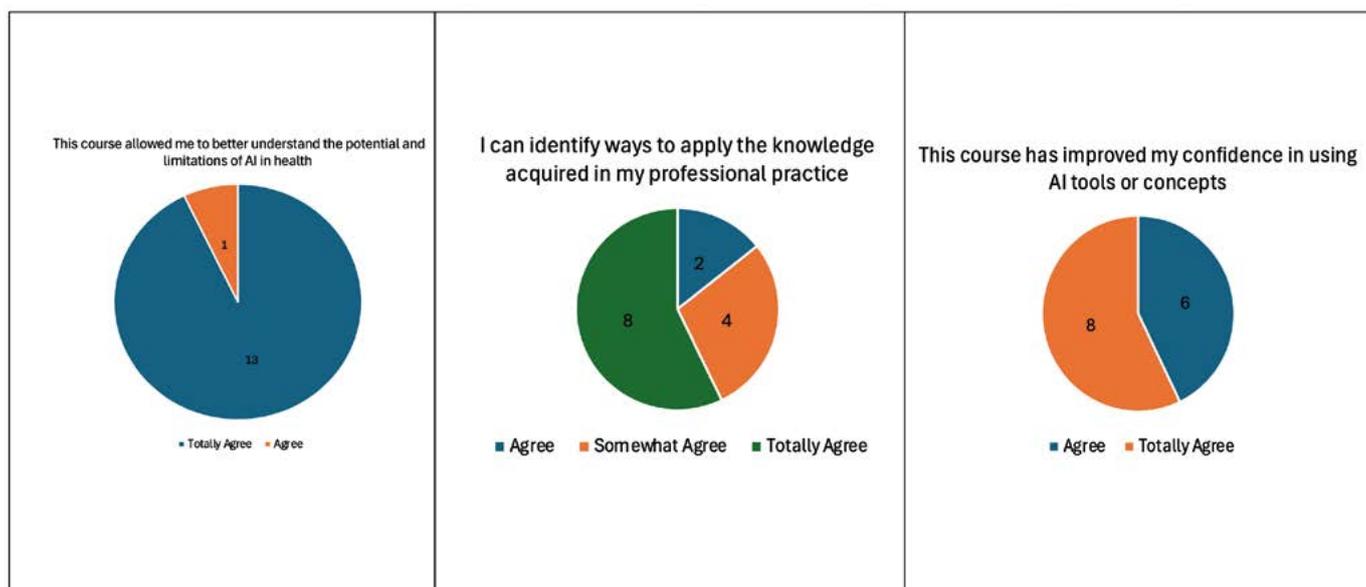


Figura 1: Feedback dos estudantes do Curso de IA em Saúde

da população, que muitas vezes continuam a ficar de fora das grandes políticas, pelo que importa assegurar que a IA não será indutora de mais desigualdades em saúde, e sim um garante de mais coesão social.

O aspecto ético da IA também implica a necessidade de garantir a transparência e a explicabilidade dos algoritmos. Num setor como a saúde, onde as decisões têm um impacto direto na vida das pessoas, é fundamental que as ferramentas baseadas em IA sejam compreensíveis e auditáveis. Os profissionais e gestores precisam de ser capacitados para avaliar os resultados de decisões automáticas e garantir que estas estejam alinhadas com os princípios da medicina baseada em evidência e da ética clínica.

Em particular, a capacitação de líderes para a integração da IA no sistema de saúde é fundamental. Sem uma liderança bem preparada, os investimentos em tecnologias de IA podem ser desperdiçados, resultando num impacto mínimo ou até mesmo negativo. Assim, para além do conhecimento técnico e ético, a capacitação deve incluir uma compreensão das implicações sociais, económicas e políticas da IA na saúde.

Nesse sentido, a ENSP NOVA já deu um passo importante ao implementar um curso de inteligência artificial em saúde, no âmbito da sua oferta formativa em saúde digital, procurando

também introduzir a inovação em todas as suas formações e práticas de ensino. O curso de IA foi direcionado a profissionais e gestores de saúde, com foco nas aplicações práticas da IA, nas considerações éticas que ela levanta e nas estratégias necessárias para a sua implementação em cenários do mundo real. Ao incorporar metodologias de ensino inovadoras, como a aprendizagem através de estudos de caso e baseada em projetos, o curso pretendeu preparar os participantes para liderar a inovação orientada por IA nas suas organizações e contribuir para a transformação mais ampla dos sistemas de saúde.

A Figura 1 apresenta o feedback dos estudantes deste curso e comprova a disponibilidade dos profissionais para liderarem a mudança. Dos estudantes que responderam ao questionário de satisfação com o curso (n = 14), a totalidade (100%) afirmou que este curso permitiu compreender melhor o potencial e as limitações da IA na área da saúde; 71,4% concordou que consegue identificar formas de aplicar os conhecimentos adquiridos na minha prática profissional. Também a totalidade dos respondentes (100%) reconheceu que este curso melhorou a sua confiança na utilização de ferramentas ou conceitos de IA.

CONCLUSÃO

A capacitação de profissionais de saúde e gestores de saúde em IA não

é apenas uma tendência, mas uma necessidade urgente para que o setor da saúde possa cumprir o seu papel na era digital.

Investir na capacitação contínua em IA é investir no presente e futuro da saúde. Profissionais bem preparados não só serão capazes de utilizar as tecnologias de forma eficaz, mas também de liderar uma transformação digital ética, transparente e centrada no utente. Somente com uma sólida formação técnica e ética, a IA poderá cumprir o seu papel como uma ferramenta de melhoria dos cuidados de saúde e da gestão de recursos, beneficiando todos os envolvidos no processo, desde os utentes até os profissionais e as comunidades em geral para garantirmos que os sistemas de saúde e as sociedades das próximas décadas conseguem continuar a garantir o caminho de ganhos em saúde registado até agora. Com uma base sólida de conhecimento técnico e ético, a IA poderá cumprir o seu papel como catalisador de inovação e melhoria na saúde pública. ●

1. NOVA National School of Public Health, Public Health Research Centre, Comprehensive Health Research Center, CHRC, REAL, CCAL, NOVA University Lisboa, Lisbon, Portugal



Sónia Dias

Diretora da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP NOVA)

“Falar de Administração Hospitalar é falar da ENSP NOVA”

A caminhar para os 60 anos de existência, a ENSP NOVA fundou o Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) e tem “desempenhado um papel central na capacitação de Administradores Hospitalares”, sublinha **Sónia Dias**, realçando que o curso já formou mais de 1.000 profissionais. Nesta entrevista, a Diretora destaca também o caminho da Escola para que “não seja apenas uma instituição de ensino, mas um espaço de excelência em Saúde Pública”.

Quais são os principais desafios que a Escola Nacional de Saúde Pública enfrenta atualmente e como pretende abordá-los? Quais os principais eixos de atuação para o próximo triénio?

Os desafios da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP NOVA) refletem as complexas transformações na saúde pública em Portugal e no mundo, marcada por crises sanitárias, o aumento crítico do peso das doenças crónicas não transmissíveis, desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, alterações climáticas com elevado impacto na saúde, envelhecimento populacional e rápida transformação digital, entre outras. Todas estas alterações estão a acontecer a uma velocidade sem precedentes, que acarretam necessidades de resposta distintas e crescentes, exigindo um reforço da qualificação das lideranças e dos profissionais de saúde, mas também um reforço da investigação científica. Neste contexto, a ENSP NOVA assume um papel essencial na capacitação de profissionais altamente qualificados e na formação de líderes e agentes de mudança que, além de dominarem o

conhecimento técnico mais atual nestas múltiplas componentes, possuam uma visão crítica e uma capacidade de agir com impacto real e imediato na vida e saúde das populações. Em simultâneo, reforçamos a nossa atuação na área da investigação, com presença em grandes consórcios internacionais, promovendo a tradução dos avanços científicos em políticas e práticas eficazes, com criação de mais impacto em saúde e social. Com uma visão estratégica clara, a atual Direção tem procurado consolidar a posição da ENSP NOVA como um motor de inovação global em saúde pública, reforçando a sua projeção nacional e internacional. Trabalhamos todos os dias para consolidar o que fazemos bem, avaliar prioridades estratégicas, antecipar necessidades e oportunidades, bem como ajustar, se necessário, o que fazemos e como o fazemos. A ENSP NOVA conta hoje com um perfil cada vez mais dinamizador e uma rede robusta de colaborações e parcerias, apostando na internacionalização, inovação, criação de valor, transferência do conhecimento e sustentabilidade, integrando estas dimensões de forma

transversal nas suas três áreas de missão: ensino/formação, investigação e proximidade à comunidade. A ENSP NOVA seguirá o seu percurso, com determinação e uma visão clara e estratégica, para responder aos desafios emergentes e complexos de saúde pública e dos sistemas de saúde. Alicerçada em valores indiscutíveis como qualidade, integridade, rigor, diversidade, cidadania e sustentabilidade, a Escola continuará a sua missão de criar uma massa crítica de profissionais e investigadores ao serviço da melhoria da saúde das populações. Acredito que o nosso êxito continuará a sair reforçado com o dinamismo, envolvimento ativo, robustecimento da comunidade ENSP NOVA e capacidade de trabalharmos em conjunto, motivados pela aspiração comum de assumirmos um papel significativo para se alcançar uma sociedade mais equitativa, coesa e saudável.

A carreira de administração hospitalar está neste momento a ser negociada, pela primeira vez desde a sua criação em 1980, e a ENSP desempenhou desde sempre um papel fundamental na medida em que foi a única entidade

universitária a ministrar o curso de especialização de Administração Hospitalar. Estamos em crer que este tem sido um percurso rico e proveitoso para os Administradores Hospitalares. Como é que a ENSP vê este trajeto?

Falar de Administração Hospitalar é falar da ENSP NOVA. O nosso percurso é indissociável desta área e representa um dos maiores legados da Escola. O Serviço Nacional de Saúde aproxima-se das cinco décadas de existência, e a ENSP NOVA caminha para 60 anos de dedicação à formação de líderes e profissionais de saúde altamente qualificados em hospitais, unidades de saúde e organizações do setor; tanto a nível nacional como internacional. A excelência dos nossos alumni do CEAH é inegável, refletindo-se nas múltiplas nomeações para cargos governativos e de liderança de topo em hospitais, administrações regionais, unidades locais de saúde, grupos privados e instituições internacionais. O mérito é sempre individual, mas é inegável que a ENSP NOVA tem sido um ponto de convergência e um catalisador comum nos percursos de sucesso destes profissionais. Ao longo das décadas, os Administradores Hospitalares formados pela ENSP NOVA tiveram um papel crucial na consolidação do SNS, introduzindo inovação, liderando equipas, otimizando recursos e assegurando a sustentabilidade das instituições de saúde. Áreas fundamentais como organização dos serviços, incluindo planeamento, gestão estratégica, operacional e logística, financiamento hospitalar, recursos humanos, qualidade e segurança do doente, transformação digital e inovação, gestão da relação com doentes e comunidade, compliance e regulação, e gestão de crises e emergências são alguns dos domínios onde se destacam. Mesmo perante desafios complexos, estes profissionais demonstraram sempre uma enorme capacidade de adaptação e um compromisso inabalável com a melhoria contínua do sistema de saúde. A ENSP NOVA tem acompanhado, de perto, a evolução do setor; ajustando continuamente a formação às necessidades emergentes. A modernização da carreira de Administração Hospitalar é um passo essencial para garantir a valorização destes profissionais e, por isso, saudamos a abertura deste processo negocial. De facto, só através de uma carreira moderna, adaptada ao tempo em que vivemos e preparada para os desafios futuros conseguiremos atrair e reter os



melhores talentos. A ENSP NOVA está preparada e tem um conhecimento ímpar para participar e contribuir ativamente para este processo, não só pela legitimidade de ser a entidade responsável pela formação dos Administradores Hospitalares (AH) ao longo das últimas décadas, mas também pelo forte contributo na produção de conhecimento científico no nosso país, pelo trabalho contínuo em estreita parceria com a APAH, e outras associações, e a proximidade com os profissionais no terreno. Conhecemos bem a realidade, os desafios, mas também as oportunidades para a construção de um futuro mais

robusto, inovador e sustentável para a gestão da saúde, e em particular para a Administração Hospitalar, em Portugal.

NOVA OFERTA FORMATIVA

Que oportunidades antecipa para o CEAH da ENSP NOVA na eventualidade de outras universidades poderem ministrar também esta especialização? E quais as potenciais ameaças?

Trabalhar no setor da saúde, especialmente na gestão e administração hospitalar, é um dos maiores desafios da área pública e privada, exigindo não apenas conhecimento técnico, mas também uma visão estratégica e uma capacidade de adaptação constante. Ao contrário ▶



de outras áreas de gestão, a administração hospitalar lida diretamente com vidas humanas, para além das pressões orçamentais, regulamentações rigorosas e a necessidade de coordenar equipas multidisciplinares em ambientes de elevada complexidade. Além disso, a tomada de decisões precisa de equilibrar a eficiência operacional com a qualidade e segurança para o doente. A preparação para enfrentar estes desafios com excelência começa muito antes da chegada ao terreno: começa na formação. Temos muita honra e orgulho na nossa história e trabalhamos todos os dias para continuar a proporcionar profissionais únicos ao mercado, num ambiente de docentes de excelência e investigadores muito competentes, de uma rede extensa de alumni e de uma proximidade a muitos parceiros e à comunidade. De facto, sobretudo na última década, assistiu-se a um forte movimento de criação de nova oferta formativa pós-graduada, o que demonstra o interesse e a necessidade de formação na área. Existirão aproximadamente cerca de 50 cursos e formações em Portugal. Se, por um lado, se aplaude este crescimento, por outro, é facilmente compreensível que muitas vezes este volume se caracteriza exclusivamente pela oferta de produtos de formação, sem enquadramento de estruturas de conhecimento, de investigação ou de experiência prática que suportem o ensino, da garantia de corpo docente

e investigadores qualificados plenamente dedicados à área específica da gestão em saúde, de alunos e doutoramentos efetivos, de projetos de investigação e publicações na área ou mesmo de presença nas redes internacionais de referência. Aliás, este tema foi também já avaliado pela APAH, com preocupações idênticas no reconhecimento das formações. Na nossa opinião, é essencial manter a identidade de um corpo profissional altamente diferenciado, treinado e preparado, preservando o que está disposto na carreira que tem sido crítico para o sucesso, isto é, uma formação especializada de qualidade, rigorosa e estruturada. Não existe evidência objetiva que leve a contrariar o modelo de formação existente e que, como sabemos, continua a ser praticado em muitos outros países, e mesmo noutros setores em Portugal. Adicionalmente, a ideia da formação de gestores públicos que, na sua carreira, estejam ao serviço do estado português nas suas funções de proteção à doença e promoção da saúde implica uma abordagem de Saúde Pública específica, onde é difícil reunir competências, conhecimentos e estruturas capazes de o fazer na totalidade. Fará assim, todo o sentido, sim, reconhecer também a formação obtida ao longo da vida, porque poderão existir competências ou temáticas que, em cada momento dos percursos profissionais, necessitem de ser lecionadas por instituições mais

especializadas que possam colmatar essas necessidades.

Uma das áreas onde os Administradores Hospitalares que estão no terreno mais sentem carência é na disponibilização e oferta de programas de formação contínua que lhes permitam adquirir novas competências ou refrescar as que já possuem. Nesta matéria, que oferta podemos esperar da ENSP para os próximos três anos?

Como referi, vivemos tempos de transformação acelerada em termos de desafios em saúde, e em que a evolução científica, tecnológica e dos modelos de gestão, entre outros, redefine constantemente as exigências do setor. Para garantir a relevância da formação, é essencial reinventarmo-nos continuamente, assegurando que os profissionais de saúde - em particular os Administradores Hospitalares - dispõem das competências necessárias para liderar organizações complexas e responder eficazmente às crescentes exigências dos sistemas de saúde. Sabemos que os Administradores Hospitalares, enquanto decisores estratégicos, enfrentam desafios cada vez mais exigentes, desde otimização de recursos, constrangimentos financeiros, modelos de gestão integrada ou adoção de novas tecnologias.

Num setor tão dinâmico e desafiador como o da saúde, a formação ao longo da vida não é um luxo - é um requisito essencial para garantir uma gestão eficiente, sustentável e orientada para a inovação. A ENSP NOVA está consciente da necessidade de uma formação contínua robusta, especialmente numa era marcada pela transição digital e pela integração de ferramentas baseadas em inteligência artificial. Em simultâneo, este progresso deve ser equilibrado com a valorização de princípios fundamentais como a humanização, a ética e a personalização dos cuidados, bem como o reforço de competências como liderança, comunicação e decisão em momentos de crise, entre outras.

Acreditamos que a inovação, quando bem utilizada, é um motor para a equidade e a melhoria da saúde, garantindo que a eficiência organizacional se traduza em melhores resultados em saúde.

Com isso em mente, a ENSP NOVA tem vindo a expandir a sua oferta formativa, reforçando o desenvolvimento de competências estratégicas e operacionais para estes profissionais. Com este compromisso, após uma auscultação a múltiplos stakeholders, lançámos o

NextGenEducaTion by ENSP NOVA, um conceito inovador que agrega cursos de curta duração, desenhados para responder a necessidades específicas de atualização profissional. A elevada adesão - com profissionais de hospitais, Unidades Locais de Saúde (ULS), farmacêuticas e empresas do setor da saúde - demonstra a pertinência desta abordagem.

De destacar alguns dos cursos mais recentes, como o Advanced Healthcare Management and Leadership Program e o Programa de Healthcare Transformation, que contam com professores de referência internacional ou ainda o Curso de Avaliação Económica em Saúde e o Programa de Gestão Autárquica na Saúde. Paralelamente, desenvolvemos cursos em áreas emergentes, como Inteligência Artificial na Saúde e Data Science, e ampliamos a oferta de formação flexível, incluindo um Curso de Epidemiologia online.

Nos próximos anos, esta evolução será reforçada com o lançamento de três novas pós-graduações estratégicas - em Gestão de Recursos Humanos na Saúde, Integração de Cuidados e Comunicação em Saúde - áreas fundamentais para a eficácia da gestão hospitalar. Ao nível dos ciclos de estudos conferentes de grau, submetemos recentemente cinco novos mestrados de 60 créditos, consolidando a nossa aposta na especialização avançada. Paralelamente, daremos início, em 2026, à primeira licenciatura da ENSP NOVA, em Global Public Health, acreditada pela A3ES e lecionada em inglês, preparando uma nova geração de líderes para o setor da saúde global.

A ENSP NOVA mantém também um forte compromisso com a formação internacional e a capacitação global de líderes na área da saúde. Apenas no último trimestre de 2024, organizámos, em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), dois cursos internacionais em Portugal - um dedicado a Patient Safety e outro a Public Health Leadership, envolvendo mais de 40 profissionais em cada um dos cursos de mais de 30 países.

INTERNACIONALIZAÇÃO ESTRATÉGICA
Num mercado em crescente dinamismo, caracterizado pela enorme diversidade de oferta formativa, o que distingue verdadeiramente a ENSP NOVA de outras instituições de ensino? Como é que a ENSP NOVA tem adaptado a sua oferta formativa às necessidades do setor da saúde em Portugal?

A ENSP NOVA é uma instituição ímpar no contexto português. Trata-se da única



escola que apresenta uma estrutura organizacional multidisciplinar que cobre de forma integrada todo o espectro temático que as melhores escolas internacionais em Saúde Pública e Gestão e Administração em Saúde também apresentam. Em Portugal, há outras escolas que cobrem áreas parcialmente semelhantes, mas não são compreensivas em toda esta abrangência, e nesta característica somos claramente diferentes no nosso país. Na verdade, a ENSP NOVA é uma escola de saúde pública e é a partir dessa área de conhecimento específico, complexo, diversificado e multidisciplinar que enquadrámos as nossas formações. Num mercado altamente competitivo e dinâmico, onde a oferta formativa é vasta, a nossa escola diferencia-se também pela capacidade de conectar o conhecimento académico à prática profissional e às políticas públicas de forma contínua e evolutiva. A ENSP NOVA é também a única escola em Portugal acreditada pela APHEA (Agency for Public Health Education Accreditation),

um selo de qualidade que atesta o nosso compromisso com os mais elevados padrões internacionais de excelência, assim como nas nossas formações, que são submetidas a uma validação curricular externa por parte da APHEA, tendo no ano passado obtido a acreditação no mestrado em gestão da saúde. Mais recentemente, o reconhecimento internacional do nosso trabalho culminou na criação de estruturas temáticas importantes e de grande visibilidade externa, como a designação do Centro colaborador da OMS em Health Management, o único no nosso contexto. Fomos ainda re-designados Centro Colaborador da OMS na área da Qualidade dos Cuidados e Segurança do Doente, consolidando o nosso papel na qualificação de profissionais para enfrentar os desafios globais nestas áreas. Estes centros são espaços de inovação, investigação e desenvolvimento técnico e científico para o país, mas também para a região europeia, reforçando a nossa posição como um agente ativo na transformação da saúde pública e ▶

um centro de referência global. Importa também destacar a evolução do corpo docente e discente internacional da Escola. A ENSP NOVA conta atualmente com professores e investigadores altamente qualificados, tendo atraído, nos últimos anos, professores provenientes de organizações de referência, como da OMS, da Comissão Europeia, do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, consultores do Banco Mundial, e de instituições académicas como o Imperial College London, entre outras. Durante o mandato da nossa Direção, está a ser feito um percurso de atualização para garantir que a nossa oferta formativa está alinhada com as reais necessidades do setor e as exigências dos profissionais e das instituições de saúde. Estamos fortemente empenhados em adaptar os nossos currículos e as metodologias de ensino, para a utilização, por exemplo, de case studies e do método de project based learning, refletindo as necessidades atuais e futuras, mas também antecipando

O trabalho em parceria é crucial para o desenvolvimento

contextos e realidades. Gostaria de referir que no ano passado, em parceria com a IESE de Barcelona, iniciámos um projeto na área da aprendizagem pedagógica e prática com os próprios estudantes de Administração Hospitalar. Como outro exemplo, realço que os estudantes têm vindo a desenvolver soluções práticas e concretas aplicadas a contextos reais, sendo a sua qualidade internacionalmente reconhecida, evidente nos prémios recebidos. Recordo um dos mais recentes, na International Hospital Conference do ano passado, que decorreu no Brasil. Assim, integrar novas tecnologias, modelos de ensino inovadores e as melhores práticas globais são apenas algumas das formas pelas quais estamos a adaptar a nossa Escola para que se mantenha na vanguarda do ensino e da investigação em saúde pública e gestão em saúde. Este modelo é garantido através da colaboração estreita com hospitais, unidades de saúde, autoridades reguladoras, decisores públicos e empresas do setor, mas também com o envolvimento de peritos nacionais e internacionais de

grande renome. Gostaria de anunciar de forma especial à APAH que, em breve, teremos o Centro de Simulação em Health Management and Leadership, uma iniciativa pioneira em Portugal. O objetivo é treinar estudantes, em particular Administradores Hospitalares, tentando reproduzir o ambiente do "terreno", que como sabemos é complexo, multidisciplinar e diverso. Num setor tão crítico e desafiante como o da saúde, o que o conhecimento e a experiência nos ensinam é que não basta oferecer formação - é essencial oferecer formação de excelência num contexto de desenvolvimento de uma área científica e académica, e é exatamente isso que procuramos fazer na ENSP NOVA.

Pode falar-nos um pouco sobre a importância da colaboração internacional na pesquisa e ensino em saúde pública?

A internacionalização da ENSP NOVA é hoje um pilar estratégico que permeia todas as nossas áreas de atuação. Temos consolidado a nossa presença global através de parcerias com instituições de prestígio e participação em grandes consórcios internacionais. Temos cada vez mais um envolvimento ativo, frequentemente nos boards de governação, em associações e redes internacionais, bem como instituições europeias como a EHMA, EUPHA, APHEA (ASPHER), Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Agência Europeia do Ambiente, EIT Health, entre outras, contribuindo de forma decisiva para a definição de políticas públicas e para a inovação em saúde pública, também num contexto internacional. A nossa investigação tem um alcance internacional, com projetos financiados por entidades como a Comissão Europeia, o Banco Mundial e a OMS. A Escola lidera e participa em consórcios estratégicos que abordam, por exemplo, a modernização da gestão hospitalar, a capacitação dos profissionais de saúde, a prevenção e gestão da doença crónica, a digitalização da saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, desenvolvendo soluções adaptáveis a diversas realidades e contextos globais. No ensino, desenvolvemos iniciativas em colaboração com instituições internacionais, proporcionando aos nossos alunos uma formação de alta qualidade e preparatória para os desafios globais da saúde. O nosso foco no ensino inovador é atualmente complementado por uma forte componente prática, com visitas, estágios e projetos em parceria com instituições de renome, oferecendo assim aos nossos alunos uma

experiência internacional enriquecedora. Este reconhecimento traduz-se também nas constantes solicitações para visitas de cursos de universidades estrangeiras, como Indiana, Tilburg, EHESP ou Alabama, e na capacidade de atrair prestigiados professores internacionais, especialmente através do programa Erasmus. A nossa terceira missão tem-se traduzido num fortalecimento da nossa rede de protocolos, na captação de financiamento e no reconhecimento internacional. Os dois Centros Colaboradores da OMS na ENSP NOVA desempenham um papel fundamental na transferência de conhecimento e na capacitação de profissionais de saúde, gerando impactos diretos nos sistemas de saúde em várias regiões do mundo. No contexto da OMS, a nossa colaboração tem sido essencial em áreas como a formação e investigação. A nossa participação, por exemplo, em vários projetos da OMS, da EHMA, do ECDC, do ECDTP também foi decisiva na estimativa da carga de doenças associada a fatores de risco ocupacionais, na área da avaliação de tecnologias, gestão em saúde, na área da hesitação vacinal, saúde de populações vulneráveis, entre tantos outros temas. Por último, gostava de realçar um outro exemplo que se prende com a nossa contribuição para a revisão das competências em gestão de cuidados de saúde na Roménia, em parceria com a OMS, o Ministério da Saúde daquele país, e o apoio técnico ao Ministério da Saúde do Kosovo no fortalecimento do sistema de saúde local.

ENSINO E INVESTIGAÇÃO

Na área da Administração Hospitalar, a ligação à École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes é histórica e sabemos que se tem mantido ativa. Existem outras universidades com quem a ENSP NOVA tenha colaboração privilegiada?

Acredito que, cada vez mais, o trabalho em parceria é crucial para o desenvolvimento. Neste sentido, a ENSP tem-se mantido como um sistema aberto à comunidade académica. Como menciona, a colaboração da ENSP NOVA com a École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes é histórica, sendo este um parceiro estratégico, especialmente na área da Administração Hospitalar. Este curso é uma referência internacional incontestável, e trabalhamos continuamente para estreitar e expandir essa colaboração. No plano nacional, a ENSP NOVA mantém relações estratégicas com várias outras instituições, tanto ao nível do



ENSP NOVA tem desenvolvido uma importante parceria com a NOVA IMS, com novidades para um futuro breve, como a criação de um Centro de Conhecimento e Inovação em Saúde Pública, e o desenvolvimento de um projeto em parceria com a ULS Oeste, a Comunidade Intermunicipal do Oeste, a SPMS e a NOVA IMS, na área das smart healthy regions. A ENSP NOVA tem vindo a consolidar-se como um centro de excelência em ensino e investigação, destacando-se também pela capacidade de implementar projetos de grande impacto, tanto a nível nacional como internacional, afirmando-se como um importante agente de mudança na área da Saúde Pública.

Que mensagem gostaria de deixar para estudantes e profissionais interessados em estudar na ENSP NOVA?

Como referi, temos trabalhado para que a ENSP NOVA não seja apenas uma instituição de ensino, mas um espaço de excelência em Saúde Pública, aliando a expertise, que a história também nos concede, e a ambição de ser um parceiro ativo para a inovação e transformação da saúde pública. Os estudantes e profissionais que queiram fazer parte da comunidade ENSP NOVA, juntam-se a um grupo já vasto de especialistas altamente qualificados, mas também líderes e agentes de mudança, capazes de atuar com impacto real nos sistemas de saúde e na vida das populações. Proporcionamos um ambiente de aprendizagem dinâmico, multidisciplinar e colaborativo, que combina excelência académica com uma forte ligação à prática, bem como acesso a um corpo docente de referência, projetos de investigação inovadores e uma rede global de parcerias que permitirá expandir horizontes e percursos. A ENSP NOVA é o lugar certo para quem quer fazer a diferença, contribuir para a melhoria das políticas de saúde, da gestão em saúde, administração hospitalar, da prevenção de doenças, da promoção da saúde e bem-estar das populações; no fundo contribuir ativamente para a construção de um sistema de saúde mais equitativo, eficiente e sustentável. Acreditamos que o futuro da saúde em Portugal e no mundo depende de profissionais capacitados, críticos e comprometidos com a transformação do setor e queremos fortalecer este caminho com todos. ●

Fotografias: Sérgio Saavedra/Bleed

ensino quanto ao nível da investigação. No ensino, são múltiplos os nossos cursos em parceria, desde doutoramentos, mestrados, pós-graduações ou até em cursos de curta duração. Neste contexto, não sendo exaustiva, posso citar alguns dos nossos parceiros, como a Universidade do Porto, a Universidade de Évora e a Universidade de Aveiro, além, claro, das outras escolas da NOVA, em particular NMS, IHMT, IMS, NOVA SBE e FCT. Na investigação, um exemplo de grande sucesso é o nosso centro de investigação, o Comprehensive Health Research Centre, fruto da parceria entre as duas escolas da NOVA, a NMS e a ENSP, e a Universidade de Évora, classificado como Excelente pela FCT, bem como a nossa participação no Centro Académico Clínico de Lisboa, um consórcio de nove parceiros, liderado pela ULS São José. Procuramos descentralizar as nossas atividades, colaborando com muitas outras universidades nacionais como a Universidade do Minho e do Porto, além de realizar eventos de grande relevância, como uma sessão sobre Value-Based Healthcare no Porto com

especialistas internacionais. A ENSP NOVA tem também fortalecido laços com várias instituições internacionais de renome, como a Universidade de Milão, o IESE Barcelona, o Imperial College London, o Instituto Karolinska, a Charité, a Universidade de Copenhague e a Aga Khan University, para citar apenas algumas. Com mais de 40 projetos internacionais ativos, mantemos relações de trabalho estreitas com um número significativo de parceiros universitários, além da nossa participação em diversas redes e grupos de trabalho. Estas parcerias têm sido essenciais para consolidar a nossa posição global, garantir a excelência dos nossos programas e contribuir para o nosso crescente sucesso em projetos competitivos internacionais. Temos também procurado fortalecer a nossa rede de parcerias com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), destacando, por exemplo, a colaboração com a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade de São Paulo, ampliando assim o nosso impacto global. No campo da ciência de dados e inteligência artificial, a

Gêmeos Digitais: Sustentabilidade e Eficiência na Gestão Hospitalar

José Filipe Soares¹

A gestão hospitalar enfrenta desafios crescentes que exigem soluções sustentáveis e inovadoras. Este artigo analisa como a integração de tecnologias emergentes e estratégias sustentáveis pode enfrentar esses desafios, mas também transformar os hospitais em centros eficientes e resilientes.

Ao abordar essas mudanças, exploramos como essas práticas podem preparar as instituições para o futuro, ao mesmo tempo que melhoram a experiência dos doentes e dos profissionais.

1. A TRANSFORMAÇÃO SUSTENTÁVEL

O sector da saúde é amplamente reconhecido como um dos maiores consumidores de energia e recursos naturais. Contudo, é também um dos que mais pode beneficiar da implementação de práticas sustentáveis, criando benefícios ambientais e económicos directos.

Estas iniciativas já são uma realidade. Exemplos práticos demonstram reduções importantes na pegada de carbono com a adopção de medidas como:

- **Telhados verdes**, proporcionam isolamento térmico, reduzindo os custos de aquecimento e refrigeração;
- **Sistemas de reaproveitamento de água**, diminuem o consumo em actividades como irrigação e limpeza;
- **Energias renováveis**, substituem fontes fósseis como principais geradores de electricidade;
- **Digital Twins**, permitem a simulação e optimização de operações hospitalares, identificando áreas de desperdício energético, antecipando falhas em infraestruturas e propondo soluções mais sustentáveis.

Sistemas de energia sustentável: eficiência e retorno garantido

Investir em painéis solares, é uma decisão estratégica e altamente eficiente. Por exemplo, uma instalação de 50 kW, com custo aproximado de €100.000, pode gerar cerca de 60.000 kWh por ano. Isso equivale a uma economia anual de €12.000 em custos de electricidade, assumindo uma tarifa de €0,20/kWh.

Com um retorno sobre o investimento (ROI) em cerca de 5 anos, o sistema continua a proporcionar economia líquida por mais 20 a 25 anos, gerando um lucro acumulado de até €200.000 durante a sua vida útil.

Além dos benefícios financeiros, essas iniciativas reforçam o compromisso com a sustentabilidade ambiental, posicionando instituições como hospitais como referências em inovação, eficiência e responsabilidade social (**Gráfico I**).

Gestão Inteligente de Recursos

O uso de Inteligência Artificial (IA) e Internet das Coisas (IoT) está a transformar a gestão hospitalar. Sensores que monitorizam em tempo real o consumo de energia, identificam padrões de desperdício e propõe ajustes automáticos, com algoritmos que podem prever falhas em equipamentos críticos e reduzem custos de manutenção.

Gêmeos Digitais: O Futuro da Gestão Hospitalar em Portugal

No contexto nacional, os gêmeos digitais apresentam um potencial transformador para a gestão hospitalar, permitem que os administradores enfrentem desafios específicos do sistema de saúde de forma proactiva e eficaz. Estas ferramentas podem ser aplicadas de várias formas:

• Previsão de Cenários Críticos:

Em hospitais distritais ou nas ULS, os gêmeos digitais podem prever picos de procura, como surtos sazonais de gripe, ajustando antecipadamente os recursos humanos e logísticos necessários.

• Manutenção Preventiva e Gestão de Infraestruturas:

Sensores conectados a gêmeos digitais identificam falhas iminentes em equipamentos críticos, evitando interrupções nos serviços essenciais.

• Simulação Operacional:

Análises em tempo real dos fluxos hospitalares ajudam a identificar e resolver gargalos nos serviços de urgência, otimizando a experiência dos doentes. A experiência do Barcelona Supercomputing Center (BSC-CNS) exemplifica como estas tecnologias podem ser integradas de forma prática, tanto na personalização de tratamentos médicos quanto na gestão eficiente de recursos hospitalares.

Entre as inovações mais notáveis está o modelo Alya Red, um gêmeo digital do coração humano composto por cerca de 100 milhões de elementos

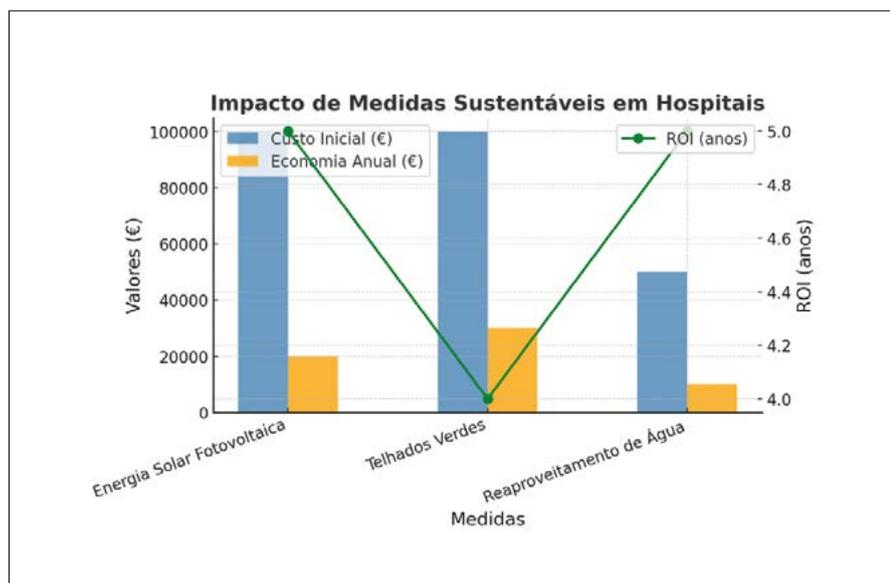


Gráfico I

Fonte: elaborado pelo autor

virtuais que simulam batimentos cardíacos e analisam fluxos sanguíneos. Este modelo oferece suporte ao diagnóstico de arritmias e à otimização de procedimentos como a colocação de pacemakers.

Em parceria com a empresa ELEM Biotech, o BSC-CNS desenvolveu ainda um protótipo que recria virtualmente o coração de um indivíduo, sincronizando-o com o pulso do utilizador. Esta inovação demonstra o imenso potencial dos gémeos digitais na medicina personalizada.

O BSC-CNS também desenvolve modelos computacionais de outros órgãos, como os pulmões, permitindo prever a progressão de doenças respiratórias e testar medicamentos de forma segura e personalizada, eliminando riscos para os doentes.

Na gestão hospitalar, a aplicação de gémeos digitais traz benefícios concretos e mensuráveis:

- Otimização de recursos;
- Melhoria da eficiência operacional;
- Antecipação de cenários críticos;
- Redução de custos.

Ao simular diferentes cenários clínicos e operacionais, os hospitais conseguem tomar decisões mais informadas e melhorar significativamente a qualidade do atendimento.

O trabalho do BSC-CNS destaca o papel revolucionário dos gémeos digitais, tanto na personalização dos cuidados médicos, como na gestão hospitalar, tornando os cuidados de saúde mais eficazes, eficientes e centrados no doente.

Impacto da Simulação Avançada na Gestão Hospitalar

Estudos internacionais comprovam que tecnologias de simulação avançada optimizam a gestão hospitalar, reduzem custos operacionais e aumentam a eficiência em emergências. O Projecto Lean nas Emergências, baseado no Toyota Production System, evidenciou, no Brasil, a eficácia dessas abordagens em diminuir tempos de espera e custos, com resultados mensuráveis (**Gráfico 2**).

Essas ferramentas preditivas aprimoram o planeamento de recursos, a qualificação de equipas e a eficiência dos fluxos operacionais, consolidando-se como essenciais na modernização dos sistemas de saúde.

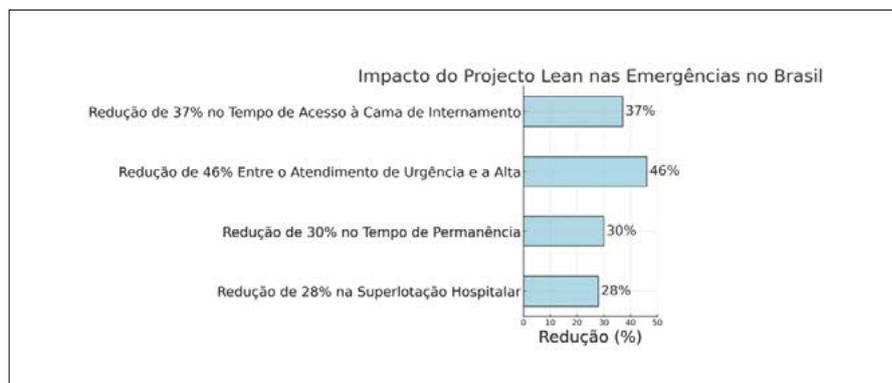


Gráfico 2

Fonte: Lean nas Emergências - Brasil

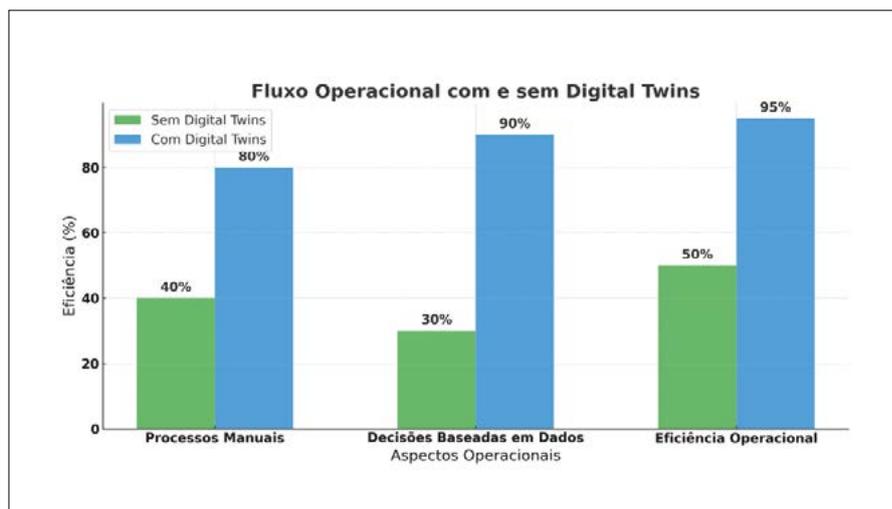


Gráfico 3 Fonte: Adaptação com base em estudos de caso do BSC-CNS e tendências internacionais de aplicação de Digital Twins

Impacto Global

A combinação de abordagens Lean com tecnologias de simulação avançada revela o potencial transformador dessas ferramentas na gestão hospitalar. Ao optimizar fluxos operacionais e reduzir tempos de espera, promovem maior eficiência, melhoram a experiência dos doentes e maximizam o uso de recursos, tornando o sistema de saúde mais resiliente e sustentável.

A pandemia de Covid-19 reforçou a necessidade de protocolos flexíveis e adaptáveis, destacando os gémeos digitais como ferramentas indispensáveis. Alimentados por dados em tempo real provenientes de sensores, dashboards e relatórios analíticos, estes sistemas permitem que os administradores hospitalares:

- Antecipem falhas críticas em infraestruturas;
- Ajustem respostas a emergências com precisão;
- Minimizem desperdícios operacionais.

Por Que Adotar Digital Twins na Gestão Hospitalar?

1. Redução de Custos:

- Evita redundâncias em processos operacionais.
- Diminui custos com reinternações ao optimizar diagnósticos.

2. Planeamento Proactivo:

- Simula cenários de risco, como pandemias ou desastres naturais.
- Facilita a redistribuição de recursos em crises.

3. Personalização do Atendimento:

- Permite ajustes em tempo real de tratamentos e alocações de recursos, maximizando a eficácia e reduzindo riscos (**Gráfico 3**).

Monitorização Ambiental e Sustentabilidade

Paralelamente aos gémeos digitais, a monitorização ambiental desempenha um papel fundamental na eficiência hospitalar. Exemplos em Portugal, como no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, ilustram como plataformas ▶

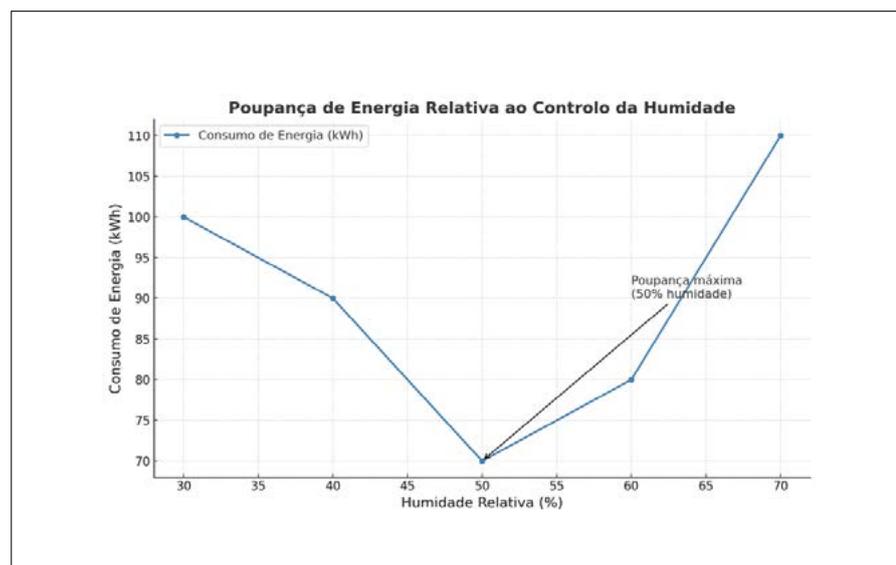


Gráfico 4

Nota: Os valores apresentados são estimativas para fins ilustrativos

de monitorização contínua podem impactar positivamente a sustentabilidade e o conforto dos espaços hospitalares:

- **Qualidade do Ar:** Monitorização de parâmetros críticos em tempo real, garantindo ambientes mais saudáveis e seguros.
- **Poupanças Energéticas:** A plataforma ViGIE permite otimizar o consumo energético e melhorar a eficiência na gestão da cadeia de frio hospitalar. Estas iniciativas alinham-se com a necessidade crescente de integrar práticas sustentáveis na gestão hospitalar, reduzindo custos operacionais e aumentando a eficiência global.

2. EXPERIÊNCIA DO DOENTE: CENTROS DE SAÚDE BASEADOS EM VALOR

A sustentabilidade e a resiliência melhoram directamente a experiência do doente. Estudos mostram que hospitais mais eficientes e tecnologicamente avançados têm melhores taxas de satisfação e menores tempos de espera.

Bem-estar do Doente e dos Colaboradores

Sistemas de monitorização em tempo real melhoram a segurança, saúde e conforto de doentes e profissionais. Monitorizam humidade relativa, CO₂, formaldeído (HCHO), compostos orgânicos voláteis totais (TVOC) e Unidades Formadoras de Colónias (UFC). Ajustes automáticos na ventilação e climatização garantem condições ideais, reduzindo riscos e promovendo o bem-estar.

Benefícios da Gestão Ambiental em Hospitais

- 1. Eficiência Energética:** Ajustes automáticos em ventilação e humidade relativa reduzem desperdícios e optimizam o consumo de energia, promovendo a sustentabilidade.
- 2. Segurança e Saúde:** Monitorização contínua previne riscos de contaminantes e descargas electrostáticas, garantindo um ambiente seguro para doentes e profissionais.
- 3. Conforto e Bem-Estar:** Controlo da qualidade do ar reduz o stress, acelera a recuperação dos doentes e melhora o desempenho das equipas.

Esta abordagem alia eficiência operacional à promoção da saúde, criando espaços hospitalares sustentáveis e focados no bem-estar.

Exemplos de Sistemas Implementados

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca após a implementação da Plataforma ViGIE, passou a gerir com eficiência toda a cadeia de frio hospitalar, recebendo informações em tempo real e dispondo de relatórios detalhados essenciais para auditorias de qualidade. (Fonte: ViGIE Solutions)

Representação Gráfica da Poupança de Energia:

A regulação da humidade relativa optimiza a eficiência dos sistemas de climatização, reduzindo a carga térmica e, consequentemente, o consumo energético (Gráfico 4).

Implementar sistemas de monitorização e controlo da qualidade do ar em tempo real além de promover a eficiência energética e operacional, também assegura um ambiente mais seguro e confortável para doentes e profissionais de saúde.

3. IMPACTO E MÉTRICAS DE SUCESSO

O impacto destas iniciativas pode ser avaliado por meio de:

- **Redução de Custos:** Medir poupanças energéticas e redução de falhas em equipamentos críticos.
- **Melhoria da Experiência do Doente:** Avaliar a satisfação dos doentes em relação aos tempos de espera e conforto.
- **Eficiência Operacional:** Monitorizar melhorias nos fluxos hospitalares e na alocação de recursos.

CONCLUSÃO

A gestão hospitalar enfrenta desafios que exigem equilíbrio entre sustentabilidade, eficiência e inovação. A adopção de práticas sustentáveis e tecnologias emergentes, como gémeos digitais, é essencial para garantir resiliência e excelência no sector da saúde.

Estas iniciativas reduzem custos, optimizam operações e melhoram condições para doentes e profissionais, preparando os hospitais para o futuro. Sustentabilidade e inovação tornam-se pilares dessa transformação.

O progresso depende de colaboração entre gestores, profissionais de saúde e formuladores de políticas, com visão estratégica, coragem para inovar e compromisso com a sustentabilidade. ●

REFERÊNCIAS

1. Barcelona Supercomputing Center - (BSC-CNS). (n.d.). Digital twins for health. Disponível em: <https://www.bsc.es/research-development/research-areas/digital-twins>
2. Lean nas Emergências - Brasil. (2018). Resultados. Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45367-lean-nas-emergencias-reduz-tempo-de-internacao>
3. TIME. Digital twins: The future of medicine. Disponível em: <https://time.com/6268882/digital-twins-medicine-future/>.
4. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). (2023). Qualidade do ar em hospitais e impacto na saúde. Disponível em: <https://www.insa.pt/qualidade-ar-hospitais>
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). (2021). Air quality guidelines. Disponível em: <https://www.who.int/publications/air-quality>

Plano de Ação

2025

JANEIRO

29º Caminho dos Hospitais

FEVEREIRO

Deep Dive in Environmental Sustainability

MARÇO

30º Caminho dos Hospitais

ABRIL

15ª Conferência de Valor APAH
Bolsa Capital Humano em Saúde

MAIO

Barómetro de Internamentos Sociais
Barómetro de Integração de Cuidados

JUNHO

Workshop Green Hospitals
European Health Management Conference

SETEMBRO

3º Fórum Inovação e Tecnologia em Saúde
Index de Acesso ao Dispositivo Médico
Bolsa José Nogueira da Rocha

OUTUBRO

16ª Conferência de Valor APAH
Prémio Healthcare Excellence
Prémio Coriolano Ferreira 2025

NOVEMBRO

31º Caminho dos Hospitais
World Hospital Congress (IHF)
17º Fórum do Medicamento

Gestão de Recursos na Saúde Pública: o papel transformador das Lideranças Táticas



Na contemporaneidade, a saúde pública é orientada por diretrizes governativas que se desdobram em níveis estratégicos, nomeadamente Conselhos de Administração (CA) e Direções Executivas, e níveis táticos, neste caso, dirigentes intermédios como Diretores de Serviço e Coordenadores dos ACeS (DSCA). Segundo Antunes (2022), a efetividade dessas estratégias depende da liderança exercida nos níveis táticos, onde se traduzem as orientações estratégicas em ações concretas no plano operacional. No entanto, os estudos indicam que os dirigentes intermédios carecem de formação em gestão, resultando num desalinhamento estratégico e impactos na eficiência dos serviços (Nogueira, 2004; Morais, 2012; Antunes, 2022). Mais de dois terços destes dirigentes não possui formação acessória em gestão ou administração, todavia as lideranças táticas podem ser capacitadas de saberes para interpretar e operacionalizar estratégias institucionais, contribuindo para a sustentabilidade da saúde pública, considerando que os recursos disponíveis são finitos (Antunes, 2022).

Paulo F. Antunes¹

A sustentabilidade na Administração está diretamente relacionada com os recursos disponíveis e ao seu consumo. No setor da saúde, a manutenção da eficiência depende da adequada gestão de meios, liderança eficaz e alinhamento estratégico entre os diversos níveis de gestão. Assumindo que o nível estratégico orienta o nível abaixo, i.e., o tático, a importância da liderança nesta linha para a operacionalização das orientações estratégicas, é fundamental. Entenda-se neste contexto a linha tática como os Diretores de Serviço e Coordenadores de Unidades dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Estudos recentes e evidências empíricas, sustentam que a capacitação desses dirigentes em gestão e competências relacionais, nomeadamente em

liderança, podem contribuir para uma saúde pública mais eficiente e sustentável, a par do papel do Administrador Hospitalar.

A saúde pública e suas estratégias têm raízes históricas profundas, remontando aos primórdios da civilização. De acordo com Pereira e Veiga (2016), as primeiras iniciativas datam das culturas suméria e egípcia, que já utilizavam sistemas básicos de saneamento. A evolução desse campo foi marcada por avanços nos contextos grego e romano, como os aquedutos e o planeamento urbano, que visavam promover a saúde da comunidade (Tulchinsky & Varavikova, 2014), portanto não se trata de uma área recente, os papéis dos seus gestores também foram largamente estudados.

DESENVOLVIMENTO: ESTRATÉGIAS INSTITUÍDAS E A LINHA TÁTICA

Na Administração Pública (AP), no setor da saúde, as estratégias são elaboradas em conformidade com as políticas públicas estabelecidas pelas entidades governamentais competentes, maioritariamente o Ministério da Saúde. Essas políticas definem as linhas gerais de ação, que são operacionalizadas por meio de instrumentos como contratos-programa, planos estratégicos e indicadores de desempenho.

Estrategicamente, há um conjunto de condicionamentos decorrentes da contratualização, que de acordo com Bilhim et al. (2015), a AP e consequentemente o setor da saúde, é marcado pela influência do Estado na sua modelação, que reflète a antiga escola francesa,

fundamentada no modelo prussiano (Amaral, 2006). Sendo uma perspectiva normativa, alicerçada no domínio do direito administrativo, permanece contemporânea na AP portuguesa. Desta forma o setor da saúde, é orientado estrategicamente por uma postura Defensiva, seguida de uma orientação Reativa, sendo menos Analisadora e Prospetiva, de acordo com Antunes (2022) e o referencial de Miles e Snow (2003)¹. Em síntese, os CA tendem a seguir estratégias que lhes confirmam mais segurança, nomeadamente as estratégias Defensivas e Reativas, relegando para segundo plano as estratégias Analisadora e Prospetiva.

Da contratualização entre o Estado e os CA, as estratégias são operacionalizadas por via da linha tática, i.e., DSCA, desempenhando um papel crucial, atuando como elo entre as orientações dos CA e as equipas operacionais. No entanto, conforme apontado por Antunes (2022), a falta de formação em gestão compromete a capacidade desses dirigentes de interpretar e implementar estratégias de forma eficiente. No mesmo estudo há um desalinhamento entre as estratégias instituídas pelos CA e aquelas que são percebidas pelas linhas táticas (DSCA).

Estudos revelam que competências de gestão e liderança, como as propostas por Quinn et al. (2004)², são essenciais para alinhar perceções estratégicas e garantir a eficácia das ações. Por exemplo, o papel de liderança do tipo Coordenador é apontado como central para manter a coesão das equipas, enquanto o Produtor promove a eficiência e o cumprimento de metas.

LIDERANÇA E SUSTENTABILIDADE DOS RECURSOS

A liderança na linha tática é um fator determinante para a sustentabilidade dos recursos na saúde pública. De acordo com Barros (2022), entrevistado pelo Diário de Notícias, a formação em liderança deve focar em competências relacionais e técnicas que permitam aos dirigentes motivar suas equipas e gerir recursos de forma otimizada.

Por outro lado, Antunes (2022) demonstra que, entre os diferentes papéis de liderança, há alguns deles que se associam a várias tipologias estratégicas, nomeadamente o de

Produtor e o de Coordenador. Esta versatilidade nestes papéis de liderança permite, tendencialmente, orientarem-se independentemente das estratégias. Porém, o mesmo estudo aponta para dirigentes intermédios que possuem formação em gestão tendem a apresentar papéis de liderança mais alinhados às estratégias institucionais e que essa formação colmata lacunas tanto no nível técnico quanto nas competências relacionais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O papel transformador das lideranças táticas condiciona o desempenho das organizações na prestação e consumo de recursos, observando-se que: Dirigentes com formação em gestão têm maior capacidade de interpretar e operacionalizar as estratégias definidas pelos CA. Esse alinhamento estratégico resulta em maior eficácia na execução das políticas públicas e na gestão de recursos, promovendo a sustentabilidade das organizações.

Os papéis de liderança de Coordenador e Produtor são os mais relevantes associados ao alinhamento estratégico ideal. Esses papéis refletem competências de organização, supervisão e foco na produtividade, essenciais para o cumprimento de metas e indicadores.

Impacto da formação em gestão e/ou administração, proporciona ferramentas analíticas e práticas que capacitam os dirigentes a lidar com desafios administrativos e humanos, promovendo uma liderança mais eficiente. Além disso, essa formação melhora a capacidade de liderança transformacional, incentivando o compromisso dos colaboradores e promovendo a inovação, mesmo em ambientes com restrições orçamentais. Não obstante do papel do Administrador Hospitalar que complementa o papel destes dirigentes ao assegurar a gestão estratégica e operacional, promovendo a eficiência e a integração dos recursos em alinhamento com os objetivos institucionais.

Por outro lado, a deficiência generalizada na formação nestas áreas compromete a qualidade da liderança e, por conseguinte, a sustentabilidade das organizações.

Recomenda-se a formação contínua, com foco em competências relacionais e específicas de liderança, como um

elemento-chave para melhorar a gestão e o alinhamento estratégico. Verifica-se que dirigentes com formação em gestão não só compreendem melhor as estratégias, mas também atuam como mediadores eficazes entre as diretrizes do nível estratégico e as ações a decorrer no nível operacional.

Conclui-se que a liderança nos dirigentes com formação em gestão tem um impacto significativo na operacionalização das estratégias e na eficiência da gestão de recursos em saúde, sendo essa formação essencial para o desenvolvimento sustentável das organizações. ●

REFERÊNCIAS

1. A estratégia Defensiva prioriza a eficiência nas operações correntes, evitando explorar novas oportunidades e realizando poucos ajustes estruturais. A estratégia Prospetiva foca na inovação e na exploração de novos mercados e tendências, mas nem sempre é eficiente. Já a estratégia Analisadora combina características defensivas e prospetivas, procurando equilibrar a exploração de novos mercados com a eficiência operacional. Por fim, a estratégia Reativa caracteriza-se por adaptações tardias e ineficientes, feitas apenas sob pressão externa devido à falta de alinhamento entre estratégia e estrutura.
 2. Caracterização dos papéis de liderança de acordo com os autores: Diretor - Define metas e expectativas claras; Produtor - Focado nos resultados e produtividade; Monitor - Controla e avalia o desempenho; Coordenador - Organiza e faz a gestão e coesão de equipas e projetos; Mentor - Desenvolve e apoia a equipa; Facilitador - Promove a colaboração e a coesão; Inovador - Incentiva a criatividade e a mudança; Broker - Constrói e mantém redes de contatos.
- Amaral, D. (2006). Curso de Direito Administrativo. Volume I. 3.ª Edição. Edições Almedina. Coimbra. 2006 (pp. 39-48).
 - Antunes, P. (2022). Competências Táticas de Liderança na Operacionalização da Estratégia Organizacional em Unidades de Saúde. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Portugal.
 - Barros, P. (2022, maio 9). "Não são necessários mais milhões no OE da Saúde. O que é preciso é saber gerir adequadamente". Diário de Notícias. Recuperado de: <https://www.dn.pt/sociedade/-nao-sao-necessarios-mais-milhoes-no-oe-da-saude-o-que-e-preciso-e-saber-gerir-adequadamente-14837681.html>
 - Bilhim, J., Ramos, R., Pereira, L. (2015). Paradigmas administrativos, ética e intervenção do Estado na economia: o caso de Portugal. Revista Digital De Derecho Administrativo, (14), 91-125.
 - Miles, R., Snow, C. (2003). Organizational strategy, structure and process. Standford: Standford University Press.
 - Morais, L. (2012). Liderança e estratégia - Casos de inovação nas organizações de saúde. Lisboa: Escolar Editora
 - Nogueira, F. (2004). Decisores Hospitalares-Necessidades Formativas e Informativas. Tese de Doutoramento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.
 - Quinn, R., Thompson, M., Faerman, S., McGrath, M. (2004). Competências gerenciais: princípios e aplicações (3.ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
 - Pereira, C., Veiga, N. (2014). Educação para a saúde baseada em evidências. Millenium. 46:2014, 107-136.
 - Tulchinsky T., Varavikova E. (2014). A History of Public Health. The New Public Health. 1-42. doi: 10.1016/B978-0-12-415766-8.00001-X. Epub 2014 Oct 10. PMID: PMC7170188.

3

Perguntas a Maria do Rosário Velez Reis

Administradora Hospitalar,
Unidade Local de Coimbra



1 Como descreve o seu percurso enquanto Administradora Hospitalar?

O meu percurso enquanto Administradora Hospitalar, ao longo de mais de 27 anos de experiência profissional, tem sido repleto de experiências desafiantes e motivadoras. Neste período, procurei ter como principal foco modernizar e descomplicar a jornada do doente dentro do sistema, uma missão nem sempre fácil de cumprir. Iniciei a minha atividade profissional no antigo Centro Hospitalar de Coimbra, instituição na qual integrei o Conselho Diretivo do Hospital Geral e fui durante muitos anos Diretora do Serviço de Gestão de Doentes. Este serviço, fulcral e transversal nas instituições, tem um impacto real e transformador na vida dos doentes, constituindo uma área muito estimulante e diversificada para um Administrador Hospitalar. Mais tarde, fui vogal do Conselho de Administração do IPO de Coimbra, com a responsabilidade de pelouros também muito ligados ao doente e essa experiência foi extraordinariamente gratificante.

No atual momento, na ULS de Coimbra, sou a Administradora Hospitalar do Conselho Diretivo do Departamento de Medicina Interna, do Conselho de Gestão do Centro

de Responsabilidade Integrado (CRI) do Centro de Medicina do Sono, sou interlocutora para a Estratificação do Risco, fazendo também parte da equipa de implementação de vários percursos clínicos integrados (PCI).

Ao longo da minha atividade profissional, estive também muito ligada à área dos sistemas de informação, nomeadamente dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e tem sido um grato prazer assistir e participar no desenvolvimento que se operou nesta matéria nos últimos 25 anos.

**Administradores
Hospitalares
existem para
servir o interesse
dos doentes**

2 Quem foi ou continua a ser a sua maior inspiração, tanto no âmbito profissional como no âmbito pessoal?

As minhas inspirações e referências foram e são muitas, quer do ponto de vista profissional, quer do ponto de vista pessoal. Na verdade, uma das vantagens da nossa profissão é a circunstância de contactarmos diariamente com um leque enorme de profissionais, com perfis distintos, em áreas mais técnicas ou mais relacionais, o que nos permite a tal visão holística e a capacidade de gerirmos equipas, expectativas individuais e coletivas.

Não podendo destacar todos aqueles que me influenciaram, realço, a nível profissional, quatro colegas, os quais considero, também, amigos.

A Dra. Rosa Reis Marques, a primeira Administradora-delegada (como então se apelidava) com quem trabalhei e cujos ensinamentos me valem ainda hoje: o sentido do pragmatismo, a importância da *res pública* numa gestão rigorosa do erário público.

Com a Dra. Paula Sousa aprimorei a valorização dos pequenos grandes pormenores, a ver o invisível, a observar o despercebido e a apostar na qualidade como motor da mudança.

No trabalho que desenvolvi com o Dr. Carlos Santos, tive oportunidade

de observar a sua arte e mestria no envolvimento e motivação dos profissionais, numa contínua capacidade diplomática de geração de consensos. Não posso de deixar de referir, também, a Dra. Sandra Sousa, cujos valores éticos e morais, a par de um cunho fortemente humanista, fazem desta Administradora Hospitalar um exemplo e uma referência.

A nível académico, permito-me destacar o Professor Nogueira da Rocha, meu orientador da tese, pela importância dos conhecimentos transmitidos, que tão importantes se revelaram ao longo da minha vida profissional.

3 Que conselhos daria à próxima geração de Administradores Hospitalares para enfrentarem os desafios do futuro?

A próxima geração de Administradores Hospitalares terá certamente desafios muito diferentes daqueles que a minha geração enfrentou: a velocidade a que tecnologia avança e a quantidade da informação gerada, colocam-nos questões importantes relacionadas com a acessibilidade, a segurança, a integridade e a privacidade dos dados. A inteligência artificial, a designada internet das coisas (IoT), o big data, a sustentabilidade e a alteração do modelo de cuidados, constituem enormes desafios. Por outro lado, a escassez de recursos humanos, nomeadamente médicos, mas não só, impõe que o Administrador Hospitalar colabore na construção de ambientes de trabalho que favoreçam a vida profissional e familiar; que promovam a utilização de ferramentas, que libertem recursos humanos para tarefas mais nobres, que aportem efetivo valor. Como diria alguém ligado à Administração Hospitalar, para se ser Administrador Hospitalar é necessário possuir a dose certa de bom senso, conhecimentos técnicos e teórico-práticos, a que eu juntaria características como a empatia, o rigor, a honestidade, o sentido de justiça. O Administrador Hospitalar deve constituir-se como um facilitador, com capacidade de gerar consensos e liderar pelo exemplo. O maior conselho que podemos deixar às novas gerações é que o Serviço Nacional de Saúde (SNS), a maior conquista da democracia portuguesa, deve ser preservado. Preservar não significa tornar imutável, podemos e devemos modificar e adaptar de forma responsável e sustentada, não olvidando que o SNS e os Administradores Hospitalares existem para servir o interesse dos doentes. ●

ENQUADRAMENTO DOS PROJETOS



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE COIMBRA

A criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) colocou com particular acuidade e com grandes expectativas o desafio da integração de cuidados, no sentido obviar à sua fragmentação, geradora de ineficiências. Neste enquadramento, a ULS de Coimbra tem apostado num conjunto de iniciativas para a melhoria do acesso e seguimento dos doentes, por meio de uma maior integração dos cuidados primários e hospitalares, destacando-se a criação dos PCI. Os grupos de trabalho do PCI da Diabetes Tipo 2 e do PCI da DPOC e Asma Grave, que incluem vários serviços do Departamento de Medicina Interna, implementam os respetivos percursos e tem sido muito interessante observar os profissionais, de ambos os níveis de cuidados, a discutir problemas que são comuns e a proporem soluções conjuntas.

Estamos também a trabalhar no âmbito da estratificação do risco que permite uma visão proativa das necessidades da população, potenciando o acesso ao tipo de cuidados que se coaduna com os efetivos riscos dos cidadãos. Por outro lado, o modelo de capitação ajustada que resulta do índice de risco ajustado - o risco que cada população tem de necessitar de cuidados de saúde -, ponderado pelo número de inscritos em cada ULS e pelo valor da capita nacional, vai ter influência no financiamento das instituições, o que nos demonstra a transversalidade e o impacto deste projeto.

A aposta na melhoria do acesso ao Centro de Medicina do Sono levou-nos há, aproximadamente, dois anos a constituir um CRI, que embora com as vicissitudes da carência de recursos humanos médicos, tem permitido recuperar a lista de espera e reduzir os tempos de espera, num esforço contínuo dos profissionais na melhoria da prestação de cuidados que prestam.

Destaco, ainda, o desenvolvimento da hospitalização domiciliária, uma alternativa ao internamento convencional, verdadeiramente centrada no doente, alinhada com um SNS mais moderno e sustentável.

Finalmente, uma palavra para a área da transformação digital, um esforço contínuo de simplificação processual, com a criação da APP, a colocação de quiosques, a criação de portais, o recurso à inteligência artificial, numa aposta de inovação tecnológica, que nos permite estar mais próximos, mesmo que à distância!

Porta A Porta: Alimentação Parentérica Entregue no Domicílio

Iris Domingos¹

O projeto “Porta A Porta - Alimentação Parentérica Entregue no Domicílio” foi iniciado no dia 24 de fevereiro de 2024 e resulta do trabalho em equipa da Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais, da Farmácia do Hospital Dona Estefânia (HDE) e da Área de Gestão de Transportes, todas da Unidade Local de saúde de São José (ULSSJ).

A iniciativa tem como beneficiárias as crianças portadoras da síndrome do intestino curto, seguidos nesta Unidade Local de Saúde - HDE e que realizam alimentação parentérica no domicílio, sendo o objetivo principal fazer chegar aquela alimentação a casa dos utentes, obviando à deslocação dos pais/cuidadores ao hospital para procederem ao seu levantamento.

Às crianças com diagnóstico de falência intestinal ou crianças que, por alguma patologia associada ao intestino, não conseguem realizar uma alimentação tradicional, de modo a manterem a vida e um crescimento saudáveis, tem de ser

realizada a administração de nutrientes através de cateter venoso central diretamente para a via sanguínea.

Embora algumas crianças, porque não conseguem ter um aporte normal de nutrientes, dependam exclusivamente da alimentação parentérica, a maioria complementa este aporte pela via oral com outra por via parentérica (cateter).

As crianças com estas características apresentam internamentos demorados e múltiplos reinternamentos decorrentes, principalmente, de complicações inerentes ao cateter venoso central e à natureza desta alimentação. A nível escolar, e devido à patologia múltipla que apresentam, muitos destes meninos carecem de ensino especial e necessidades terapêuticas frequentes.

As crianças portadoras da síndrome do intestino curto são seguidas e avaliadas no HDE sendo-lhes prescrita alimentação parentérica de forma personalizada, adaptada e adequada às suas necessidades, idade e à situação de doença de cada utente.

No momento anterior à implementação deste projeto, a alimentação parentérica

individualizada era entregue pelo fornecedor nas instalações da Farmácia do HDE sendo necessário que as famílias/cuidadores dos utentes se deslocassem ao hospital, duas vezes por semana, muitas vezes em transportes públicos e acompanhados dos outros filhos (algumas também com limitações motoras), para proceder ao seu levantamento. A necessidade de múltiplas deslocações deve-se ao facto das bolsas de AP terem um prazo de validade muito curto. Bem assim, era necessário levantarem uma vez por mês os materiais de consumo clínico necessário a esta administração.

Esta iniciativa enquadra-se na estratégia de humanização de cuidados de saúde, através do fornecimento de medicação em proximidade, sendo a ULSSJ o centro hospitalar que maior número de doentes apoia neste regime.

Este projeto possibilita a entrega da alimentação parentérica e material de consumo clínico no domicílio dos utentes, obviando à deslocação de familiares/cuidadores das crianças para efeitos de levantamento dos mesmos e, atualmente, abrange três crianças sendo realizado em dois dias da semana, com diferentes circuitos devido a questões de logística interna da instituição:

Circuito realizado às quartas-feiras:

O fornecedor entrega na Farmácia do HDE e a Unidade de Gestão de Transportes da ULSSJ (uma viatura) procede ao levantamento e entrega diretamente no domicílio dos utentes, sendo as mesmas recebidas por familiares/cuidadores. São realizadas entregas na zona do Cartaxo, de Almada e do Barreiro.

Circuito realizado aos sábados:

O fornecedor entrega a alimentação parentérica na Farmácia do HDE na tarde de 6.^a-feira, sendo a mesma conservada em frio. Nesse dia, os colaboradores da Área de Gestão de Transportes levantam a alimentação parentérica na Farmácia do HDE e transportam-na para a Farmácia do Hospital de São José, de onde sai, no sábado de manhã, para entrega no domicílio dos doentes.



Foto 1



Foto 2



Foto 3

A entrega dos materiais de consumo clínico necessário para a administração da alimentação parentérica no domicílio é realizada com periodicidade mensal e é incluída na segunda entrega semanal das bolsas, rentabilizando a deslocação realizada.

As vantagens da entrega domiciliária da alimentação parentérica são inequívocas:

Conforto e qualidade de vida:

- Obvia às deslocações periódicas dos familiares/cuidadores ao HDE e ao transporte de material de grandes dimensões e de peso considerável (Fotos 1 e 2).
- Redução de stress associado a deslocações permanentes, muitas vezes acompanhados de crianças com dificuldades motoras (irmãos dos utentes).
- Redução de custos para as famílias abrangidas.

Flexibilidade e autonomia:

- Possibilidade de manter o acompanhamento constante à criança e a liberdade de movimentos para participação em atividades familiares e sociais.

- Possibilidade de os cuidadores manterem uma profissão ativa ou com redução do absentismo o que se traduz no aumento da sua realização pessoal e perceção de contributo social.

Segurança:

- Garantia de condições ambientais adequadas ao correto acondicionamento da AP (cadeia de frio e humidade) em todo o circuito de distribuição e entrega (Foto 3).

No HDE, existem atualmente dezanove crianças que realizam o mesmo tipo de abordagem terapêutica. O objetivo da ULSSJ é alargar esta metodologia à totalidade das crianças nos próximos seis meses, estando equacionado o alargamento a mais quatro crianças até ao final do mês de janeiro de 2025.

Não obstante, para efeitos de identificação dos meninos elegíveis para a primeira fase foram considerados critérios como a distância do domicílio ao hospital, as características do entorno familiar (número de cuidadores disponíveis, estrutura familiar; tempo disponível), a capacidade de resposta da Área de Gestão de Transportes (possibilidade

de rotas sobreponíveis) e logística da área de Farmácia da ULSSJ.

Os custos associados a este projeto referem-se ao processo de transporte interno da AP e prendem-se, somente, com a deslocação ao domicílio dos utentes (quilómetros e combustível). O motorista afeto a esta tarefa já se encontrava escalado para a realização de outras atividades tendo sido realizada a reorganização interna das suas tarefas e a viatura utilizada é propriedade da ULSSJ e previamente existente.

Este projeto apresenta caráter permanente, e corresponde aos objetivos da instituição porquanto um dos objetivos da ULSSJ é prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado. ●

1. ULS São José



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.

Grupo de Trabalho Investigação em Saúde da APAH

Perspetivas e Necessidades das Associações de Doentes face à Investigação Clínica e aos Ensaio Clínicos em Portugal



em 9 categorias e 53 subcategorias apresentadas na **Tabela I**.

As principais dificuldades e necessidades identificadas pelas AD foram:

- A falta de informação sobre o processo IC e EC, em linguagem acessível;
- A indisponibilidade de informação sobre quais os estudos a decorrer a nível nacional;
- A inexistência de estudos de investigação e EC dirigidos à sua patologia;
- A dificuldade em encontrar parceiros para desenvolver estudos;
- A lacuna de formação em IC (dirigida a doentes/AD) e a dificuldade de acesso à formação existente;
- O pouco envolvimento dos doentes e a fraca valorização sua perspetiva nos processos de IC.

Relativamente às medidas sugeridas para melhorar a literacia e a capacitação dos doentes e das AD em IC, destacam-se: a criação e divulgação de informação multiforme e em linguagem acessível, o maior envolvimento das AD e dos doentes, e a promoção de parcerias entre organizações e os diferentes intervenientes na IC.

Já no que se refere às necessidades de formação, os temas mais solicitados foram: a importância da IC e do envolvimento das AD e dos doentes, o processo de participação em IC e EC, a comunicação em Investigação & Desenvolvimento, os tipos de estudos e formações específicas sobre as patologias.

As fontes de pesquisa mais utilizadas pelos doentes são: as próprias AD, os motores de pesquisa na internet, os grupos e redes sociais e os hospitais/médicos que os acompanham.

No que diz respeito ao tipo de informação procurada, as principais subcategorias de resposta foram: informação sobre a IC, estudos sem ▶

Mariana Moreira¹, Liliana Guerra²

A participação ativa dos doentes e das Associações de Doentes (AD) como parceiros estratégicos na Investigação Clínica (IC) tem demonstrado ser uma abordagem transformadora, capaz de alinhar processos e resultados às reais necessidades das populações que serão diretamente beneficiadas^{1,2}.

Assim sendo, as AD têm dado passos significativos no sentido da sua capacitação, afirmando-se como parceiros cada vez mais ativos e informados no ecossistema da saúde. No entanto, a sua integração sistemática nas diferentes fases da IC (desde a definição de prioridades, desenho e planeamento do processo, condução e gestão da investigação, até à disseminação, comunicação e

atividades após a realização do estudo e a aprovação do tratamento) continua a ser um desafio. Apesar de avanços pontuais, permanece a necessidade de tornar o envolvimento dos doentes e das AD uma prática padrão, essencial para maximizar o impacto e a relevância da IC^{3,4}.

Com base nesta necessidade e com o objetivo de identificar as perspetivas e necessidades das AD sobre IC e Ensaio Clínicos (EC) em Portugal, de forma a desenvolver iniciativas que respondam a essas necessidades, a Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB) desenvolveu um questionário de resposta aberta. Esse questionário foi divulgado junto de 56 Associações de Doentes portuguesas em janeiro de 2021, das quais 18 responderam ao questionário.

As respostas foram organizadas

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS DE RESPOSTA | n _i | % |
|---|--|----------------|-----|
| Dificuldades e necessidades no contexto da IC e dos EC | Falta de informação em linguagem acessível sobre o processo IC/EC e sobre os estudos a decorrer | 7 | 39% |
| | Inexistência de IC e EC na nossa área de patologia e dificuldade em encontrar parceiros para desenvolver estudos | 5 | 28% |
| | Falta e dificuldades no acesso a formação em IC, nomeadamente sobre envolvimento dos doentes | 3 | 17% |
| | Sem dificuldades, com participação frequente em investigação e EC | 3 | 17% |
| | Pouco envolvimento dos doentes e da sua perspetiva nos processos de IC | 2 | 11% |
| | Comunicação com médico | 1 | 6% |
| | Pagamento das deslocações | 1 | 6% |
| | Falta recursos nos centros | 1 | 6% |
| | Identificação de potenciais doentes | 1 | 6% |
| | Falta de resultados promissores | 1 | 6% |
| Medidas para melhorar a literacia e capacitação das AD e doentes em IC e em EC | Criação e divulgação de informação multiforme (sites, folhetos, vídeos, artigos, comunicação social etc.) clara e em linguagem acessível | 9 | 50% |
| | Maior envolvimento das AD e doentes e promoção de parcerias entre os diferentes intervenientes na IC e EC | 6 | 33% |
| | Realização de eventos multiforme sobre IC (Congressos, workshops, webinários, etc.) | 3 | 17% |
| Temas para formação e capacitação das AD e doentes | A importância da IC e como envolver as AD e doentes no processo de IC e EC | 9 | 50% |
| | O processo de participação das AD e dos doentes na IC e EC | 7 | 39% |
| | Comunicação em Investigação&Desenvolvimento | 5 | 28% |
| | Formações específicas sobre as patologias | 4 | 22% |
| | Tipos de estudos | 4 | 22% |
| | Fontes de pesquisa da informação sobre IC e EC | 3 | 17% |
| | Formações mais gerais (recolha e tratamento dados, saúde, nutrição, etc) | 2 | 11% |
| Fontes de pesquisa de informação sobre IC e EC que os doentes recorrem | Junto da sua AD | 10 | 56% |
| | Motores de pesquisa na internet | 5 | 28% |
| | Grupos e redes sociais | 4 | 22% |
| | Hospitais e através dos médicos que os acompanham | 3 | 17% |
| | Web sites institucionais (clinicaltrials.gov, clinicaltrialsregister.eu, RNEC, etc.) e revistas científicas | 3 | 17% |
| Tipo de informação que os doentes solicitam às AD e que pesquisam | Informação sobre a IC, estudos sem intervenção e EC (em curso e fase de recrutamento) | 10 | 56% |
| | Informação sobre medicação/novos tratamentos (efeitos secundários, eficácia, custos, etc.) | 8 | 44% |
| | Informação variada e acessível | 3 | 17% |
| | Informação sobre como participarem em EC | 2 | 11% |
| | Opinião das AD sobre participação em EC | 1 | 6% |
| Conhecimento da Plataforma Registo Nacional de Estudos Clínicos (RNEC) | Total desconhecimento | 12 | 67% |
| | Plataforma lenta, pouco intuitiva e inteligível | 4 | 22% |
| | Não sabem dizer se os doentes conhecem | 3 | 17% |
| Papel da Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB) junto das AD e doentes | Facilitador de informação atualizada e de formação às AD sobre IC e EC | 13 | 72% |
| | Facilitador de parcerias e do envolvimento das AD nos processos da IC | 12 | 67% |
| | Entidade centralizadora, financiadora e promotora de boas práticas na IC | 2 | 11% |
| | Perceber as necessidades das AD e doentes | 1 | 6% |
| Dificuldades de recrutamento de doentes em EC | Falta de informação e de qualidade da informação | 11 | 61% |
| | Falta de comunicação e colaboração entre os intervenientes no processo | 7 | 39% |
| | Receio dos doentes em participar | 4 | 22% |
| | Inexistência/escassez de EC na área | 3 | 17% |
| | Localização geográfica e necessidade deslocação | 2 | 11% |
| | Consentimento informado complexo | 2 | 11% |
| | Processos rígidos, complexos e muito demorados | 2 | 11% |
| | Falta de recursos e incentivos | 2 | 11% |
| | Falta de interesse do doente | 1 | 6% |
| | Sem dificuldades | 1 | 6% |
| Opinião sobre consentimento informado | Seria útil uma versão mais simples e inteligível | 16 | 89% |
| | São extensos e complexos | 4 | 22% |
| | Provoca dúvidas | 2 | 11% |
| | Doentes não leem, confiam no médico, à necessidade de explicar aos doentes o conteúdo do CI e o que representa | 2 | 11% |
| | Sem dificuldades | 2 | 11% |
| | Necessidade adaptação a população especiais (ex.: crianças, idosos) | 1 | 6% |

Tabela I: Análise da perspetiva das Associações de Doentes (AD) face ao contexto geral da Investigação Clínica (IC) e dos Ensaios Clínicos (EC)

Todas as entidades que responderam ao questionário consentiram a publicação e a divulgação dos resultados do tratamento e análise dos dados relativos às respostas dadas, garantindo-se a sua confidencialidade e anonimato. Das 18 AD que responderam ao questionário, as 15 listadas autorizaram a divulgação do seu nome:

- AC RIM - Associação de Cancro do Rim de Portugal
- AMIGAS DO PEITO - Associação Humanitária Apoio a Mulheres com Cancro da Mama
- ANDO Portugal
- ANEA - Associação Nacional da Espondilite Anquilosante
- ANEM - Associação Nacional de Esclerose Múltipla
- APAHE - Associação Portuguesa de Ataxias Hereditárias
- APH - Associação Portuguesa de Hemofilia e outras Coagulopatias Congénitas
- Associação Atlântica de Apoio aos Doentes de Machado-Joseph
- Associação EUPATI Portugal
- Associação Portuguesa da Síndrome do X-Frágil, APSXF
- Associação Portuguesa de Osteogénese Imperfeita
- EVITA - Associação de Apoio a Portadores de Alterações nos Genes Relacionados com Cancro Hereditário
- Hepaturix - Associação Nacional das Crianças e Jovens Transplantados ou com Doenças Hepáticas
- MOG - Movimento do Cancro do Ovário e outros Cancros Ginecológicos, Associação
- SPEM - Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla

intervenção e EC (em curso e em fase de recrutamento), e igualmente informação sobre medicação/novos tratamentos (ex.: efeitos secundários, eficácia e custos).

Por outro lado, verificou-se um baixo nível de conhecimento acerca da Plataforma RNEC (Registo Nacional de Estudos Clínicos), com a maioria das AD a referir que a desconhecem ou que a consideram pouco intuitiva.

A AICIB foi reconhecida como facilitadora de informação atualizada e de formação sobre IC e EC, bem como do desenvolvimento de parcerias e do envolvimento das AD nos processos de IC.

No tema do recrutamento, as principais dificuldades relacionam-se com a escassez de informação e a qualidade da informação disponível, assim como com a falta de comunicação e de colaboração entre os intervenientes no processo e ainda com o receio dos doentes em participar. Quase todas as AD destacaram a importância de simplificar e tornar mais inteligível o consentimento informado.

Estes resultados sublinham a necessidade de melhorias em relação à acessibilidade da informação, à formação e à inclusão ativa dos doentes e das AD na IC.

Toda a informação recolhida contribuiu para a definição do plano de atividades da AICIB, no âmbito da literacia em IC e do envolvimento de AD nesta área. Destacamos algumas das atividades já desenvolvidas: a criação de uma lista de AD com interesse em envolver-se em Projetos de IC, o desenvolvimento de vários folhetos informativos, a formação de um grupo de trabalho dedicado ao tema “Promoção da Literacia e Envolvimento de Associações de Doentes em atividades de Investigação Clínica & Inovação Biomédica (IC&IB)”, e a disponibilização de uma lista com vários recursos sobre literacia em IC&IB e envolvimento dos doentes nestas atividades (mais informações em: www.aicib.pt).

Uma das mais recentes iniciativas desenvolvidas nesta área foi o webinar “Literacia e Participação em Ensaios Clínicos: A Perspetiva dos Investigadores, Promotores, Associações de Doentes e Participantes”. A construção do

programa e a organização deste webinar foi da responsabilidade do Grupo de Trabalho em Investigação em Saúde (GTIS) da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) em parceria com a AICIB. O evento reuniu cerca de 200 participantes e focou-se nos principais desafios relacionados com a literacia e a participação em EC em Portugal.

Para além dos resultados do questionário acima referido e apresentados na **Tabela 1**, para a definição do tema e a construção do programa do webinar, a APAH e a AICIB tiveram em consideração os resultados da 1.ª edição do Barómetro de Investigação em Saúde⁵, o feedback/inputs sobre as áreas de melhoria e não conformidades dos centros de investigação clínica portugueses recolhidas junto de vários Promotores da Indústria Farmacêutica e de Contract Research Organizations (CROs).

O webinar contou com um painel diversificado de oradores, que partilharam as suas perspetivas e experiências sobre os desafios e soluções nesta área.

Na perspetiva do Investigador, Pedro Monteiro (Médico Cardiologista e Investigador, ULS de Coimbra), começou por destacar a importância da preparação antecipada da equipa de investigação e do papel do investigador principal como líder desta equipa. Sublinhou que a participação do doente é central, sendo necessário garantir uma comunicação clara e transparente, esclarecendo mitos sobre os ensaios clínicos e assegurando que os doentes compreendem o consentimento informado. Além disso, referiu a importância de fortalecer a cultura de investigação e as redes de referência para melhorar a qualidade dos ensaios clínicos no país.

Em seguida, Guilherme Luz (Medical Affairs Clinical Research Advisor, Sanofi), representando a perspetiva do Promotor, apresentou novas abordagens às questões da literacia, participação e retenção de participantes em EC, incluindo as parcerias com AD, a disponibilização de materiais educativos (em português e em linguagem acessível) e o portal Portugal Clinical Trials.

O tema do envolvimento das Associações de Doentes nas várias etapas do EC foi abordado por João Filipe Raposo (Diretor Clínico, Associação Protetora Diabéticos de Portugal - APDP), que descreveu a importância de adaptar as estratégias de investigação às necessidades da população portuguesa e de envolver os doentes na conceção de protocolos de estudo e no consentimento informado. Enfatizou a necessidade de dar feedback dos resultados dos estudos aos participantes e considera que as AD podem desempenhar um papel fundamental nestes aspetos, atuando como um centro ativo no envolvimento dos doentes em todas as fases do processo do EC.

Por fim, Joaquim Pereira partilhou a sua experiência na participação em EC, sublinhando o apoio que recebeu da sua AD e da equipa de investigação da unidade de saúde ao longo do processo. Referiu ainda a sua satisfação em participar nos estudos, demonstrando disponibilidade para participar em EC no futuro. Enfatizou

que estes estudos podem beneficiar quer o doente/ participante, quer a sociedade.

A gravação do webinar está disponível para visualização no site da APAH e da AICIB.

As informações recolhidas neste questionário e webinar contribuem para o conhecimento da realidade portuguesa nestas matérias, servindo como ponto de partida para a criação de iniciativas concretas e para a implementação de medidas que promovam o envolvimento ativo e significativo dos doentes e das AD na IC. Este caminho representa um avanço essencial e estratégico para uma IC verdadeiramente colaborativa, que envolve de forma ativa doentes, AD e restantes intervenientes, de forma a maximizar o impacto e a relevância da IC. ●

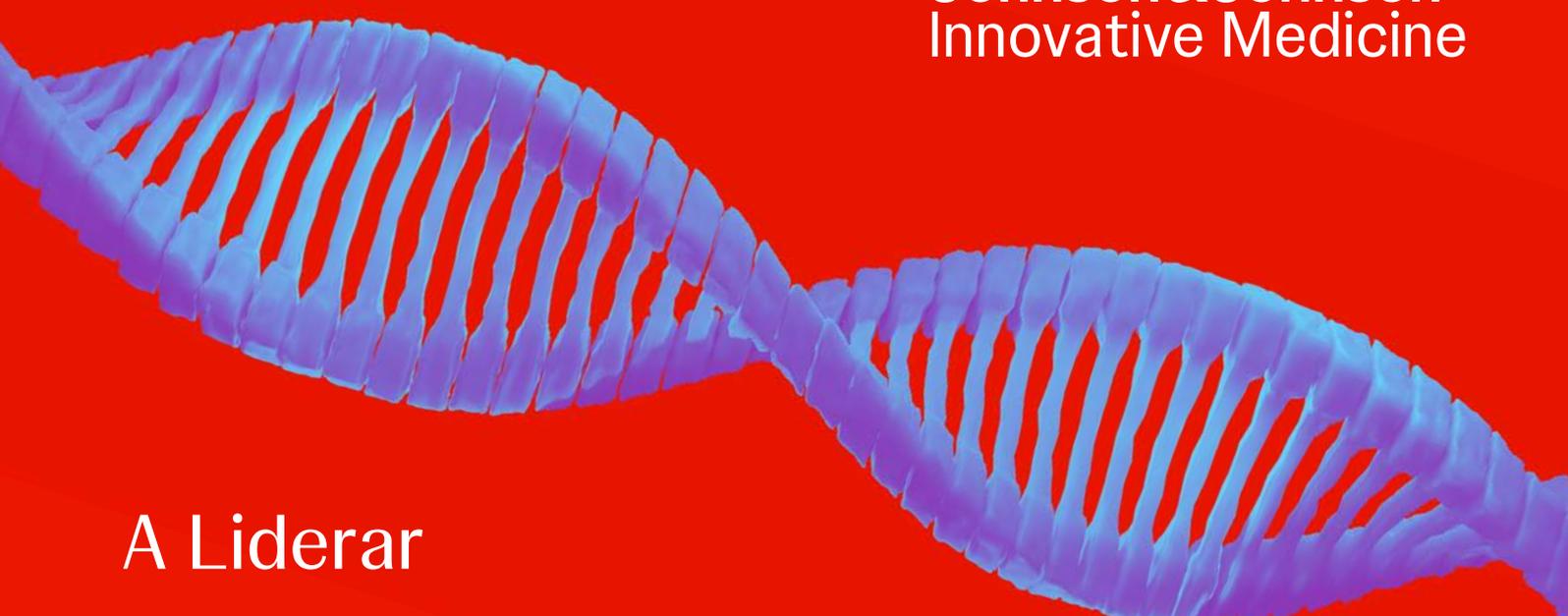
AGRADECIMENTOS

Associações de Doentes, Grupo de Trabalho em Investigação em Saúde (GTIS) da APAH, Catarina Resende de Oliveira, Teófilo Sousa, Cheila Ribeiro e Sandra Amaral.

REFERÊNCIAS

1. Arnstein L, Wadsworth C, Yamamoto A, et al. Patient involvement in preparing health research peer-reviewed publications or results summaries: a systematic review and evidence-based recommendations. *Research Involvement and Engagement*. 2020;34. <https://doi.org/10.1186/s40900-020-00190-w>
2. Klingmann I, Heckenberg A, Warner K, et al. EUPATI and Patients in Medicines Research and Development: Guidance for Patient Involvement in Ethical Review of Clinical Trials. *Frontiers in Medicine*. 2018;5:251.
3. European Commission. Identifying the Needs for Patients Partnering in Clinical Research: Reporting, 2013. (consultado 2024 Nov 13). Disponível em: <https://cordis.europa.eu/project/id/201720/reporting>
4. Vat LE, Finlay T, Jan Schuitmaker-Warnaar T, Fahy N, Robinson P, Boudes M, et al. Evaluating the "return on patient engagement initiatives" in medicines research and development: a literature review. *Health Expect*. 2020;23(1): 5-18. doi: 10.1111/hex.12951.
5. Oliveira C, Guerra L, et al. Barómetro da I&D em Saúde". *Revista Gestão Hospitalar*; 2021; 25, 36-40.

-
1. Gestora de Projetos de Investigação em Saúde na AICIB – Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica
 2. Coordenadora do Pilar Capacitar na AICIB - Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica
-



Johnson & Johnson
Innovative Medicine

**A Liderar
o Rumo
da Medicina**

Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda.

Lagoas Park, Edifício 9, 2740 - 262 Porto Salvo | Portugal | www.janssen.com/portugal | Sociedade por quotas - Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Oeiras, sob n.º 10576 | Capital Social €2.693.508,64 | N.º Contribuinte 500 189 412 | Material elaborado em janeiro de 2025 | CP-497218

Fórum Inovação e Tecnologia em Saúde

Index Nacional do Acesso ao Dispositivo Médico: 1.ª edição

S. Oliveira-Martins^{1,3}, H. Pedrosa², F. Pereira², A.M. Advinha^{3,4}

O termo dispositivo médico (DM), de acordo com a legislação em vigor, engloba um vasto conjunto de tecnologias e produtos que são destinados a serem utilizados para fins comuns aos dos medicamentos, tais como prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença humana¹. No entanto, os DM devem atingir os seus fins através de mecanismos que não se traduzam em ações farmacológicas, metabólicas ou imunológicas, distinguindo-se assim dos medicamentos.

À semelhança dos medicamentos, têm atualmente um papel fundamental não só na preservação da vida humana com soluções inovadoras, mas também ao nível da economia, sendo que o mercado europeu tem um portfólio superior a 500.000 tipos de DM e DM de diagnóstico in vitro. Em 2019 já representavam cerca de 6,5% do

total de gastos em saúde na Europa (Figura 1).

Quando em comparação com os medicamentos, os DM apresentam um desenvolvimento muito mais acelerado que os primeiros. Em média, o tempo estimado para investigação e desenvolvimento dos DM é de 18 a 24 meses².

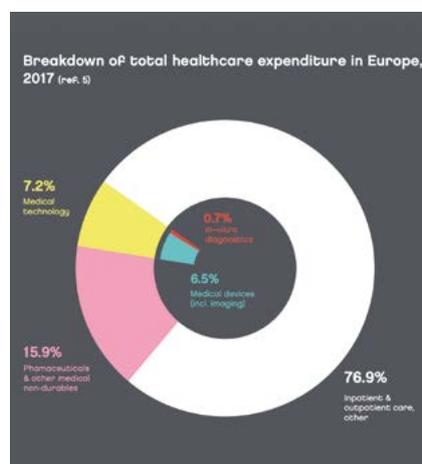


Figura 1: Distribuição da despesa em cuidados de saúde na Europa²

A sua utilização em ambiente hospitalar é absolutamente determinante, nomeadamente ao nível do diagnóstico (p. ex. DM in vitro, equipamentos de imagiologia), da rotina envolvida nos cuidados (p. ex. luvas, batas, camas) e da utilização nos doentes (p. ex. próteses, DM implantáveis - pacemakers, próteses ortopédicas, lentes oculares). Assim sendo, o acesso aos mesmos também tem de ser garantido, de forma a ser possível prestar cuidados de saúde hospitalares seguros e eficazes. Face à falta de dados relativos ao circuito do DM em ambiente hospitalar em Portugal, bem como em relação ao nível de acesso aos mesmos, foi realizada em 2024 a 1.ª Edição do estudo "Index Nacional de Acesso ao Dispositivo Médico". Este estudo foi realizado pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, em parceria científica com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) e a IQVIA Portugal, e com o apoio da APORMED.

OBJETIVOS

O "Index Nacional de Acesso ao Dispositivo Médico" tem como principais objetivos:

1. Mapear o circuito hospitalar dos DM;
2. Caracterizar o processo de aquisição dos DM em ambiente hospitalar;
3. Identificar os mecanismos implementados para redução de custos, medição e monitorização de valor;
4. Identificar barreiras existentes ao processo de aquisição e disponibilização.

METODOLOGIA

Estudo observacional e transversal, cujo período de análise foi o ano de 2023. Os dados foram recolhidos através de questionário eletrónico construído pela equipa de investigação com base em pesquisa bibliográfica, e reflexão em colaboração com a APORMED - Associação Portuguesa de Empresas de Dispositivos Médicos.

O questionário abordou sete tópicos principais:

1. Caracterização da instituição de saúde;
2. Circuito hospitalar dos DM;
3. Processo de aquisição (nomeadamente critérios de aquisição);
4. Mecanismos implementados com o objetivo de redução de custos;
5. Medição e monitorização de valor;
6. Barreiras existentes à aquisição de DM;
7. Index de acesso a DM inovadores.

O questionário foi enviado a todos os hospitais do SNS em Portugal continental, para resposta entre janeiro e maio de 2024, sendo a participação voluntária. Foram estudados de forma mais detalhada os DM utilizados em quatro serviços hospitalares: cardiologia, cirurgia ortopédica/ortopedia, oftalmologia e cirurgia gástrica/gastroenterologia.

RESULTADOS

Caracterização das instituições de saúde

De um total de 42 Unidades Locais de Saúde (ULS) observadas, nesta primeira edição do Index Nacional do Acesso ao Dispositivo Médico obteve-se uma amostra com 22 participantes, a qual corresponde a uma taxa de resposta de 52%. Em termos geográficos, as ULS respondentes encontram-se localizadas maioritariamente nas regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, com os questionários a serem respondidos sobretudo pelos serviços de aprovisionamento. No que diz respeito aos grupos de financiamento, a maioria dos respondentes

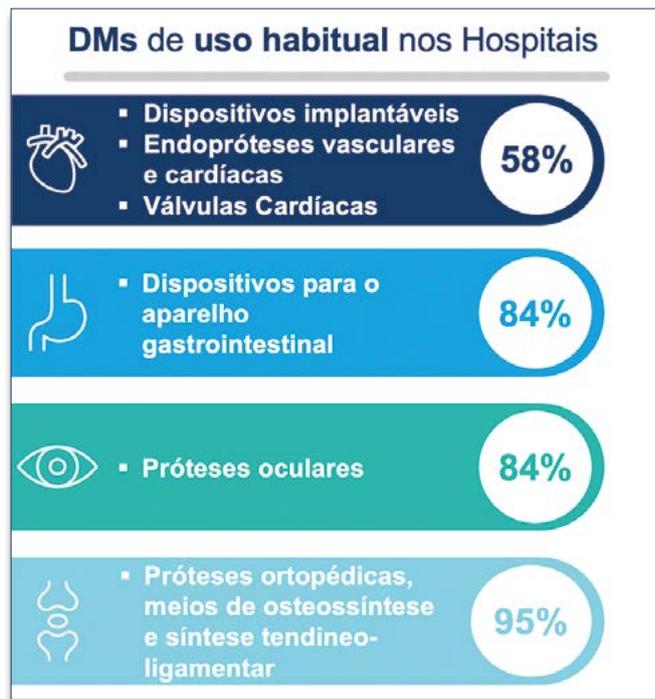


Figura 2: Níveis de utilização dos DM nas instituições respondentes

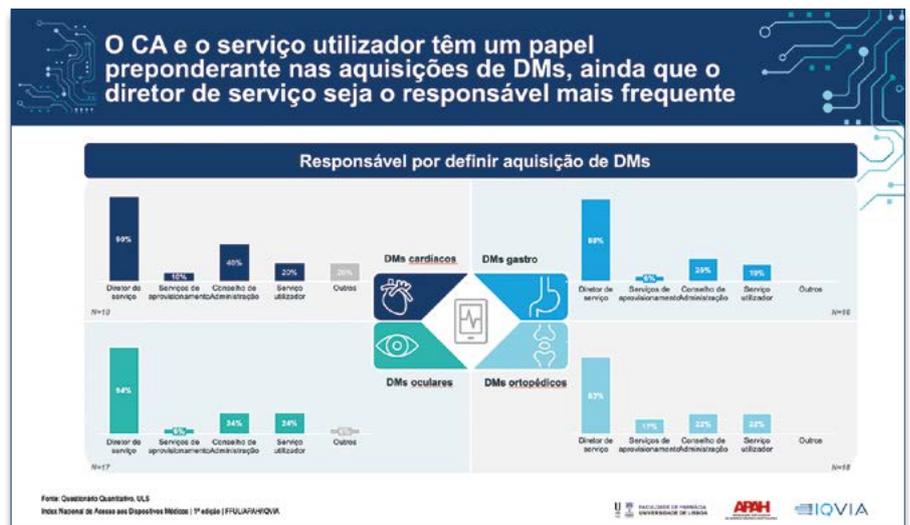


Figura 3: Serviço responsável por definir a aquisição dos DM

pertenciam ao Grupo C (26%), mas, por outro lado, também foram obtidas respostas de 22% pertencentes ao grupo B, de 17% que integram o grupo E, de 13% do grupo D e, finalmente, de 4% que são do grupo F.

Circuito hospitalar dos DM

Relativamente aos quatro grupos de DM estudados, constatou-se que eles são utilizados na maioria das instituições (Figura 2), sendo que a quase totalidade das instituições (95%) reportou utilizar DM utilizados em cirurgia ortopédica, e 84% próteses oculares. Relativamente ao processamento, a maioria dos hospitais realiza

reprocessamento de DM de uso múltiplo (79%), ocorrendo este maioritariamente in house - 93%, sendo que as restantes 7% recorrem a empresas subcontratadas. Em DM de uso único, o reprocessamento é limitado (16% dos respondentes), sendo este sempre realizado in house.

Processo e critérios de aquisição e armazenamento

O Conselho de Administração e o serviço utilizador têm um papel preponderante nas aquisições de DM, ainda que o diretor de serviço seja o responsável mais frequente em todos os grupos analisados (Figura 3).

Os hospitais consideram que a compra centralizada de DM diminui a carga administrativa

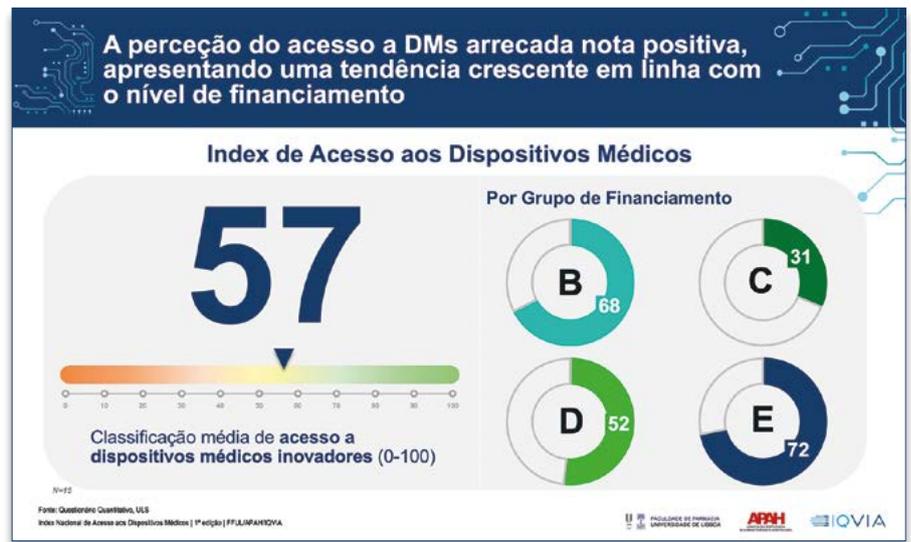


Figura 4: Index de Acesso aos Dispositivos Médicos relativo ao ano de 2023

Relativamente aos critérios de aquisição, a relação qualidade-preço constitui o principal critério de escolha (71%), embora nos critérios por área terapêutica o preço ganhe maior relevo. Apenas 37% das instituições reportaram possuir uma comissão responsável por analisar alternativas no mercado dos DM.

O procedimento mais utilizado para a aquisição é a consulta de mercado, embora os acordos-quadro tenham um papel preponderante nas encomendas de DM cardíacos.

Para todos os grupos de DM estudados, o local de armazenamento preferencial é o próprio serviço clínico onde acontece a utilização, seguido do armazém próprio para DM.

No entanto, as equipas de armazém são as principais responsáveis pela verificação de conformidade das encomendas, seguidos pelos serviços clínicos onde os DM são utilizados. A consignação é uma prática recorrente em quase todos os hospitais (95% dos hospitais utiliza este procedimento), sendo a otimização de custos identificada como o maior fator motivacional. De referir ainda que 63% recorrem a empréstimos de DM a outros hospitais, referindo como motivo principal a demora no processo de compra.

Mecanismos implementados para redução de custos

Os mecanismos de redução de custos mais referenciados baseiam-se em iniciativas de prospeção de fornecedores (100%), compra em volume (74%) e modelos de compra

contra consumo (58%). No entanto, realça-se que apenas 26% dos hospitais adota sempre mecanismos para redução de custos; enquanto 53% já o fez, embora não frequentemente e 21% nunca o fez.

Os principais critérios para aquisição de DM inovadores com impacto em termos de custos são a opinião dos clínicos (37%) seguida pela comparação dos custos globais das várias alternativas (32%). Já no que diz respeito aos principais critérios de avaliação, surgem em primeiro lugar os resultados clínicos (68%) e os custos diretos associados (68%), seguidos dos custos indiretos, necessidade de formação e assistência técnica.

Medição e monitorização de valor

Os sistemas de gestão de dados com capacidade de avaliação de custo-efetividade ainda se encontram pouco presentes nos hospitais - apenas 28% reportam possuir sistemas de gestão de dados (clínicos/financeiros/administrativos) que permitam desenvolver uma análise de custo-efetividade.

A gestão de dados relativos à utilização de DM é sempre efetuada pelos diretores de serviço, sendo os resultados clínicos e de segurança recolhidos com maior frequência graças a soluções de recolha sistemática. Apenas 17% das instituições fazem gestão de dados relativos à utilização de DM em contexto de vida real.

O registo de doentes em registos nacionais de doentes é realizado em 70% para os DM cardíacos, enquanto os restantes tipos de DM apresentam índices de registo entre 6%-12%.

Quanto à divulgação de resultados, 11% das instituições publicou resultados obtidos referentes à componente clínica e/ou de segurança de DM, sendo que as equipas clínicas foram responsáveis por cerca de dois terços destas publicações.

Barreiras à aquisição e acesso a DM

A rutura periódica nos stocks de DM foi registada em 75% dos hospitais, com uma relevância alta na maioria dos casos - 29% referiram que estas ruturas constituíram um problema grave e 41% um problema relevante. Quando se verificam ruturas, a estratégia adotada pela maioria dos hospitais é procurar DM alternativos (68%) ou recorrer a empréstimos de outros hospitais (63%).

As ruturas mais frequentes ocorreram ao nível dos consumíveis (29%) e dos equipamentos de proteção individual (EPI) (14%), sendo que as que tiveram maior impacto ocorreram ao nível dos packs cirúrgicos (31%), dos consumíveis (23%) e dos kits de anestesia (15%).

As três principais barreiras ao acesso a DM identificadas pelos hospitais foram a carga administrativa (88%), a falta de recursos humanos (56%) e o preço dos DM (44%).

Já as três principais barreiras na aquisição dos DM foram a carga administrativa (88%), associada à falta de recursos humanos nos serviços de aprovisionamento (88%) e a ineficiência dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) (75%). De referir que 44% das instituições referem que os processos de aquisição nunca são desencadeados atempadamente.

Os hospitais consideram que a compra centralizada de DM diminui a carga administrativa e é sistematicamente considerada uma mais-valia, mas não gera poupança face ao processo de aquisição normal do hospital.

Index de acesso a dispositivos médicos inovadores

Quando solicitado para classificar o acesso a DM inovadores na instituição, usando uma escala de 0 (sem acesso a DM inovadores) a 100 (com acesso a todos os DM inovadores), de acordo com a experiência e a perceção, o valor médio obtido foi positivo (57/100), apresentando uma tendência de crescimento em linha com o nível de financiamento (Figura 4).

CONCLUSÕES

Em conclusão, elencam-se os principais pontos a destacar relativos a esta 1.^a Edição:

- Obteve-se uma boa taxa de participação (acima dos 50%);
- 79% dos hospitais realizam reprocessamento de DM de uso múltiplo, a maioria in house;
- Apenas 37% dos hospitais possuem

uma comissão para analisar alternativas aos DM existentes no mercado;

- A quase totalidade das instituições recorre à consignação de DM, maioritariamente por razões de disponibilidade financeira;
- Apenas 17% dos hospitais realizam uma gestão de dados relativa à utilização de DM em contexto de vida real (cardiologia), sendo que 11% já publicaram resultados;
- 70% das instituições considera as ruturas de DM, em 2023, como graves ou relevantes;
- As duas principais barreiras no acesso aos DM são a carga administrativa e a falta de recursos humanos, tal como no acesso ao medicamento hospitalar;
- Index de acesso aos DM é de 57%, valor a monitorizar em futuras edições do estudo.

Deixam-se assim quatro recomendações:

1. Necessidade da criação de mecanismos com vista à redução das ruturas de DM, a nível nacional;
2. Necessidade de criação de mecanismos de avaliação dos resultados da utilização dos DM e de geração de evidência em contexto de vida real;

3. Necessidade de criação de comissões nas instituições hospitalares para analisar alternativas aos DM existentes no mercado;

4. Necessidade de alteração dos procedimentos com vista à redução da carga burocrática. ●

REFERÊNCIAS

1. União Europeia. Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de abril de 2017. Relativo aos dispositivos médicos. Jornal Oficial da União Europeia, [s.l.], 5 abr. 2017. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32017R0745>. Consultado em: 14 out. 2024.
2. MedTech Europe (2019). The European Medical Technology Industry, MedTech Europe. Disponível em: [The-European-Medical-Technology-Industry-in-figures-2019-2.pdf](https://www.medtecheurope.org/industry-in-figures-2019-2.pdf) (medtecheurope.org). Consultado em 14/10/2024. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.04.002>

1. University of Lisbon, Faculty of Pharmacy, Lisbon, Portugal
2. IQVIA, Portugal
3. University of Évora, School of Health and Human Development, Évora, Portugal
4. CHRC - Comprehensive Health Research Centre, Évora, Portugal

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



OBJETIVOS

- Mapear o circuito hospitalar dos DMs
- Caracterizar o processo de aquisição dos DMs em ambiente hospitalar
- Identificar os mecanismos implementados para redução de custos, medição e monitorização de valor
- Identificar barreiras existentes ao processo de aquisição e disponibilização

DIMENSÕES AVALIADAS

- Caracterização da instituição de saúde
- Circuito hospitalar dos DMs
- Processo de aquisição (nomeadamente critérios de aquisição)
- Mecanismos implementados com o objetivo de redução de custos
- Medição e monitorização de valor
- Barreiras existentes à aquisição de DMs
- Index de acesso a DMs inovadores

Áreas em estudo

Oftamologia Ortopedia Cardiologia Gastroenterologia



Período em análise

2023

Universo

Instituições hospitalares do SNS de Portugal Continental

Taxa de resposta

52%

CIRCUITO HOSPITALAR DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS

Reprocessamento de DMs nos Hospitais

79% realizam em DMs de uso múltiplo

16% realizam em DMs de uso único

PROCESSO E CRITÉRIOS DE AQUISIÇÃO E ARMAZENAMENTO

37% Hospitais tem uma comissão responsável por analisar alternativas no mercado dos DMs.

Diretor de Serviço é responsável por definir aquisição de:

94%

90%

88%

83%

63% Recorre a empréstimos de outros hospitais

95% Recorre a consignações

MEDIÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE VALOR

28% Hospitais tem sistemas de gestão de dados que permitem desenvolver uma análise de custo-efetividade.

56% Hospitais indicam selecionar DMs com base em resultados clínicos em contexto de utilização de vida real (RWE).

17% Hospitais fazem gestão de dados relativos à utilização de DMs em contexto de vida real.

MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA REDUÇÃO DE CUSTOS

26% dos hospitais adota sempre mecanismos para redução de custos
53% já o fez, embora não seja frequente



21% dos Hospitais nunca realizou estes mecanismos

Mecanismos Implementados

- Consulta a vários fornecedores - 100%
- Compras em quantidade com base em estimativas anuais - 74%
- Modelos de compra contra consumo - 58%
- Acordos plurianuais - 47%

BARREIRAS À AQUISIÇÃO E ACESSO A DISPOSITIVOS MÉDICOS

RELEVÂNCIA DAS RUTURAS DE DMS PARA O HOSPITAL

Grave
29%

Relevante
41%

Pouco relevante
29%

FREQÜÊNCIA DAS RUTURAS DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Diário
13%

Semanal
19%

Mensal
38%

Variável
6%

Sem roturas
25%

Ações desencadeadas após rutura

Procura de DMs alternativos disponíveis - 68%

Pedido de empréstimo a outros hospitais - 63%

Novo pedido a distribuidores - 32%

Principais barreiras ao acesso:

- Carga administrativa
- Falta de recursos humanos

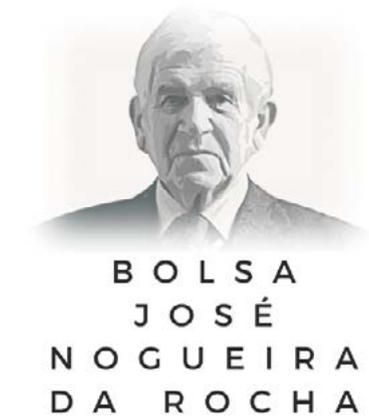
INDEX DE ACESSO A DISPOSITIVOS MÉDICOS INOVADORES

57

* Classificação atribuída pelos respondentes ao acesso a dispositivos médicos inovadores (0-100)

Bolsa José Nogueira da Rocha

Projeto “Otimização do Circuito do Medicamento no Internamento” da Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra (ULSASI)



Marta Lopes¹

No passado dia 23 de setembro decorreu no Teatro Thalia, em Lisboa, a 2.ª edição da Bolsa José Nogueira da Rocha (BJNR), uma iniciativa promovida pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o apoio do SUCH e o apoio técnico da consultora ERISING.

Tive a honra de apresentar o projeto “Otimização do Circuito do Medicamento no Internamento”, da Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, EPE (ULSASI), realizado em co-autoria

com Julieta Ribeiro (Vogal Executiva do Conselho de Administração), Ana Morão (Administradora Hospitalar) e Sofia Tomar (Técnica de Farmácia).

O Serviço de Farmácia (SF) é o responsável pela gestão e distribuição eficiente e segura dos medicamentos nas unidades hospitalares. No Hospital Professor Fernando Fonseca (HFF), que integra a ULSASI, uma das formas de distribuição de medicamentos a doentes internados é a Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (DIDDU). Segundo o Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar “a DIDDU tem como objetivos: o cumprimento da prescrição médica, o aumento da segurança no circuito do medicamento, o acompanhamento farmacoterapêutico do doente, a racionalização da distribuição e dispensa de medicamentos, a correta administração dos medicamentos e a diminuição de custos com a medicação.”¹ No HFF esta distribuição é feita diariamente para cerca de 800 camas, distribuídas por 23 serviços clínicos (SC) com internamento, para um período de 24 horas (ou 48 horas ao fim-de-semana), por doente e por toma, sendo que o horário de distribuição e a primeira toma foram previamente acordados entre o SC e o SF.

O circuito da DIDDU inicia-se com a prescrição médica que, após validação pelo farmacêutico e processamento pelo técnico de farmácia (TF), gera a indicação de quais os medicamentos a distribuir.

No HFF, o processo de preparação dos medicamentos a distribuir é feito com recurso a equipamento semi-automático de dispensa (Kardex[®]) com interface com o sistema de validação. Desta forma “torna-se possível: reduzir os erros, reduzir o tempo destinado a esta tarefa, melhorar a qualidade do trabalho executado e racionalizar os diversos stocks nas unidades de distribuição.”² No que concerne ao equipamento, cada SC tem associado um conjunto de cassetes/módulos de dose unitária com o número de gavetas necessárias e correspondentes ao número de camas do serviço. Essas gavetas são preenchidas pelos TF com a medicação anteriormente prescrita pelo médico e validada pelo farmacêutico e os módulos são entregues no SC, em carros de transporte, pelo assistente operacional (AO).

No trajeto de regresso ao SF, o AO procede à recolha dos módulos do dia anterior, os quais contêm no seu interior os medicamentos que, por diversos motivos (alta, erro de validação ou distribuição, falta de administração...) não foram administrados aos doentes. No SF, a medicação revertida é retirada dos módulos pelo AO e sujeita a um processo de triagem pelo TF, o qual verifica se a medicação está dentro do prazo de validade e no correto estado de conservação e identificação. Cumprindo os requisitos para ser aceite, a medicação é contabilizada e registada informaticamente por SC, organizada e armazenada nos respectivos armazéns de origem para, posteriormente, integrar a reposição do Kardex[®].

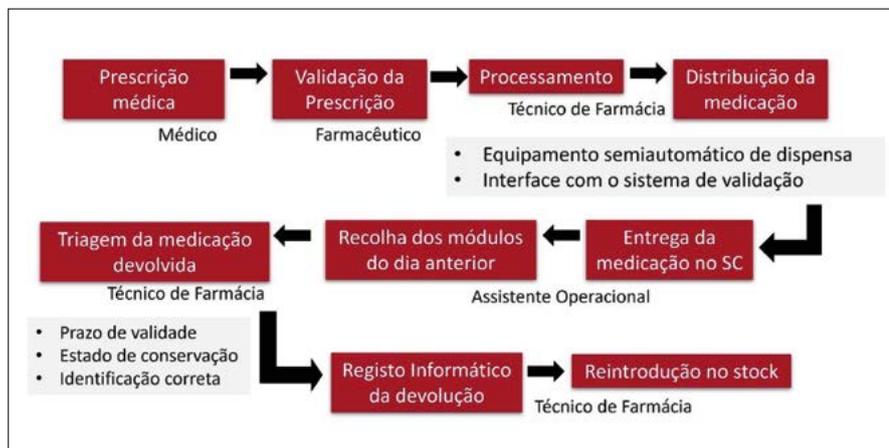


Figura 1: Circuito da Distribuição Individual Diária em Dose Unitária

Analisada a situação e a oportunidade

de melhoria identificada no SF do HFF verificou-se que, face ao elevado número de revertências e à necessidade de reorganização de recursos humanos e à morosidade do processo de triagem, a capacidade da sua resolução imediata é, neste momento, complexa, levando à acumulação de devoluções com comprometimento dos stocks e aumento do desperdício. Ao ficarem retidos em caixas/sacos para posterior triagem e devolução, os medicamentos não ficam disponíveis no SF para suprir as necessidades dos SC e paralelamente, à medida que aumenta o tempo entre a devolução e a triagem, maior o comprometimento do prazo de validade e a deterioração do estado de conservação dos medicamentos, contribuindo para o aumento do tempo de triagem, do desperdício e dos custos com o tratamento de resíduos hospitalares específicos (grupo IV).

Para caracterizar a situação atual, procedeu-se à análise quantitativa, em número de unidades devolvidas pelos SC com DDDU, obtendo-se uma taxa de devolução média de aproximadamente 30%-40%, que corresponde a cerca de 10%-20% do valor distribuído. Para melhor caracterizar o ponto de partida, propusemo-nos fazer também uma análise qualitativa e um estudo comparativo entre prescrição médica, medicamentos fornecidos, registo de administração; bem como horário de prescrição, horário de altas, horário de distribuição e entrega da medicação nos SC.

Com a candidatura à BJNR pretendeu-se obter apoio técnico para conseguir identificar os valores de poupança a gerar, diminuir a taxa de devolução, reduzir o desperdício associado a revertências não aproveitadas, otimizar o circuito do medicamento no SF e nos SC, reorganizar horários de distribuição e calcular indicadores para monitorizar as devoluções. A resolução desta situação permite reduzir os custos com medicamentos, com o processo da reembalagem, em termos de tempo e consumíveis, e com os profissionais envolvidos, contribuindo para uma melhor gestão de stocks e maior segurança do doente. Pretende-se ainda contribuir para uma maior sustentabilidade ambiental por diminuição da quantidade de resíduos hospitalares específicos produzida, que é o grupo com maior impacto



Figura 2: Módulo diário de Dose Unitária com nove gavetas/camas. Cada gaveta está dividida por horário de toma.



humanos e no desperdício associado resultaria em melhorias significativas no trabalho desenvolvido no SF, com forte impacto na despesa e na satisfação dos profissionais envolvidos nas várias etapas do processo. Consideramos também que esta é uma situação crítica e necessita de uma intervenção urgente, de forma a melhorar os serviços prestados aos utentes e a produtividade tanto do SF como dos SC e consequentemente do HFF e da ULSASI.

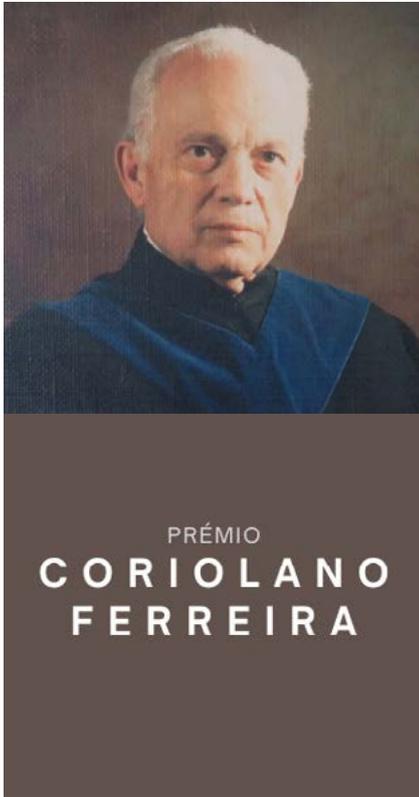
Resta-me agradecer, em meu nome e das restantes dinamizadoras do projecto, a todos os envolvidos desde o início da candidatura, nomeadamente à Nila Badracim (farmacêutica), Anabela Carapito (TF) e restantes colegas que participaram na recolha de dados e à Dra Teresa Aires Pereira, recém Diretora Técnica, que abraçou esta ideia e se revelou o motor desta iniciativa. Agradecer também, antecipadamente, aos restantes colegas das mais diversas áreas do hospital, que integrarão o projeto e serão imprescindíveis para o seu sucesso doravante. ●

REFERÊNCIAS

1. Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar; Ordem dos Farmacêuticos, 2021.
2. Manual da Farmácia Hospitalar; Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar; Ministério da Saúde, Infarmed, 2005.

Prémio Coriolano Ferreira Vencedor

Inteligência Colaborativa: a sinergia entre Inteligência Artificial e Humana



Jorge Carvalho

A 14.ª Conferência de Valor da APAH foi dedicada ao tema da inteligência artificial (IA) e os smart hospitals.

De forma mais pessoal, esta conferência será eternizada, desde logo, pela excelência das intervenções sobre a IA, mas também, indubitavelmente, pela cerimónia de atribuição do Prémio Coriolano Ferreira.

A atribuição deste prémio representa uma enorme honra e um marco deveras significativo no meu trajeto profissional. Homenageando o legado do Professor Coriolano Ferreira, uma figura incontornável na história da administração hospitalar em Portugal, este prémio não é apenas um reconhecimento pessoal, mas um tributo à importância do conhecimento

e da inovação na gestão em saúde. Inspirado pelo seu exemplo de dedicação e visão estratégica, sinto-me profundamente motivado a contribuir para a transformação do setor. Nos dias de hoje, este processo transformador está também intrinsecamente ligado à possibilidade de utilização de IA para potencializar o capital humano no setor da saúde.

A IA está a redefinir o panorama global, e o setor da saúde, em particular, oferece oportunidades sem precedentes para a inovação e eficiência assistencial (Rajpurkar et al., 2022). Apresenta-se como uma ferramenta transformadora que pode revolucionar a prestação de cuidados de saúde, robustecendo as capacidades dos profissionais e melhorando os resultados dos doentes.

A evolução no setor da saúde tem sido notável, e a implementação

de sistemas de IA em ambientes hospitalares representa uma renovação auspiciosa na abordagem à prestação de cuidados. As aplicações práticas de IA na saúde são diversas, abrangendo áreas como diagnóstico e tratamento personalizado, gestão de recursos hospitalares, prevenção de riscos e eventos adversos, de entre outras.

A otimização de recursos hospitalares através de IA representa uma das mais promissoras aplicações tecnológicas no setor da saúde, nomeadamente na facilitação do diagnóstico médico e na utilização de ferramentas de gestão, na medida em que a IA não apenas complementa, mas também expande significativamente as capacidades de diagnóstico e de governação de instrumentos gestionários.

Contudo, a implementação de IA na saúde não se encontra isenta de desafios, particularmente a nível ético e regulamentar. Diversos autores têm

vindo a alertar para aspetos cruciais da implementação tecnológica, como a proteção de dados pessoais e de privacidade dos doentes, a mitigação do viés algorítmico, a garantia de transparência nos algoritmos, a formação contínua dos profissionais e as considerações éticas (Elendu et al., 2023; He et al., 2019; Polevikov, 2023).

A implementação da tecnologia deve priorizar o respeito pela dignidade humana, garantindo que estas novas ferramentas servem como instrumento de cuidado, e nunca como um fim em si mesmas. Por isso, é crucial que a sua utilização seja efetuada de forma responsável, com acompanhamento humano, como medida preventiva de danos decorrentes de decisões automatizadas (Aldosari & Alanazi, 2024).

Em termos regulamentares, o cenário de integração de IA na saúde apresenta um complexo equilíbrio entre inovação e segurança do doente. A implementação de sistemas inteligentes em ambientes clínicos enfrenta desafios significativos devido à necessidade de conformidade com normas regulatórias vigentes, como o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) na Europa e as diretrizes da Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos da América. Estas estruturas regulatórias, embora essenciais para garantir a segurança e eficácia dos sistemas de IA, podem desacelerar a adoção de novas tecnologias devido aos extensos processos de validação e certificação requeridos. Além disso, a natureza dinâmica e evolutiva da IA apresenta desafios únicos para os reguladores, que precisam de equilibrar a proteção da privacidade dos dados com a necessidade de acesso a grandes conjuntos de dados para treinar e aperfeiçoar os algoritmos.

Esta complexidade regulamentar resulta frequentemente em ciclos de desenvolvimento mais longos e custos mais elevados para as organizações de saúde, impactando diretamente o ritmo de inovação e adoção tecnológica do setor.

Nos últimos anos, surgiu um novo conceito: a inteligência colaborativa, onde a sinergia entre humanos e a IA permite desbloquear novas



Jorge Carvalho vence edição do Prémio Coriolano Ferreira 2024

oportunidades no contexto da saúde (See, 2021). A jornada para esta nova era exige abertura, formação contínua e uma compreensão profunda de que a verdadeira inovação surge da complementaridade e não da competição, entre humanos e máquinas.

A transformação digital na área da saúde tem revelado um fenómeno vanguardista: a convergência entre a IA e a expertise humana. Distinta de uma simples substituição tecnológica, emerge uma abordagem sinérgica, onde máquina e profissional de saúde se complementam, potencializando resultados e descobertas. Como referem He et al. (2019), estas implementações não substituem, mas capacitam os profissionais de saúde, criando um modelo de inteligência colaborativa onde tecnologia e expertise humana trabalham em perfeita sintonia.

A inteligência colaborativa apresenta-se então como uma abordagem onde a IA potencia as capacidades

humanas, permitindo a redução significativa dos tempos de diagnóstico, a melhoria da precisão de tratamentos (Topol, 2019), a otimização dos recursos hospitalares (Briganti & Le Moine, 2020) e a personalização de protocolos clínicos, além da redução de erros médicos. Jiang et al. (2017) evidenciam vários casos em que a IA pode possibilitar diagnósticos precoces de condições complexas, salvando potencialmente vidas. Por sua vez, Shen et al. (2017) relatam implementações bem-sucedidas em unidades de cuidados intensivos, onde algoritmos de machine learning podem prever eventos adversos com elevada precisão, demonstrando o potencial preditivo da IA, com impacto na atividade assistencial e na gestão hospitalar.

Pesapane et al. (2018) argumentam que a IA não deve ser vista como uma ameaça, mas como uma oportunidade de transformação radical dos cuidados de saúde. A capacidade computacional da IA, quando harmonizada com a sensibilidade clínica humana, cria ▶



Ferreira conta atualmente com uma nova ferramenta facilitadora da sua operacionalização: a IA, que pode ser ainda mais potenciada no setor de saúde, através da materialização da inteligência colaborativa.

Assim, este prémio traz consigo não apenas o reconhecimento, mas também uma responsabilidade acrescida de honrar o legado do Professor Coriolano Ferreira, através da promoção de práticas de gestão que priorizem a qualidade e a eficiência nos serviços de saúde.

À medida que avançamos numa era em que a IA e outras tecnologias emergentes assumem um papel central na transformação dos cuidados de saúde, acredito que a visão e os valores que este prémio simbolizam serão guias fundamentais para enfrentar os desafios e criar um impacto positivo e duradouro no sistema de saúde português. ●

um ecossistema de inovação sem precedentes. Os algoritmos processam em frações de segundos, volumes incomensuráveis de informação, libertando os profissionais de saúde para outras tarefas e interações mais significativas, que contribuem para tomadas de decisão melhor fundamentadas. Esta simbiose tecnológica não procura eliminar o elemento humano, mas ampliar as suas capacidades. Os profissionais passam a concentrar a energia em aspetos essencialmente humanos, como a empatia, diagnósticos complexos e estratégias terapêuticas personalizadas, enquanto a IA assume tarefas repetitivas, analíticas e de processamento.

Decorrente do exposto, fica claro que os benefícios da IA ultrapassam amplamente a eficiência operacional. Representam uma revolução no conceito de cuidados de saúde, onde as decisões podem ser mais precisas, personalizadas e fundamentadas em análises multidimensionais que integram o histórico clínico, genético, ambiente e as tendências epidemiológicas. Um pouco por todo o mundo, verifica-se que esta abordagem colaborativa não é futurista, mas sim uma realidade em construção.

Neste sentido, a integração de IA exige um investimento significativo

em formação, sendo crucial que os profissionais de saúde desenvolvam competências tecnológicas. As instituições de saúde e académicas devem desenvolver programas que capacitem os profissionais em tecnologias de IA, promovam uma abordagem crítica e ética, incentivem a inovação tecnológica e desenvolvam competências de inteligência colaborativa.

Assim, o futuro da saúde será inevitavelmente marcado pela inteligência colaborativa. As instituições que souberem integrar tecnologia e competências humanas estarão melhor posicionadas para oferecer cuidados de saúde mais personalizados, otimizar recursos, melhorar resultados clínicos e reduzir custos operacionais.

Como referido anteriormente, a IA não deve então ser encarada como uma ameaça, mas como uma oportunidade de transformar a gestão hospitalar.

A chave, através da inteligência colaborativa, está na integração harmoniosa entre a tecnologia e as competências humanas, criando um ecossistema onde a inovação sirva o propósito fundamental dos cuidados de saúde: cuidar, tratar e humanizar.

Posto isto, a visão inspiradora e inovadora do Professor Coriolano

REFERÊNCIAS

1. Rajpurkar, P., Chen, E., Banerjee, O., & Topol, E. J. (2022). AI in health and medicine. *Nature Medicine*, 28(1), 31-38. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01614-0>
2. Elendu, C., Amaechi, D. C., Elendu, T. C., Jingwa, K. A., Okoye, O. K., John Okah, M., Ladele, J. A., Farah, A. H., & Alimi, H. A. (2023). Ethical implications of AI and robotics in healthcare: A review. *Medicine*, 102(50), e36671. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036671>
3. He, J., Baxter, S. L., Xu, J., Xu, J., Zhou, X., & Zhang, K. (2019). The practical implementation of artificial intelligence technologies in medicine. *Nature Medicine*, 25(1), 30-36. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0307-0>
4. Polevikov S. (2023). Advancing AI in healthcare: A comprehensive review of best practices. *Chemica Acta*, 548, 117519. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2023.117519>
5. Aldosari, B., & Alanazi, A. (2024). Pitfalls of Artificial Intelligence in Medicine. *Studies in Health Technology and Informatics*, 316, 554-555. <https://doi.org/10.3233/shti240474>
6. See K. C. (2021). Collaborative intelligence for intensive care units. *Critical Care*, 25(1), 426. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03852-7>
7. Topol E. J. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44-56. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>
8. Briganti, G., & Le Moine, O. (2020). Artificial intelligence in medicine: today and tomorrow. *Frontiers in Medicine*, 7, 27. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00027>
9. Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., Dong, Y., Li, H., Ma, S., Wang, Y., Dong, Q., Shen, H., & Wang, Y. (2017). Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke and Vascular Neurology*, 2(4), 230-243. <http://dx.doi.org/10.1136/svn-2017-000101>
10. Shen, D., Wu, G., & Suk, H. I. (2017). Deep Learning in Medical Image Analysis. *Annual Review of Biomedical Engineering*, 19, 221-248. <https://doi.org/10.1146/annurev-bioeng-071516-044442>
11. Pesapane, F., Codari, M., & Sardanelli, F. (2018). Artificial intelligence in medical imaging: threat or opportunity? Radiologists again at the forefront of innovation in medicine. *European Radiology Experimental*, 2(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s41747-018-0061-6>

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

Fórum do Medicamento

Novo Regulamento Europeu em debate no Fórum do Medicamento



Dedicado ao Novo Regulamento Europeu de Avaliação das Tecnologias de Saúde a 16.ª edição do Fórum do Medicamento decorreu no dia 22 de novembro de 2024 no Teatro Thalia, em Lisboa.

Esta é uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o apoio da AstraZeneca que à semelhança das edições anteriores, foi presidida por Francisco Ramos, Professor da Escola Nacional de Saúde Pública, com moderação de Paula Rebelo, Jornalista.

A primeira parte do programa foi dedicada à “Implementação do Novo Regulamento Europeu de Avaliação das Tecnologias de Saúde” e teve como palestrante Antun Sablek, Senior Associate da Charles Rivers Associates, que destacou os impactos do novo regulamento no acesso aos medicamentos.



Em cima: Francisco Ramos, Professor da Escola Nacional de Saúde Pública.
Ao lado: Antun Sablek, Senior Associate da Charles Rivers Associates.



FÓRUM DO MEDICAMENTO

15 NOVEMBRO 2024 - TEATRO THALIA

PROGRAMA

MODERAÇÃO - Paula Rebelo, Jornalista da RTP

09h30 | ABERTURA
Francisco Ramos, Chairman, Escola Nacional de Saúde Pública

09h45 | IMPLEMENTAÇÃO DO NOVO REGULAMENTO EUROPEU DE AVALIAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE
Antun Sablek, Charles River Associates

10h15 | DEBATE
Ana Sampaio, Associação Portuguesa Doença Inflamatória do Intestino
Cláudia Furtado, INFARMED
Joana Alves, ENSP
Rosário Trindade, AstraZeneca

11h00 | PAUSA

11h30 | ESTUDO INTERCALAR-ÍNDEX NACIONAL DE ACESSO AO MEDICAMENTO
Ana Advinha, Universidade de Évora
Sofia de Oliveira Martins, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

11h50 | DEBATE
Alexandre Lourenço, ULS de Coimbra
Helena Farinha, Direção Executiva do SNS
João Costa, Ordem dos Médicos
Hélder Mota Filipe, Ordem dos Farmacêuticos

12h40 | CONCLUSÕES
Francisco Ramos, Chairman, Escola Nacional de Saúde Pública

12h50 | ENCERRAMENTO
Xavier Barreto, APAH
Rosário Trindade, AstraZeneca




Ao lado: Professora Sofia de Oliveira Martins, FFUL.
Em baixo: Xavier Barreto, Presidente da APAH.



Seguiu-se a mesa redonda composta por Ana Sampaio (Associação Portuguesa de Doença Inflamatória do Intestino), Cláudia Furtado (INFARMED, I.P), Joana Alves (Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa), e Rosário Trindade (AstraZeneca) que discutiram os desafios e oportunidades do novo regulamento europeu para o futuro da saúde em Portugal.

A segunda parte foi dedicada à apresentação do “Estudo Intercalar do Índice Nacional de Acesso ao Medicamento Hospitalar”*, uma iniciativa APAH com o suporte científico da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, sob a coordenação da Professora Sofia de Oliveira Martins, e o apoio da Ordem dos Farmacêuticos e da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares, que monitoriza e analisa o acesso ao medicamento no nosso sistema de saúde

Alexandre Lourenço (ULS de Coimbra), Helena Farinha (Direção Executiva do SNS), João Costa (Ordem dos Médicos) e Hélder Mota Filipe (Ordem dos Farmacêuticos) analisaram os resultados do Estudo Intercalar do Índice e discutiram os desafios futuros no acesso aos medicamentos em Portugal. ●



* Conheça os resultados deste estudo na próxima edição da RGH.

Prémio Healthcare Excellence 2024

11 anos a reconhecer boas práticas na Saúde



O Prémio Healthcare Excellence é uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) em parceria com a biofarmacêutica AbbVie que visa distinguir a excelência na gestão da saúde, reconhecendo as boas práticas de serviço aos utentes, promovendo a sua partilha e incentivando a sua consolidação.

De acordo com os princípios da iniciativa, a II.ª Edição do Prémio Healthcare Excellence teve como objetivo reconhecer e incentivar projetos nacionais, desenvolvidos e implementados por organizações



O Júri da II.ª Edição do Prémio Healthcare Excellence: Eurico Castro Alves, Paula Rebelo, Rosa Reis Marques e Mafalda Freitas.

públicas, sociais e privadas do Sistema de Saúde, que visam a qualidade dos serviços prestados aos utentes e que se traduzam na melhoria da segurança, do acesso, da integração, da eficiência e dos resultados obtidos nos cuidados de saúde.

As candidaturas à II.ª Edição decorreram entre 11 de junho e 15 de setembro de 2024, tendo sido rececionadas e validadas, ao abrigo do Regulamento, um total de 16 candidaturas.

A sessão de finalistas da II.ª Edição do Prémio Healthcare Excellence decorreu no dia 25 de outubro de 2024, no Grande Hotel de Luso, integrada no Programa da 14.ª Conferência de Valor APAH, onde os oito projetos finalistas apresentaram o seu projeto em formato pitch.

Os projetos finalistas desta edição foram avaliados quanto ao impacto

alcançado expresso por indicadores de acesso e quanto à inovação, à replicabilidade em outras instituições de saúde e à qualidade da apresentação final. A avaliação dos projetos esteve a cargo do Júri desta edição constituído por Rosa Reis Marques, Presidente do Júri e Administradora Hospitalar; Eurico Castro Alves, Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Paula Rebelo, Jornalista da RTP e Mafalda Freitas, em representação da MiGRA Portugal.

O projeto “Urgência Pediátrica Referenciada”, da Unidade Local de Saúde de Amadora Sintra foi o vencedor da II.ª Edição.

A 1.ª Menção Honrosa foi atribuída ao projeto “Malnutrição Hospitalar” da Unidade Local de Saúde de Santo António e a 2.ª Menção Honrosa foi para o projeto “Hospitalização Domiciliária Obstétrica” da Unidade Local de Saúde de São José.



VENCEDOR: PROJETO "URGÊNCIA PEDIÁTRICA REFERENCIADA"
Unidade Local de Saúde de Amadora Sintra



Healthcare **EXCELLENCE** 2024

25 OUT.

SESSÃO DE FINALISTAS

09h30 *Welcome Coffee*

10h00 **Abertura** • Xavier Barreto, APAH

10h10 **Ligue Antes, Salve Vidas** • ULS de Entre Douro e Vouga

10h30 **Critical Lean Infection Group** • ULS de Santo António

10h50 **CHEDV Acolhe** • ULS de Entre Douro e Vouga

11h10 **Malnutrição Hospitalar** • ULS de Santo António

11h30 **Hospitalização Domiciliária Obstétrica, MOMd** • ULS de São José

11h50 **Urgência Pediátrica Referenciada** • ULS Amadora Sintra

12h10 **Melhoria do processo do utente cirúrgico** • ULS da Arrábida

12h30 **Jornada Clínica Digital do Doente Oncológico** • ULS de São José

13h00 *Almoço*

14h00 **Sessão: Evolução do Portal do Utente de Matosinhos: Sete Anos de Progresso**
Prémio Vencedor da 4ª Edição • Ângela Ferreira, ULS de Matosinhos

14h15 **Anúncio dos Vencedores e Menções Honrosas**
António Gandra D' Almeida, Diretor Executivo do SNS

14h25 **Encerramento** • Lucie Perrin, AbbVie



abbvie



1ª MENÇÃO HONROSA: PROJETO "MALNUTRIÇÃO HOSPITALAR" Unidade Local de Saúde de Santo António



2ª MENÇÃO HONROSA: PROJETO "HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA OBSTÉTRICA" Unidade Local de Saúde de São José

Apesar de haver apenas um vencedor, todos os projetos estão de parabéns uma vez que todos são projetos reconhecidamente inovadores e representam uma mudança na vida dos doentes, na perspetiva da integração de cuidados, da eficiência e da produtividade. ●

Prémio Healthcare Excellence 2024 Vencedor

ULS Amadora/Sintra: Inovação em Urgência Pediátrica Referenciada

Alexandra Marques^{1*}

A Unidade Local de Saúde (ULS) Amadora/Sintra conquistou o Prémio Healthcare Excellence 2024, atribuído pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), com o projeto inovador de Urgência Pediátrica Referenciada. Este é um reconhecimento significativo para a instituição, que tem demonstrado dedicação à reestruturação dos Cuidados de Saúde Pediátricos, especialmente num contexto de elevada procura e limitações de Recursos Humanos.

Para o Dr. Luís Gouveia, Presidente da ULS Amadora/Sintra, "Este prémio é o reflexo do trabalho conjunto de toda a nossa equipa. Mostra que é possível encontrar soluções inovadoras que beneficiam os Utentes e promovem a eficiência dos cuidados de saúde. É também um testemunho da excelência e do compromisso dos profissionais da ULS Amadora/Sintra em servir a comunidade com dedicação e inovação".

Portugal apresenta um dos mais elevados índices de utilização dos Serviços de Urgência da OCDE, com cerca de 25% dos episódios correspondendo a utentes pediátricos com menos de 18 anos. No caso da Urgência de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca (HFF), a média anual de admissões ultrapassa os 60.000 episódios, tornando-a a segunda maior da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Entretanto, mais de 70% desses atendimentos são triados como pouco urgentes ou não urgentes, segundo o Protocolo de Triagem de Manchester. Este cenário, aliado a limitações de Recursos Humanos, levou ao encerramento noturno do Serviço de Urgência Pediátrica entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024. Este período altamente desafiador revelou

a necessidade urgente de reorganizar o modelo de atendimento, culminando na criação de uma Urgência Pediátrica Referenciada.

O projeto foi estruturado em quatro eixos principais: a Urgência Pediátrica Referenciada, a Consulta de Doença Aguda, a Triagem Pré-Hospitalar e a Educação e Literacia em Saúde. A partir de 6 de fevereiro de 2024, esta Urgência passou a funcionar 24 horas por dia, mas de forma referenciada no período noturno, entre as 20h00 e as 8h00. Durante este horário, o atendimento é garantido aos utentes previamente referenciados pelo SNS24, sendo mantida uma sala de reanimação em funcionamento permanente para casos emergentes. A Consulta de Doença Aguda foi criada para oferecer uma alternativa rápida e eficiente a casos não urgentes. O agendamento é realizado através do SNS24, com consultas realizadas nas instalações do hospital das 8h00 às 20h00, todos os dias. Embora o modelo atual de triagem telefónica do SNS24 tenha sido utilizado, prevê-se, no futuro, a implementação de triagem especializada em Pediatria. Adicionalmente, foram feitos esforços para sensibilizar a população sobre o uso adequado dos Serviços de Urgência e alternativas existentes.

Os resultados obtidos nos primeiros meses da implementação são altamente promissores e evidenciam uma melhoria significativa, confirmando o potencial da iniciativa. Houve uma redução de 39,9% na afluência noturna à Urgência Pediátrica em relação ao ano anterior. Cerca de 70% dos casos referenciados pelo SNS24 foram triados como não urgentes, confirmando a eficácia do modelo. A adesão à Consulta de Doença Aguda foi de 75%, indicando boa aceitação por parte dos utentes. O modelo tem potencial para reduzir significativamente a pressão sobre os Serviços de Urgência, promovendo um atendimento mais eficaz e direcionado.

Alexandra Marques, Gestora do Departamento da Criança e Jovem, reforça que "Este projeto é um marco na organização dos cuidados pediátricos. Conseguimos otimizar recursos, proporcionar cuidados de qualidade e reforçar a segurança no atendimento para os nossos pequenos utentes". Helena Loureiro, Diretora do Serviço de Pediatria da ULS Amadora/Sintra, diz que "esta iniciativa reforça a confiança das famílias e serve como exemplo de boas práticas que podem ser replicadas noutras unidades do país, especialmente nas áreas de Pediatria. Acreditamos que estamos a construir um futuro mais sustentável e centrado nas necessidades reais dos nossos jovens utentes."

O projeto não é apenas uma solução local, é um modelo inovador que pode ser replicado por outras Unidades Locais de Saúde. Estes fatores, aliados ao impacto nos cuidados de saúde, foram decisivos para a atribuição do Prémio Healthcare Excellence. Um reconhecimento a toda a equipa da ULS Amadora/Sintra pela dedicação e por conseguir transformar desafios em oportunidades, contribuindo para um atendimento mais eficiente e centrado no utente.

O Prémio Healthcare Excellence é uma distinção anual promovida desde 2014 pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), em parceria com a AbbVie, com o objetivo de reconhecer e celebrar a excelência na gestão da saúde. Este prémio destaca as melhores práticas na melhoria dos serviços aos utentes, promovendo a partilha de soluções inovadoras e incentivando a sua consolidação no Sistema Nacional de Saúde. O prémio valoriza aqueles que fazem a diferença, inspirando outros a seguir o exemplo na procura de Cuidados de Saúde de qualidade e mais eficientes.

O Prémio Healthcare Excellence 2024 reconhece o caminho de sucesso que

a ULS Amadora/Sintra está a trilhar com determinação e compromisso. A implementação da Urgência Pediátrica Referenciada reflete a capacidade de enfrentar desafios, mas também a visão de um futuro mais eficiente e centrado nas reais necessidades dos utentes. Mais uma conquista reveladora do compromisso assumido pelo atual Conselho de Administração com a melhoria contínua dos cuidados de saúde, inovando e adaptando-se às novas exigências. O trabalho realizado é um exemplo claro de como a colaboração, a inovação e a dedicação podem transformar a realidade do Serviço Público de Saúde. Alexandra Marques, Gestora do Departamento da Criança e Jovem, Helena Loureiro, Diretora de Serviço de Pediatria, Cláudio Alves, Coordenador da Urgência Pediátrica, Rui Santos, Enfermeiro Chefe da Urgência Pediátrica, Marta Escudeiro, Enfermeira Responsável da Urgência Pediátrica, e Ana Maria Henriques, Chefia Administrativa das Urgências, foram peças fundamentais na criação e implementação da Urgência Pediátrica Referenciada.

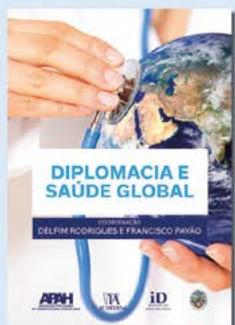
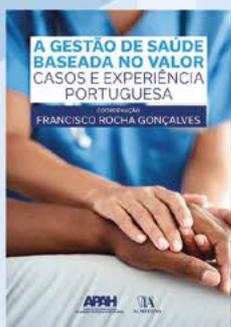


Vencedor: Projeto “Urgência Pediátrica Referenciada”, Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra

Este esforço coletivo, que uniu médicos, enfermeiros e gestores, resultou numa solução inovadora que melhora o atendimento, mas também serve de exemplo e modelo para outras Unidades Locais de Saúde. ●

1. Gestora do Departamento da Criança e do Jovem
* Em nome de toda a equipa que implementou o projeto.

GESTÃO EM SAÚDE



Visita de estudo

Sistema de Saúde Norueguês: desafios e inovações para uma nova era de cuidados de saúde



Ana Godinho¹, Roberto Lemos¹, Susana Ramos¹, João Brás da Silva², Leila Sales³, Ana Harfouche⁴, Ana Lívio⁵, Miguel Lopes⁶, Teresa Magalhães⁷

A visita de estudo ao Reino da Noruega, decorreu na cidade de Oslo, entre os dias 22 e 26 de setembro de 2024, organizada pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP NOVA) e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar em parceria com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, a Associação de Estudantes da ENSP NOVA e a Associação de Antigos Alunos da ENSP NOVA. Esta viagem teve como principal objetivo conhecer o sistema de saúde norueguês, com especial enfoque nos modelos de governação, financiamento e integração dos cuidados de saúde, bem como na política de recursos humanos, nas estratégias de inovação digital e tecnológica e nas iniciativas

de sustentabilidade climática e economia circular.

A comitiva, composta por 47 participantes, integrou alunos dos Cursos 52.º, 53.º e 54.º de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH), alunos de outros cursos e docentes da ENSP NOVA, representantes das entidades parceiras e administradores hospitalares e outros profissionais de saúde em exercício, oriundos de norte a sul do país e regiões autónomas, o que proporcionou uma enriquecedora partilha de experiências e perspetivas.

SISTEMA DE SAÚDE NORUEGUÊS: MODELO DE GOVERNAÇÃO E DE FINANCIAMENTO

O sistema de saúde público da Noruega tem uma cobertura universal, financiado por impostos gerais e por contribuições associadas ao rendimento individual. A inscrição é automática (após nascimento) para todos os cidadãos, e extensível a residentes no país. Os serviços cobertos incluem cuidados de saúde primários, hospitalares,

cuidados ambulatoriais (ex. realização de exames durante e após a gravidez, cuidados de saúde a crianças menores de 16 anos, cuidados domiciliários) de saúde mental, tratamento de adição de álcool e substâncias, bem como medicamentos prescritos (constantes numa lista pré-definida). Os utentes fazem copagamentos (franquias) para alguns serviços e produtos, com limites para contribuições diretas (o limite máximo é de 1.980 Coroas Norueguesas por ano/ pessoa, equivalente a €261). Em caso de o valor ser excedido, o cidadão recebe um voucher para gastos de saúde, durante o ano civil em curso. Há um segundo limite de comparticipação para fisioterapia, alguns tratamentos dentários e despesas com cuidados continuados. Os pagamentos diretos (out of pocket) são inferiores a 14%. O país enfrenta desafios relacionados com uma população envelhecida e com elevada carga de doença, e para além disso, 5 milhões de habitantes estão dispersos geograficamente por cerca



de 385.000 Km² e mais de 150.000 ilhas, colocando desafios importantes no acesso aos cuidados de saúde. Neste sentido, os cuidados de saúde, estão organizados nos municípios, num total de 356, que gerem os cuidados de saúde primários, cuidados continuados e sociais, enquanto o governo nacional é responsável pela gestão dos serviços hospitalares e cuidados de saúde especializados (existem quatro Regional Health Authorities Centers). Todos os cidadãos têm um General Practitioner (GP), vulgo médico de família, responsável pela avaliação e acompanhamento do doente ou referênciação. A reforma da coordenação dos cuidados de saúde iniciou-se em 2012, com a criação das Health Communities com o objetivo de melhorar a interação e integração entre os diferentes níveis de cuidados e o desenvolvimento de processos de circulação dos doentes no sistema. Estas estruturas funcionam a três níveis, compostos por diferentes stakeholders (que incluem especialistas, representantes

dos municípios, GP e utentes) reunindo periodicamente para desenvolvimento e melhoria dos serviços em conjunto. Os Programas Integrados de Cuidados de Saúde (Pathways) para os doentes oncológicos e doentes crónicos estão também definidos, reduzindo tempos de espera e a melhoria na articulação com o GP. Face aos desafios atuais, o governo Norueguês aposta na educação para a saúde das crianças em idade escolar, esperando que uma maior literacia, melhore a qualidade de vida e diminua a necessidade de cuidados de saúde no futuro. A retenção de profissionais de saúde é outro desafio para o sistema Norueguês, apesar de 16% da população (400.000) trabalhar na saúde, de forma a dar resposta às necessidades da população, dispersa geograficamente pelo país. Foi reforçado ainda que não basta investir na formação, importação e retenção de profissionais de saúde, sendo necessárias políticas de saúde com investimento na educação para a saúde e programas robustos para o doente crónico.

ROADMAP PARA CUIDADOS DE SAÚDE MAIS AMIGOS DO AMBIENTE E SUSTENTÁVEIS

O governo norueguês delineou um roadmap estratégico para a descarbonização do setor, resultante da cooperação internacional do país, explanada na Declaração de Budapeste e na Declaração para o Clima e Saúde do COP28. Na área da saúde, os hospitais realizaram uma avaliação de base das emissões de CO₂ em todos os procedimentos da cadeia de abastecimento ligados ao setor da saúde. Deste modo, foram implementados sistemas para monitorização detalhada, por categorias de prestação, as emissões de CO₂ (desde o tipo de energia utilizada, medicação, deslocações dos utentes, edifícios, gases medicinais, entre outros) e aferir a eficácia de intervenções implementadas nestas áreas. Trata-se de uma abordagem, ancorada em dados robustos, que possibilita a gestão otimizada e transparente do processo de descarbonização, assim como a ▶



tomada de decisão estratégica, visando a redução das emissões de carbono e a promoção de práticas ecologicamente responsáveis. O governo reconhece assim, a necessidade emergente em atingir com sucesso metas ambiciosas na mitigação da emissão de gases de CO₂, reforçando a importância dos líderes na promoção de cuidados de saúde mais sustentáveis, bem como a formação e a capacitação dos profissionais e a implementação de ferramentas para ações concretas e sustentáveis.

OS DESAFIOS DA INOVAÇÃO DIGITAL, TECNOLÓGICA E A IMPLEMENTAÇÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE

A aposta da Noruega na inovação digital e tecnológica na saúde tem sido impulsionada pela colaboração entre o governo, universidades e empresas privadas, através do desenvolvimento de soluções inovadoras e personalizadas, contribuindo para um sistema de saúde mais preventivo, mais eficiente na gestão de recursos de saúde e mais orientado para o utente. Um dos exemplos é a digitalização dos registos de saúde



através da plataforma “HelseNorge” onde os cidadãos acedem a informações de saúde e marcam consultas online, promovendo uma melhor comunicação e integração de cuidados. Também o uso da inteligência artificial (IA) e do big data para melhorar o diagnóstico e o tratamento de doenças, através da utilização de algoritmos e padronização de dados clínicos é já uma realidade na prevenção de condições graves, como doenças cardiovasculares e cancro.

Uma outra aposta tecnológica inovadora é o Hospital Virtual, implementado em 2022 pelo Vestre Viken Hospital Trust, que oferece serviços que combinam tecnologia de ponta com uma abordagem focada no doente. Este hospital, equipado com sistemas avançados de IA e de análise de dados para apoiar decisões clínicas e os cuidados, não tem instalações físicas tradicionais. Os doentes são monitorizados remotamente, recebem diagnósticos, orientações aos tratamentos e consultam os profissionais de saúde através de plataformas digitais. Esta abordagem reduz significativamente a pressão sobre os hospitais e melhora o acesso aos cuidados de saúde. Este modelo tem um impacto positivo na sustentabilidade, reduzindo os custos associados a internamentos e deslocações, ao mesmo tempo que promove uma abordagem preventiva centrada no cidadão. De destacar, ainda, a Health2B, fundada em setembro 2022 pela Norway Health Tech, Hospital Universitário de Oslo e Oslo Science Park, que, em conjunto, promovem uma arena para apresentação de ideias inovadoras e colaboração em soluções tecnológicas para a saúde, através de parcerias público-privadas. As áreas de enfoque estratégico para 2024-2025 são: cuidados

domiciliários e utilização de tecnologias; fortalecimento da infraestrutura digital; digitalização nas enfermarias.

Com base na inovação aberta, a Health2B permite a partilha de conhecimento e a compreensão coletiva das necessidades e oportunidades tecnológicas, promovendo a cocriação para um futuro sistema de saúde sustentável.

CONCLUSÕES

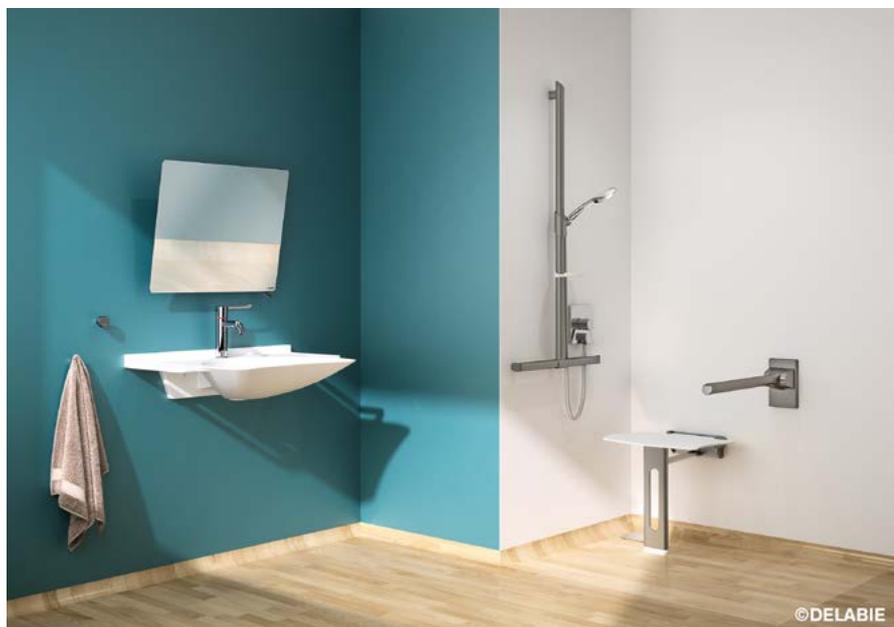
A população norueguesa possui uma esperança média de vida superior à dos restantes cidadãos europeus, refletindo-se proporcionalmente no envelhecimento da sua população, motivando o desenvolvimento de um modelo de integração de cuidados entre os municípios e o ministério da saúde para fazer face aos desafios na área da saúde. Este modelo assente em três níveis, ainda se encontra em consolidação, promovendo um trabalho colaborativo, para planeamento e desenvolvimento de um conjunto de serviços e cuidados de saúde (entre município e hospitais) e simplificação dos percursos assistenciais de cuidados. O reconhecimento das repercussões da pegada ambiental no setor da saúde, tem promovido a procura por soluções mais sustentáveis, sendo a tecnologia e a transformação digital aliada à implementação da IA, um esforço importante, na melhoria da segurança dos cuidados, na coordenação entre os profissionais de saúde e na qualidade de vida dos cidadãos. ●

REFERÊNCIAS

- AICEP Portugal Global. Tecnologia Médica na Noruega. Ficha de entrada no mercado. Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal (AICEP). Junho 2023.
- Comissão Europeia. Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão Os seus direitos de segurança social na Noruega. União Europeia. 2012.
- Helsenorge. National online health services in Norway. Disponível em: <https://www.helsenorge.no/en/>
- Norway Health Tech. Health2B. A New Open Innovation Arena. Progress Report December, 2023. Disponível em: <https://www.norwayhealthtech.com/content/uploads/2023/12/health2bprogressreport2023.pdf>
- Saunes, I S; Karanikolos, M.; Sagan, A. Health Systems in Transition. Norway Health system review 2020. World Health Organization 2020 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Vol. 22 No. 1. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/HIT-22-1-2020>
- Vestre Viken Hospital Trust. Disponível em: <https://www.nordicproof.org/partners/vestre-viken-hospital-trust/>

1. CEAH 53 ENSP NOVA
2. CEAH 54 ENSP NOVA
3. ESSCVP-Lisboa, CEAH 48 ENSP NOVA
4. NOVA Medical School
5. APDH
6. ENSP NOVA
7. ENSP NOVA, PHRC, CHRC, REAL, CCAL

A arte de cuidar em ambiente hospitalar



de saúde, com uma ótima proteção anti-queimaduras.

A misturadora de duche Ref. H9741 está equipada com a tecnologia Securitherm garantindo uma estabilidade total da temperatura da água, independentemente das variações de pressão e de débito.

A tecnologia Securitouch, especialmente pensada para as pessoas com mobilidade reduzida ou hospitalizadas, evita qualquer risco de queimadura por contacto com a misturadora. O duplo limitador de temperatura e a função de choque térmico, que pode ser realizado sem desmontar a misturadora, aumentam a segurança e facilitam a manutenção.

Barras de apoio para o maior conforto nos pequenos cuidados

A DELABIE também integrou o design na sua gama de barras de apoio e bancos de duche Be-Line®. A gama Be-Line® não lembra em nada um ambiente hospitalar ou médico, tendo sido concebida por terapeutas ocupacionais em colaboração com designers.

O seu design inovador combina estética e conforto, tomando a utilização da casa de banho mais agradável para todos.

Disponível nos acabamentos em antracite metalizado, preto mate ou branco mate, a gama Be-Line® proporciona um bom contraste visual entre a cor das barras ou dos bancos e a das paredes.

O banco de duche rebatível Be-Line®, premiado pelo seu design, oferece conforto e discrição. Amovível e substituível num único movimento por uma prateleira, o banco de duche adapta-se às necessidades dos pacientes e permite ser instalado apenas nos duches dos utilizadores que dele necessitem. Dá um toque de modernidade e de funcionalidade aos duches dos estabelecimentos de saúde.

A revolução estética realizada pela DELABIE demonstra que o design e o desempenho técnico podem coexistir harmoniosamente, oferecendo uma melhor qualidade de vida aos pacientes e residentes nos estabelecimentos de saúde. Ao transformar os equipamentos sanitários em elementos decorativos de pleno direito, a DELABIE contribui para a criação de ambientes de cuidados mais acolhedores, menos estigmatizantes e mais confortáveis para todos. ●

Design ao serviço dos requisitos técnicos nos cuidados de saúde

O controlo da proliferação bacteriana e a segurança dos pacientes são, desde há muito, dois dos principais desafios dos estabelecimentos de cuidados de saúde, como hospitais, clínicas e lares de idosos.

Por isso, recomenda-se que as misturadoras de lavatório e acessórios de casas de banho utilizem tecnologias avançadas para prevenir queimaduras e infeções bacterianas. É também crucial que estes estabelecimentos ofereçam um ambiente agradável e acolhedor, contribuindo para o bem-estar físico e moral dos pacientes. Assim, os hospitais, as clínicas e os lares de idosos devem integrar o design nos seus espaços, nomeadamente nos quartos, para criar um ambiente acolhedor. O design dos equipamentos sanitários, respeitando os requisitos de segurança e higiene, desempenham um papel crucial para que os pacientes se sintam tão confortáveis como em casa.

Como conciliar a estética e a tecnologia neste contexto exigente?

Apesar de ser um tema relativamente recente, a DELABIE, especialista em equipamentos sanitários, há vários anos que faz da estética uma componente importante dos seus produtos. Aliando o design à tecnologia, as suas torneiras

e acessórios tomaram-se objetos harmoniosos e elegantes, que ganharam prestigiados prémios de design.

A misturadora mecânica Ref. 2621EP: a "super-heroína" do design e da higiene

A misturadora de lavatório Securitherm EP Biosafe Ref. 2621EP combina design contemporâneo e higiene. As suas linhas minimalistas facilitam a limpeza e a ausência de bica limita a contaminação bacteriana.

Do ponto de vista técnico, esta misturadora mecânica controla a proliferação bacteriana graças a um volume reduzido de água que flui através de passagens estreitas para aumentar a velocidade. A segurança dos pacientes é garantida por um limitador de temperatura máxima pré-regulado e por um cartucho de equilíbrio de pressão, que proporciona uma temperatura estável apesar das variações da pressão da rede, protegendo o utilizador em caso de corte de água fria. Permite também choques térmicos fáceis, bastando premir o pequeno botão vermelho na parte de trás do manípulo.

Uma misturadora de duche termostática técnica e intuitiva

O design da misturadora de duche termostática Ref. H9741 assemelha-se muito ao de uma misturadora termostática doméstica, tornando-a fácil de utilizar. No entanto, foi especialmente concebida para os duches dos estabelecimentos

Resumo de atividades APAH

INICIATIVAS APAH

25 DE OUTUBRO

- Sessão de Finalistas da 11.ª edição do Prémio Healthcare Excellence.
- 14.ª Conferência de Valor APAH, no Grande Hotel de Luso.
- Atividades para sócios APAH no âmbito da 14.ª Conferência de Valor APAH (visita ao Convento e aos Jardins do Bussaco e visita às Caves Messias).
- Jantar e Gala APAH.
- Atribuição do Prémio Coriolano Ferreira (melhor aluno do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da ENSP).
- 1.ª edição do CEO Circle, evento exclusivo para Presidentes de Conselhos de Administração de Unidades hospitalares.

26 DE OUTUBRO

- 14.ª Conferência de Valor APAH.

28 DE OUTUBRO

- Lançamento do 1.º episódio do Podcast Caminhos da Administração Hospitalar dedicado a Coriolano Ferreira.

15 DE NOVEMBRO

- 16.ª edição do Fórum do Medicamento dedicado ao Novo Regulamento Europeu de Avaliação das Tecnologias de Saúde.

20 DE NOVEMBRO

- Lançamento do Programa para a Criação/Desenvolvimento de Gabinetes de Apoio à Inovação e Captação de Financiamento em IC&IB em Unidades, uma iniciativa APAH/AICIB.

25 DE NOVEMBRO

- 2.º episódio do podcast APAH Caminhos da Administração Hospitalar dedicado aos Meninos de Rennes.

27 DE NOVEMBRO

- Lançamento do Livro Auditoria Interna na Saúde.

5 DE DEZEMBRO

- Webinar#3 APAH/AICIB do Ciclo de Webinars “Gestão da Investigação Clínica”, dedicado ao tema “Investigação Clínica: oportunidades do novo modelo colaborativo em contexto das ULS.

20 DE DEZEMBRO

- Reunião com Administradores Hospitalares dedicada à discussão do processo de revisão da carreira de Administração Hospitalar.

23 DE DEZEMBRO

- 3.º episódio do podcast APAH Caminhos da Administração Hospitalar dedicado aos primeiros passos da Administração Hospitalar portuguesa.

REUNIÕES INSTITUCIONAIS

7 DE OUTUBRO

- Assinatura de Protocolo de Colaboração (MOU) com o IHI (Institute for Healthcare Improvement). Este acordo foi oficializado por Pedro Delgado, Vice-Presidente do IHI e pela Secretária da Direção da APAH, Raquel Chantre. Com este acordo a APAH reforça a sua missão de promover a qualidade e a segurança na gestão hospitalar e encara com entusiasmo o impacto desta parceria sempre em prol da excelência nos cuidados de saúde em Portugal.

6 DE NOVEMBRO

- O Consórcio Português formado pela APAH, APDH e APHP reuniu com a AHERJ (Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro) para alavancar os próximos passos do Termo de Cooperação Técnica, um compromisso firmado por todas as partes no 47.º Congresso Mundial dos Hospitais que visa promover uma colaboração sólida e inovadora para a troca de experiências e fortalecimento da área da saúde entre os países de língua portuguesa.

13 DE DEZEMBRO

- Reunião com a Secretária de Estado da Gestão da Saúde sobre revisão da carreira de Administração Hospitalar.

4º trimestre de 2024

REPRESENTAÇÕES APAH EM OUTRAS INICIATIVAS

3 DE OUTUBRO

- O Presidente da APAH, Xavier Barreto, participou na sessão de apresentação dos resultados do Stada Health Report 2024 Portugal, integrando um painel de debate.

- Raquel Chantre, Secretária da Direção da APAH, participou no Preventable Mid-Term Conference 2024, em Reuen, França, um congresso internacional dedicado à prevenção de síndromes raras de risco tumoral (RTRS) que reúne especialistas em oncogenética, saúde pública e gestores de saúde de todo o mundo.

9 DE OUTUBRO

- A APAH esteve presente na Conferência Healthy Planet, Healthy People - a pegada carbónica do setor da saúde, fazendo-se representar por Sandra Olim, Vogal da Direção da APAH.

11 DE OUTUBRO

- No âmbito do IV Encontro Nacional de Integração de Cuidados da Portuguese Association for Integrated Care (PAFIC) Xavier Barreto integrou o painel de discussão da sessão “Reorientar os Modelos de Cuidados”.

- Joana Cunha, Vogal da Direção da APAH, apresentou os resultados do 1.º Barómetro da Integração de Cuidados, desenvolvido pela APAH, Bayer e EY, no âmbito do workshop “Lideranças Intermédias no Processo de Mudança” integrado no Encontro da PAFIC.

29 DE OUTUBRO

- A convite da Ordem dos Farmacêuticos, Xavier Barreto participou na Sessão de debate da Cerimónia de apresentação de resultados do “Top Farmácia Hospitalar - a Excelência dos Hospitais”.

31 DE OUTUBRO

- No âmbito da Conferência anual da Plataforma Saúde em Diálogo dedicada ao tema “Humanização da Saúde: Um Caminho para um Sistema Mais Sustentável” Xavier Barreto integrou a mesa-redonda “Como Promover uma Cultura de Humanização na Saúde?”.

8 DE NOVEMBRO

- A APAH esteve presente no 1.º Encontro de Serviço Social “Desafios do Serviço Social no SNS”, organizado pela ULS Almada-Seixal, onde Catarina Paulino, Tesoureira da Direção da APAH, apresentou os resultados mais recentes do Barómetro de Internamentos Sociais.

20 DE NOVEMBRO

- O Presidente da APAH participou como orador na Conferência Anual do INFARMED, na sessão sobre digitalização e integração.

- Participação de Xavier Barreto na sessão de abertura do Programa para a Criação/Desenvolvimento de Gabinetes de Apoio à Inovação e Captação de Financiamento em IC&IB em Unidades de Saúde, uma iniciativa AICIB/APAH, e no Jantar do 85º Aniversário APIFARMA.

22 DE NOVEMBRO

- Xavier Barreto esteve presente como orador na III Convenção Internacional dos Enfermeiros, na sessão “Sistemas de Saúde: Valor económico dos cuidados de enfermagem”, que se realizou em Fátima. Integrou ainda a sessão “O SNS de hoje” na 10.ª Edição do Congresso S3, organizado pela Comissão Nacional de Médicos Internos do Sindicato Independente dos Médicos, que decorreu em Évora.

23 DE NOVEMBRO

- O Presidente da APAH esteve presente na Conferência que assinalou o Dia Mundial da Diabetes, em Castelo Branco, promovida pela Associação de Diabéticos da Beira Baixa, para discutir a realidade e os desafios da Diabetes.

27 DE NOVEMBRO

- Xavier Barreto esteve presente como orador no Lançamento da Rede de Ciência da Implementação Portugal a Convite da Escola Nacional de Saúde Pública.

29 DE NOVEMBRO

- Raquel Chantre, Secretária da Direção da APAH, esteve presente no XVII Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (APFH), dedicado ao tema “Transformar o amanhã”, como oradora da sessão plenária “A farmácia hospitalar na transformação do SNS”.

17 DEZEMBRO

- A convite da Secção Regional do Sul e Regiões Autónomas da Ordem dos Farmacêuticos, Xavier Barreto esteve presente no evento Noites na Ordem, participando na mesa redonda dedicada ao tema “Áreas Emergentes: novos caminhos da profissão”.



DELABIE

**HIGIENE
CONFORTO
SEGURANÇA**

Torneiras para Estabelecimentos de Saúde

Torneiras para profissionais de saúde

Torneiras para quartos de internamento

Equipamentos sanitários em Inox

Acessibilidade e autonomia

Barras de apoio e rebatíveis

Bancos de duche

Acessórios de higiene para locais públicos

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

30 ANOS
GARANTIA

50 ANOS
REPARAÇÃO

Mais informações em delabie.pt