

GH GESTÃO HOSPITALAR

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

N.º 42 // JULHO AGOSTO SETEMBRO 2025
TRIMESTRAL // GRATUITA // www.apah.pt

AUTÁRQUICAS E SAÚDE

COMO FAZER POLÍTICA
DE SAÚDE LOCAL?

AUDITORIA INTERNA

A IMPORTÂNCIA
DA PREVENÇÃO DA
FRAUDE E CORRUPÇÃO
NO SETOR DA SAÚDE

GESTÃO

A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL
NA ADMINISTRAÇÃO
DA SAÚDE

Álvaro Almeida
Diretor Executivo
do SNS

ENTREVISTA

REFORÇAR A COORDENAÇÃO OPERACIONAL DO SNS



EDUARDO SÁ FERREIRA

O Prémio Eduardo Sá Ferreira tem como objetivo incentivar e promover a investigação científica e a produção de conhecimento no domínio da Administração Hospitalar.

Esta distinção visa reconhecer trabalhos de investigação que apresentem contributos inovadores e relevantes para o desenvolvimento da gestão hospitalar em Portugal, fortalecendo a capacidade de resposta das Instituições de saúde e promovendo a melhoria contínua dos serviços prestados à população.

O Prémio é atribuído bienalmente ao melhor artigo na área da Administração Hospitalar publicado por um Administrador Hospitalar.

Promovido pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, este prémio é também uma homenagem ao fundador e primeiro Presidente da APAH, e visa perpetuar o seu legado enquanto Administrador Hospitalar de excelência.

Consulte o Regulamento:



SUMÁRIO

JULHO AGOSTO SETEMBRO 2025

GESTÃO HOSPITALAR

PROPRIEDADE



APAH - Associação Portuguesa
de Administradores Hospitalares
Parque de Saúde de Lisboa Edifício, 11 - 1º Andar
Avenida do Brasil, 53
1749-002 Lisboa
secretariado@apah.pt
www.apah.pt

DIRETOR

Xavier Barreto

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Bruno Moita, Sandra Olim

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Sofia Marques

EDIÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO



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

PROJETO GRÁFICO

Sara Henriques

BANCO DE IMAGENS

Getty Images

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita

PERIODICIDADE

Trimestral

DEPÓSITO LEGAL N.º

16288/97

ISSN N.º

0871- 0767

TIRAGEM

1.500 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

Pensar o SNS para lá da espuma dos dias

6 HISTÓRIA DA SAÚDE

Panorama Histórico dos Hospitais do Algarve

8 DIREITO BIOMÉDICO

Acesso a técnicas de PMA por pessoas trans: algumas notas sobre o enquadramento legal atual em Portugal

10 SAÚDE PÚBLICA

Autárquicas e saúde: como fazer política de saúde local?

12 AUDITORIA INTERNA

A importância do Auditor e da Auditoria Interna na prevenção da fraude e corrupção e no reforço da transparência e da confiança no setor da saúde

16 VOZ DO CIDADÃO

Dar voz aos doentes para transformar a saúde: o valor da participação ativa

18 SUSTENTABILIDADE

Os hospitais como protagonistas de um futuro saudável e sustentável

22 ENTREVISTA

Álvaro Almeida, Diretor Executivo do SNS

28 GESTÃO

A Inteligência Artificial na Administração da Saúde: superando o paradigma defensivo/reactivo no Setor Público

30 GESTÃO

Estratificação pelo Risco na ULS do Alto Minho: desafios e limites do modelo

32 GESTÃO

Do near miss ao conhecimento: nova inteligência dos hospitais

36 GESTÃO

Análise de Custo-efetividade do Rastreio de Base Populacional do Cancro do Cólon e Reto: conceitos e racionalização do seu desenvolvimento (Parte I)

38 INICIATIVA APAH | Vencedor 5.ª edição Bolsa Capital Humano em Saúde

IntegraCare+: integrar percursos para transformar vidas: Quando a saúde começa na escuta e termina na integração

40 INICIATIVA APAH | Vencedor 5.ª edição Bolsa Capital Humano em Saúde

Interrupção integrada: o caminho certo da mulher no Serviço Nacional de Saúde

42 INICIATIVA APAH | Projeto Green Hospitals

Terceira reunião reforça compromisso com a eficiência energética no setor da saúde

44 ATIVIDADE APAH

Resumo de atividades - 3.º trimestre



Xavier Barreto
Presidente da APAH

É nas mãos dos administradores hospitalares que se joga grande parte da capacidade do SNS para se reorganizar, integrar e inovar.

Pensar o SNS para lá da espuma dos dias

A sucessão de crises no acesso a cuidados de saúde tem marcado o quotidiano do Serviço Nacional de Saúde. As medidas de contingência - ainda que necessárias - têm servido, demasiadas vezes, apenas para mitigar os efeitos imediatos de um problema estrutural. Faltam profissionais, faltam respostas coordenadas, mas tem faltado, sobretudo, uma visão integrada que alinhe o curto e o longo prazo.

Como refere Álvaro Almeida na entrevista que nos concede nesta edição, “só uma abordagem integrada, que combine várias dimensões, permitirá melhorar a capacidade de resposta do SNS”. A crise das urgências é apenas o reflexo da fragmentação do sistema. Resolver o problema implica articular o hospital com a comunidade, os cuidados de saúde primários com as autarquias, e o SNS com as associações de doentes e o setor social.

O reforço da coordenação operacional, missão central da Direção Executiva, deve ser acompanhado de uma nova cultura de governação: descentralizada, participativa e baseada em resultados. Como o próprio Álvaro Almeida sublinha, a DE-SNS “não se pode substituir aos Conselhos de Administração locais, apenas deve coordenar a sua atuação”.

O SNS precisa de medidas imediatas para resistir às próximas crises, mas também de um projeto de longo prazo, que promova planeamento, partilha de recursos e equidade territorial.

É precisamente esta visão que inspirará a Conferência de Valor da APAH, nos dias 7 e 8 de novembro, dedicada à articulação das políticas de saúde entre sectores - social, municipal e comunitário - para aprofundar a integração de cuidados e a coesão do sistema. Convidamos todos a participar neste debate essencial para o futuro do SNS.

A Administração Hospitalar terá aqui um papel decisivo. É nas mãos dos administradores hospitalares que se joga grande parte da capacidade do SNS para se reorganizar, integrar e inovar. Cabe-lhes garantir que cada decisão operacional serve um propósito mais amplo: aproximar o sistema das pessoas e assegurar que os recursos são usados com inteligência e justiça. São eles que constroem as pontes entre equipas clínicas e estruturas de gestão, entre hospitais e cuidados de saúde primários, entre o setor público, o social e o privado. Porque só um SNS que pensa e age como um todo, poderá oferecer aos cidadãos o que legitimamente esperam: acesso, qualidade e confiança. ●

Confiança testada e comprovada pelos portugueses.¹

A marca de genéricos
preferida pelos portugueses*

Há mais de 20 anos que a **Generis®** é uma referência nacional em medicamentos genéricos. Não só pela qualidade, rigor e a maior oferta de soluções terapêuticas no mercado, mas sobretudo pelo reconhecimento de quem realmente importa: **as pessoas**.

1 Joana; António; Pedro; Ana Paula; Rui; Manuel;
Sónia; Renato; etc. Portugal, desde 2003.

Panorama Histórico dos Hospitais do Algarve

Jorge Varanda¹

A génese e a administração dos Hospitais no Algarve está em geral ligada às Misericórdias até ao momento em que o Estado tomou a seu cargo a função da criação, construção e funcionamento dos estabelecimentos hospitalares. D. Afonso V, porém, foi uma excepção, pois tinha necessidade de criar uma rectaguarda hospitalar para tratar feridos das suas conquistas no Norte de África. Assim, em 1425 determinou que uma albergaria existente em Tavira, com o nome do Espírito Santo, passasse a chamar-se Hospital, o qual só muito mais tarde, em 1536, aparece associado à Misericórdia local. Também em Loulé, o mesmo Rei procedeu à anexação de um hospital a uma albergaria com o objectivo de tratar feridos das suas acções bélicas no Norte de África.

Em Albufeira, a primeira referência ao Hospital data de 1751, estando reduzido meio século depois (em 1827) a uma casa onde havia uma tarimba de madeira para doentes. A inauguração do Hospital só viria a ter lugar em 1904, com duas enfermarias, uma para homens e outra para mulheres. Em Alcoutim, o Hospital foi impulsionado pelo médico Dr. João Francisco Dias, ocupando a área de uma antiga sacristia, da casa do despacho e da casa do andador pertencentes à Misericórdia local. Por sua vez, em Aljezur o hospital era o antigo Hospital da Misericórdia, um edifício do final do século XVIII que, após a sua função hospitalar e de lar de idosos, acolhe hoje o Museu de Arte Sacra de Aljezur. Todavia, há notícia anterior de um hospital, com data de 1569.

No Alvor, a primeira notícia é de 1569. Entretanto, o antigo Hospital Ribeiro Ramos da Confraria de N.ª S.ª dos Mártires passou para a Misericórdia local em 1941. Em Lagoa, o edifício construído a partir de 1863 ardeu em 1900. Um novo hospital foi inaugurado em 1910. Quanto a Loulé, o Hospital de N.ª S.ª

dos Pobres é entregue à Santa Casa da Misericórdia em 1570. Em 1784 são construídas novas instalações entregues à Santa Casa da Misericórdia em 1820, tendo o Hospital sido objecto de uma profunda transformação. Quanto a Monchique, a primeira notícia data de 1639, sendo que as suas pequenas posses indiciam mais tratar-se de um albergue. O Hospital sofreu obras de ampliação em 1845, ficando com uma capacidade de doze enxergões e oito camas com cabeceira.

Os Hospitais, como as Misericórdias, reflectiam a dimensão e os recursos das comunidades em que se inseriam. Daí que as Misericórdias tenham sido associadas à classificação das comunidades em que nasceram, ou seja, em cidades (Faro, Lagos, Olhão, Portimão, Silves, Tavira, Vila Real de Sto. António), vilas (Albufeira, Alcoutim, Aljezur, Alvor, Castro Marim, Lagoa, Loulé, Monchique, Vila do Bispo, S. Brás de Alportel) e aldeias (Alcantarilha, Cacela, Estômbar, Mexilhoeira Grande, Moncarapacho).

Reflexo nos Hospitais de Faro e de Silves teve a mudança, primeiro do poder religioso e muito mais tarde do poder político do Algarve, os quais durante séculos estiveram situados nesta última cidade (até 1526), o que a torna uma das mais antigas cidades do Algarve e de Portugal. Ignora-se a data de fundação da confraria na cidade, todavia, considerando que Silves era sede de bispado, que tinha integrado em 1491 o património da Casa da Rainha D. Leonor e que D. João II cedera a alfândega para nela se instalar o hospital e a igreja do Espírito Santo, embrião de Misericórdia no futuro, é possível que a confraria tenha sido instituída em 1498, ou eventualmente no ano seguinte.

A primeira referência conhecida remonta a 1529, data em que a confraria ainda não dispunha de igreja própria, somente uma capela na Sé, onde se reuniam os irmãos. Quarenta e cinco anos depois recebia a jurisdição do hospital de Silves, por alvará de D. Sebastião, datado

de 5 de junho de 1574. A imandade tinha, então, parcos rendimentos que não lhe permitiam cumprir as obras da misericórdia e tal justificou a anexação do hospital, bem como de todos os seus bens, ofertas e heranças, que ficavam, agora, sobre sua gestão.

Em 1540, D. João III eleva Faro a cidade e, em 1577 a sede do bispado do Algarve é transferida de Silves para Faro. Porém, a capital apenas mudaria para Faro em 1823, depois de passar por Lagos e por Tavira. No início dos anos 1500, foi construída neste local, a igreja do Espírito Santo da cidade de Faro e o Hospital de João Dias.

A acta da visitaçam da Igreja de Santa Maria da dita "Villa de Farum", atualmente Sé Catedral de Faro, de 10 de Janeiro de 1518, cita a existência de uma Misericórdia, na capela de Santa Ana, "Capela de Santa Ana, em que ora estava a Misericórdia" hoje Capela de Nossa Senhora dos Prazeres. O texto da Visitação de Igrejas Algarvias - Ordem de São Tiago, de 1554, refere a existência de uma igreja "(...) per que está danificada (...), um hospital e uma Misericórdia, na atual localização (...) Aqui está a Misericórdia da cidade por não ter outro lugar (...)".

O Bispo do Algarve D. Francisco Gomes do Avelar encomendou ao Arquitecto italiano Francesco Saverio Fabri a remodelação da Igreja e do hospital. As obras tiveram início em 1795, terminando em 1815, sendo justificadas pelos efeitos destruidores do terramoto.

São de assinalar os danos causados pelo terramoto de 1755 no Algarve e a destruição generalizada que causou, pela violência com que atingiu a região, provocando um número considerável de mortos, incluindo na cidade de Faro, onde houve danos severos na Sé e noutros edifícios religiosos e nobres. Também, em Lagos os acontecimentos terríveis ocorridos na manhã do primeiro dia de Novembro de 1755 marcaram para sempre o futuro da

cidade. A antiga capital do Algarve, sede dos Descobrimentos Portugueses e conjunto edificado de valor inestimável foi reduzida a escombros. É natural que várias obras empreendidas depois de 1755 nesta cidade e noutros locais do Algarve, abrangendo edifícios de Misericórdias e respectivos hospitais tenham sido realizadas em resposta aos efeitos destruidores do terramoto. Em Faro, o bispo D. Francisco Gomes construiu no século XVIII o Hospital da Misericórdia, no qual funcionou o Hospital Central de Faro até à edificação do atual hospital Distrital.

Lembremos que o actual Hospital de Faro iniciou a sua actividade em 1979, fazendo parte de uma sequência de construções hospitalares dos anos 60 e 70, cuja responsabilidade primeira coube a Coriolano Ferreira, Director Geral dos Hospitais e mais tarde Secretário-Geral do Ministério da Saúde. O Hospital de Faro (1979) fez parte do grupo de hospitais construídos entre 1975 e 1980, juntamente com os Castelo Branco, Aveiro e Vila Real. Por sua vez, o de Portimão (1999) integrou o grupo de Hospitais construídos entre 1990 e o ano 2000 (Almada, Amadora, Leiria, Viseu, Torres Novas, Vila da Feira e Covilhã).

O Hospital de Lagos nunca chegou a ver construídas instalações próprias e acabou por ser alojado no Hospital de S. Gonçalo que pertenceu ao grupo HPA Saúde. Em Março de 2021, o conselho de administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve informou a tutela que estava interessado em transferir as funções do antigo hospital de Lagos para o estabelecimento de São Gonçalo, que era propriedade do grupo HPA Saúde e em 25 de Janeiro de 2022 o Centro Hospitalar e o grupo HPA assinaram um acordo para a prestação de serviços exclusivos do Serviço Nacional de Saúde no hospital privado. Desta forma, passou a fazer parte da organização do Centro Hospitalar, prevendo-se que iria ter 44 camas, um bloco operatório, serviços de consultas e imagiologia, um laboratório, e um serviço de urgência básico.



Projeto para o novo Hospital Central do Algarve

Factos históricos do século XX e começo do século actual ocorreram em S. Brás de Alportel, vila autonomizada do município de Faro, em 1914: primeiro a criação em 1918 do Sanatório Vasconcelos Porto destinado aos funcionários dos caminhos de ferro, tendo como justificação os bons ares da zona em que ficou situado (mistura de ares da serra e do mar). A sua extinção ocorreu em 1991. Mais tarde por iniciativa da ARS do Algarve o edifício do antigo Sanatório foi destinado e adaptado a uma nova entidade sanitária o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, aberto pelo Grupo Português de Saúde em 2007, após ter ganho concurso lançado pelo Ministério da Saúde, o qual deu aso à primeira parceria público-privada no SNS. Neste momento o CMFR do Sul está integrado no Centro Hospitalar de Faro.

O Hospital de Faro foi inaugurado em 17 de abril de 1979 e entrou em funcionamento em 29 de Dezembro desse ano, com uma capacidade de 450 camas, distribuídas pelos oito pisos do edifício. Hoje constitui uma ULS juntamente com os Hospitais de Terras do Infante (Lagos) e Portimão, o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul e os agrupamentos de Centros de Saúde Central, do Barlavento e do Sotavento. Quanto ao Hospital de Portimão, construído primeiro pela Misericórdia e aberto em 1973, foi nacionalizado dois anos depois. Mais

tarde é construído o actual edifício e aberto em 1999 como Hospital do Barlavento Algarvio. Em 2004 formou com o Hospital de Lagos o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Finalmente falemos da história do futuro, usando a expressão do Padre António Vieira. Foi anunciada a construção em regime de parceria público-privada um novo Hospital Central para o Algarve, a entrar em funcionamento, na tradicional linguagem governativa optimista, em 2030. Os meus votos vão no sentido de que o projecto seja marcadamente actual, tanto no domínio arquitectural, como no domínio funcional e que a sua gestão futura seja fundada nos princípios do serviço efectivo dos cidadãos e da comunidade e da contínua melhoria da qualidade, tanto da estrutura, quanto dos processos, como dos resultados. Que seja exemplar para o nosso País. ●

REFERÊNCIAS

- Mendes Pinto, Maria Helena e Victor R, Mendes Pinto, As Misericórdias do Algarve, Direcção Geral da Assistência, Lisboa, 1968.
- Santos, Cristina Fé, Sanatório Vasconcelos Porto. São Brás de Alportel.
- Wikipedia.

Nota: Este autor não escreve segundo o Acordo Ortográfico

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

Acesso a técnicas de PMA por pessoas trans: algumas notas sobre o enquadramento legal atual em Portugal



De facto, toda a construção desta lei é feita em torno de conceitos como “homem” e “mulher” e de referências a termos biológicos - tais como útero, ovócitos, espermatozoides, entre outros. Se é certo que em 2006 a utilização destes conceitos não suscitava dúvidas interpretativas, a verdade é que o ordenamento jurídico português, acompanhando os impulsos internacionais em matéria de direitos humanos, sofreu mudanças significativas ao ponto de não existir hoje uma necessária congruência entre os referidos termos biológicos e os conceitos sociais de “homem” e “mulher”.

Assim, já desde a Lei n.º 7/2011, de 15/03 que é possível ser legalmente reconhecido como homem, não obstante a manutenção de um sistema reprodutor com útero e ovários, assim como ser legalmente reconhecido como mulher, mantendo um sistema reprodutor com pénis e testículos. Trata-se, afinal, de uma quebra entre os conceitos de sexo, de cariz biológico, e de género, de cariz sociocultural. Assim, passava a ser possível que a realidade jurídica atendesse ao conceito de género, independentemente da anatomia do corpo. Note-se que esta lei portuguesa não foi uma inovação nacional, inserindo-se antes num contexto internacional mais amplo. De facto, multiplicavam-se à data as decisões jurisprudenciais em instâncias estrangeiras e em tribunais internacionais que sustentavam a inadmissibilidade de exigir procedimentos de esterilização prévia ao reconhecimento legal da população trans - isto é, cuja identidade de género se revelava distinta da que tende a ser socialmente expectável à nascença, tomando por referência o sexo da criança. Em causa estavam direitos humanos centrais, ligados não só à integridade física como também ao direito a constituir família, que os Estados estavam obrigados a respeitar:

Diogo Soares de Oliveira¹

A Constituição consagra o direito de constituir família no seu art. 36.º, sendo este geralmente interpretado como dizendo respeito sobretudo à procriação natural: a todas as pessoas é reconhecido o direito a terem (ou não) filhos, consoante a sua vontade. Já quanto à procriação medicamente assistida (PMA), tem-se entendido que esta não está abrangida por este preceito. Tal não significa, porém, que a Constituição não a tutele. Esta surge mencionada no art. 67.º, n.º 2, al. e), impondo um dever ao Estado de a regulamentar, incluindo o acesso à mesma. Assim, não existe um direito a recorrer a técnicas de procriação

medicamente assistida, mas cabe ao Estado definir as condições, de forma clara, para que os cidadãos possam beneficiar destes procedimentos. No entanto, as restrições não podem ser arbitrárias - afinal, a atuação do Estado está sujeita a princípios gerais constitucionalmente consagrados e que não podem ser desconsiderados na sua atividade legiferante, como é o caso do princípio da igualdade, consagrado no artigo 13.º.

A Lei n.º 32/2006, de 26/07, consagra entre nós o principal regime legal aplicável a estas matérias. Quanto aos beneficiários, estipulou art. 6.º, n.º 1 que podem aceder às técnicas os casais heterossexuais, os casais de duas mulheres e todas as mulheres, independentemente do estado civil.

No contexto europeu, cabe especial destaque para duas decisões do Tribunal Europeu de Direitos Humanos. A primeira teve lugar em 2015, no caso *YY v. Turquia*, que resultou na impossibilidade de os Estados imporem como pré-requisito para a mudança legal de nome e género qualquer cirurgia prévia de esterilização. Posteriormente, em 2017, foi a vez do caso *A.P., Garçon e Nicot v. França*, onde o Tribunal foi mais longe: não só se reforçou a proibição de 2015 como também se proibiu a exigência de qualquer outro procedimento médico que não fosse desejado pela pessoa em questão. Em causa estavam não só a proteção da integridade física e da autonomia mas também, indiretamente, do seu direito a constituir família pela procriação natural.

A legislação portuguesa, inicialmente com o diploma de 2011 e posteriormente com a Lei n.º 38/2018, de 07/08, permitia assim respeitar o art. 36.º da Constituição - quanto ao direito a constituir família pela procriação natural, este estava assim em princípio assegurado. No entanto, no que à procriação medicamente assistida diz respeito, a Lei n.º 32/2006, de 26/07 tem suscitado, como vimos, algumas dúvidas interpretativas com consequências de relevo ao nível da sua aplicabilidade a pessoas trans.

De facto, a referência a conceitos de homem e mulher a par de alusões a realidades biológicas, pressupondo uma perfeita coincidência entre ambos, resulta na prática em dúvidas a respeito de quais as pessoas trans que teriam acesso a estes procedimentos médicos - afinal, se atendermos ao leque de beneficiários, todas as mulheres estariam abrangidas por estes procedimentos mas o mesmo não acontece no caso de homens. Ora esta exclusão, cuja constitucionalidade já tem sido questionada por potencial violação do princípio da igualdade, tem sido justificada pela existência ou não de útero, elemento essencial da reprodução humana e cuja ausência apenas poderia atualmente ser suprida pelo recurso a uma gestação de substituição, de admissibilidade restrita e excecional no nosso ordenamento. Esta teria, porém, de ser regra caso se admitisse o recurso à PMA por parte de homens, não sendo em princípio necessária quando fosse uma mulher a recorrer à mesma.

No entanto, a justificação referida apenas se aplica quando os conceitos de homem e mulher têm por referência a tradicional anatomia biológica do masculino e do feminino. Se esta coincidência existia em 2006, a verdade é que o mesmo já não se poderá dizer desde 2011. O que dizer, portanto, a respeito do acesso à PMA por parte de homens trans que mantiveram o útero? E quanto às mulheres trans, que nunca tiveram este órgão? Poderão aceder aos tratamentos? E estarão abrangidas pela possibilidade de recurso a uma gestação de substituição?

O acesso à PMA deve ser perspetivado como um direito que estas pessoas não perdem

A resposta não pode passar por interpretações simplistas que tenham por referência apenas os conceitos de “homem” e “mulher” previstos na lei. Em causa está, afinal, um diploma que não foi inicialmente pensado para estas realidades. No entanto, como vimos, cabe ao Estado regular o acesso a estes tratamentos, sempre limitado pelos imperativos constitucionais - que proíbem, desde logo, tratamentos discriminatórios arbitrários. Considerar apenas o sexo legal conduzirá à desconsideração da realidade biológica concreta destas pessoas, o que resultará em decisões incompreensíveis. Se é a inexistência de útero que leva à exclusão dos homens solteiros e em casais homossexuais dos tratamentos de PMA, como justificar que se vedem estes tratamentos a pessoas legalmente do sexo masculino... com útero?

A solução, enquanto Portugal não adotar legislação específica sobre a matéria à semelhança de países como Espanha, Suécia e Finlândia, passará por uma interpretação que atenda quer às disposições da Lei da PMA quer às da Lei da Autodeterminação de Género. Assim, prevê o artigo 10º, n.º 1

da Lei n.º 38/2018 que “A mudança da menção do sexo no registo civil (...) não afeta nem altera os direitos constituídos e as obrigações jurídicas assumidas antes do reconhecimento jurídico da identidade de género” - ora, sendo o acesso a PMA por todas as mulheres um direito reconhecido pelo Estado português, parece-nos inconcebível, perante o citado preceito, que se possa interpretar a Lei n.º 32/2006 como vedando o acesso a estes tratamentos a homens legalmente reconhecidos como tal mas que, em algum momento da vida, foram mulheres no registo civil. Assim, o acesso à PMA deve ser perspetivado como um direito que estas pessoas não perdem pelo exercício do seu direito à autodeterminação de género. Uma interpretação distinta, parece-nos, resultaria num tratamento discriminatório sem fundamento constitucional.

Já no que diz respeito ao acesso a estes procedimentos por mulheres trans, a verdade é que nenhum dos dois diplomas impõe que estas sejam tratadas de forma distinta em relação às restantes mulheres. Assim, atendendo ao facto de a gestação de substituição ser permitida no nosso sistema jurídico estando preenchidas certas condições, parece-nos que será possível, em princípio, que estas mulheres possam celebrar acordos desta natureza.

Em suma, não obstante ser possível dar resposta a estas questões com base numa interpretação conjunta de diplomas já existentes, o legislador português deveria ainda assim pronunciar-se de forma expressa a respeito desta questão, à semelhança dos seus congéneres espanhol, sueco ou finlandês. Afinal, a existência de pessoas trans e a consideração dos seus direitos não se restringe ao reconhecimento legal da sua identidade de género. Estas, enquanto pessoas, mantêm os seus restantes direitos na sua plenitude: sejam eles o direito a constituir família, à proteção do Estado, ao emprego, à saúde, ou a tantos outros que nos são a todos nós reconhecidos. A sua efetivação, porém, depende da consideração das suas especificidades próprias, não só pelo legislador como pelas diversas entidades que aplicam o Direito. ●



Autárquicas e saúde: como fazer política de saúde local?

João Paulo Magalhães¹

A saúde é uma das áreas que mais preocupa os cidadãos, tendo cada vez mais influência no sentido do voto. Uma vez que os municípios têm uma capacidade cada vez maior para fazer política de saúde, e diretamente influenciar a qualidade da saúde dos seus munícipes, este será um tema que deverá estar no topo da agenda das discussões e programas políticos nas eleições autárquicas.

No próximo dia 12 de outubro de 2025, terão lugar mais umas eleições autárquicas. A par das análises e estudos sobre o impacto do poder político local no quotidiano da

população, importa destacar que, para além da tradicional tríade - transportes, habitação e ordenamento do território -, o papel dos executivos municipais vai muito além. Esse papel tem vindo a ganhar relevo, numa lógica de maior proximidade democrática e de salvaguarda do Estado de Direito que caracteriza Portugal, no seio da União Europeia.

Neste contexto, a influência direta dos municípios na saúde e qualidade de vida da população é significativa, embora muitas vezes desvalorizada ou limitada ao papel de facilitadores do acesso aos cuidados de saúde - algo ainda pouco desenvolvido na organização atual do Sistema de Saúde em Portugal. Assim, as políticas locais de saúde devem assumir uma

abordagem transversal, seguindo a lógica de “Saúde em todas as políticas”, reconhecendo que cada decisão municipal impacta, de forma direta ou indireta, o bem-estar das pessoas.

Não devemos esquecer. Habitação digna é política de Saúde. Alimentação saudável ao longo de toda a vida é política de Saúde. Segurança em casa e nos espaços públicos é política de Saúde. Mobilidade acessível e espaços verdes são políticas de Saúde. Assim, no contexto político eleitoral atual, e no âmbito das atribuições e objetivos da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, destaca-se a importância de pensar e integrar a política de saúde de âmbito local num formato intersectorial e com base em parcerias. Deste modo, destacam-se três áreas em particular cujas prioridades se devem centrar, com as devidas adaptações às circunstâncias locais, sem recorrer a atitudes prescritivas ou normas demasiado tecnocráticas, de forma a preservar as decisões legítimas do poder democrático local.

Em primeiro lugar, os instrumentos governativos. No contexto da descentralização das competências na área da saúde, criaram-se novos instrumentos legislativos que podem ser utilizados em prol da promoção da saúde das populações. A institucionalização dos Conselhos Municipais da Saúde com a representação das entidades da área da saúde, incluindo os representantes da Saúde Pública, favorecem a criação e maturação de relações que são essenciais na conversão de ideias na concretização de políticas e ações. Também neste âmbito, a implementação dos planos municipais de saúde de forma alinhada com os Planos Locais de Saúde e o Plano Nacional de Saúde concede um tipo de planeamento de base institucional, permitindo alocar recursos de forma programática e legítima pelos executivos municipais. No entanto, reforça-se a importância de manter as devidas ligações com as prioridades elencadas do ponto de vista técnico-científico, pelo trabalho realizado pelas equipas de saúde pública. Estas refletem as reais necessidades de saúde da população, ainda que possam não ser aquelas percecionadas pela maioria ou, pelo menos, pelo eleitorado que elege os seus governantes locais. Apesar dos desafios naturais que existem entre a



A importância do Auditor e da Auditoria Interna na prevenção da fraude e corrupção e no reforço da transparência e da confiança no setor da saúde

António João Maia¹

FRAUDE E CORRUPÇÃO, VULNERABILIDADES DO SETOR DA SAÚDE

A fraude e a corrupção são problemas que afetam a gestão e a ação dos serviços prestadores de cuidados de saúde, com os consequentes efeitos associados de perda de recursos, financeiros e materiais, e também de perda de qualidade geral do serviço prestado, bem como na relação de credibilidade e confiança junto dos cidadãos, no que habitualmente se designa por efeitos reputacionais da fraude e corrupção, e da falta de integridade em geral.

Autores como Hussmann (2020) e Glynn (2022) mostram que o problema da fraude e da corrupção nas organizações do setor da saúde subsiste em todas as regiões do globo, independentemente dos índices de desenvolvimento económico, social e cultural dos países, e que o problema parece associar-se particularmente a fatores como o elevado grau de complexidade deste tipo de estruturas, a expressiva dimensão orçamental que têm de gerir, muitas vezes em circunstâncias de forte pressão sobre decisões das quais pode depender a vida ou a morte de alguém.

Relativamente a Portugal, importa referir um estudo realizado sobre práticas criminais na gestão e funcionamento no setor da saúde entre 2007 e 2015 (Mesquita, 2016), que revelou que tais práticas surgiram associadas tanto a atores internos às estruturas de funcionamento dos serviços, nomeadamente por profissionais (médicos, médicos-dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, clínicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, delegados de informação médica, entre outros), como a atores externos, incluindo fornecedores e prestadores de serviços,

bem assim como pelos próprios pacientes e outros utentes dos serviços, prevalecendo-se todos eles, atores internos e externos, de vulnerabilidades e fragilidades relativamente ao controlo sobre a organização dos serviços, realização dos procedimentos e dos atos médicos, ou na gestão de bens materiais ou financeiros.

Quanto aos crimes em presença, o mesmo estudo revelou tratar-se sobretudo da corrupção, do peculato, da falsificação de receituário e a correspondente burla sobre o Serviço Nacional de Saúde, e ainda a venda de medicamentos fora das condições legais (Mesquita, 2016). Em sentido semelhante, encontramos um estudo mais recente, também realizado em Portugal (Meirim, 2023), que verificou que os crimes maioritariamente ocorridos no setor da saúde são a corrupção e o peculato, ou seja, o recebimento de subornos e a apropriação pelos profissionais de bens, materiais ou financeiros, da entidade.

Os elementos trabalhados anualmente pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) e pelo Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), a partir das decisões judiciais relativas a procedimentos criminais associados a crimes no âmbito do exercício de funções de natureza pública (corrupção e crimes conexos, também conhecidos por crimes associados ao exercício de ação do Estado e das suas estruturas),

têm revelado igualmente que a corrupção e o peculato são os crimes mais frequentes em cada ano, e que as entidades do setor da saúde são das mais representadas no âmbito das estruturas da denominada Administração Central do Estado (CPC, 2021, 2022 e 2023 e MENAC, 2024).

Os dados apresentados, não só no setor da saúde, mas em todos os setores da ação do Estado, têm requerido e justificado a adoção de cuidados de prevenção e repressão sobre o problema da fraude e da corrupção nas organizações. A repressão, a componente mais antiga de controlo do crime, faz-se sobretudo através da justiça penal, pelos tribunais criminais, por via da aplicação de sanções criminais (penas) a quem, comprovadamente, pratique os crimes previstos na lei penal. A prevenção, componente mais recente (pelo menos comparativamente com a componente repressiva), tem-se feito por via da antecipação de riscos e adoção de medidas de prevenção adequadas, da adoção de manuais de boas práticas, de cartas deontológicas e códigos de ética e conduta, e também de cuidados de controlo, supervisão e auditoria sobre o exercício adequado das funções pelas entidades.

A PREVENÇÃO DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO - DAS RECOMENDAÇÕES DO CPC AO MENAC E RGPC

Pode-se considerar que a componente especificamente preventiva sobre a criminalidade associada ao exercício de funções de natureza pública, em Portugal, teve início com a Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, que criou o CPC com uma função “de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas”. Genericamente, a ação do CPC traduziu-se na emissão de recomendações às entidades do setor público para a adoção de planos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, bem como de códigos de conduta e de prevenção de conflitos de interesses.

A fraude e a corrupção no setor da saúde subsiste em todas as regiões do globo



Mais recentemente, em dezembro de 2021, o CPC foi extinto, dando origem ao MENAC, através do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, com a missão de “promover a transparência e a integridade na ação pública e garantir a efetividade de políticas de prevenção da corrupção e infrações conexas”, incluindo através do acompanhamento da adoção, pelas entidades com 50 ou mais trabalhadores, do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), definido em anexo ao referido diploma. Os instrumentos do RGPC são: o Código de Conduta; o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas; o Canal de Denúncias; o Programa de Formação e Comunicação; o Responsável pelo Cumprimento Normativo, e; o Sistema de Controlo Interno.

A PREVENÇÃO DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO NO SETOR DA SAÚDE - O AUDITOR E A AUDITORIA INTERNA

No âmbito das medidas de prevenção adotadas especificamente para o setor da saúde, importa ir um pouco atrás no tempo para referir o Despacho n.º 9456-C/2014, de 21 de julho, que determinou a adoção de Códigos de

Conduta Ética pelos organismos do Ministério, no sentido da promoção e aprofundamento de culturas de integridade, que se traduzissem na adoção de comportamentos profissionais por referência a valores e princípios éticos. O mesmo despacho determinava que os Códigos de Conduta deveriam conter disposições específicas sobre o exercício da função de Auditoria Interna, designadamente que, pela sua natureza, deveria proceder à “avaliação regular dos procedimentos utilizados no âmbito da atividade das entidades com vista a uma atuação mais eficiente e menos burocratizada”, com resultados refletidos na “alteração de procedimentos considerada adequada”.

Quanto à figura do Auditor Interno nas unidades de saúde, verificamos que surgiu através do Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, no contexto da conversão dos hospitais com natureza de Sociedades Anónimas para uma natureza de Entidades Públicas Empresariais (EPE). Ao Auditor Interno era atribuída a função de exercer o “controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos”,

através da realização de auditorias e, em resultado delas, apoiar o Conselho de Administração no processo de definição e adoção de ajustamentos, correções e melhorias na execução das atividades e na gestão em geral. Posteriormente, através do Decreto-lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que redefiniu as regras aplicáveis às EPE na área da saúde, a função do Auditor Interno surgiu associada à criação e direção, em cada unidade de saúde, do Serviço de Auditoria Interna, com a função de “fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços”.

Independentemente do modo como o Auditor Interno e a função da Auditoria Interna na área da saúde surgiram em Portugal, é inquestionável a relevância e o potencial de utilidade da sua existência, quer para o controlo da ação das organizações, quer para a melhoria da gestão no setor, como é reconhecido por Ávila (2024), que considera que a criação da figura do Auditor Interno e da sua função técnica, criteriosa, objetiva e isenta, como deve ser a Auditoria Interna, são contributos ▶



significativos para uma governança mais adequada das organizações, quer enquanto instrumentos avaliativos do seu desempenho, quer, em resultado dessas avaliações, na procura da melhoria contínua dos seus processos, particularmente nas entidades do setor da saúde.

No entanto e apesar da evolução registada, Pontes (2023) considera que subsistem em Portugal sinais de falta de clareza e de sistematização do quadro normativo relativo à forma e aos procedimentos a adotar no exercício da função, no que pode configurar-se como um fator limitador, capaz de gerar desmotivação para o exercício adequado da atividade. O mesmo estudo identifica alguns fatores com potencial limitador, como seja o ainda fraco suporte pela gestão de topo, sobretudo devido ao fraco reconhecimento sobre a utilidade da função, e ainda a existência de inconsistências normativas quanto à efetiva tutela da atividade.

Relativamente ao papel do Auditor e da Auditoria Interna, Alexandre (2024) apresenta uma perspetiva um pouco mais otimista, salientando, por um lado, a crescente importância desta função no apoio à gestão das organizações, particularmente em contextos de maior exigência de rigor e transparência na gestão dos recursos, e, por outro lado, a existência de oportunidades para uma sistematização mais disciplinada na execução das auditorias e na emissão e partilha de recomendações e orientações, através de um sistema de informação comum entre os Serviços de Auditoria Interna de diversas entidades do setor.

Um estudo realizado em Portugal por Ferreira (2020) junto de 16 hospitais públicos revelou que uma das principais funções do Auditor Interno é a identificação de áreas e fatores de risco, também conhecidas por red flag's ou alertas, que permitam sinalizar atempadamente possíveis circunstâncias ou ocorrências de fraude e corrupção e a adoção de medidas mitigadoras do risco ou de contingência dos seus efeitos.

Em texto anterior (Maia, 2024) salientámos a importância da articulação entre as funções do Auditor Interno e as do Responsável pelo Cumprimento Normativo nas entidades do setor da saúde, por permitir um controlo cruzado entre o cumprimento do RGPC e a auditoria sobre os procedimentos.

É uma forma de se identificarem red flag's e outras vulnerabilidades de exposição a riscos, e também de se potenciar a melhoria dos instrumentos do RGPC, com os correspondentes efeitos positivos sobre a qualidade do serviço prestado ao cidadão, e o potencial reforço da credibilidade e confiança.

O Auditor e a Auditoria Interna, pela relevante função que desempenham nas organizações do setor da saúde (bem como em todas as outras onde existam), potenciam o reforço da qualidade do serviço prestado ao cidadão e, correlativamente, do incremento da relação de confiança, credibilidade e transparência sobre a ação das entidades do setor da saúde. ●

REFERÊNCIAS

- Alexandre, V. (2024). Evolução da função de Auditoria Interna nos hospitais do SNS. A. Ávila (coord.) (2024). Auditoria Interna na Saúde. Almedina. Coimbra. (pp. 135-142).
- Ávila, A. (2024). Os desafios e oportunidades da Auditoria Interna no Sector da Saúde em Portugal. A. Ávila (coord.) (2024). Auditoria Interna na Saúde. Almedina. Coimbra. (pp. 47-54).
- CPC (2021). Comunicações recebidas em 2020 - análise descritiva. Conselho de Prevenção da Corrupção. Lisboa - disponível em Análise de informação recebida no CPC.
- CPC (2022). Comunicações recebidas em 2021 - análise descritiva. Conselho de Prevenção da Corrupção. Lisboa - disponível em Análise de informação recebida no CPC.
- CPC (2023). Comunicações recebidas em 2022 - análise descritiva. Conselho de Prevenção da Corrupção. Lisboa - disponível em Análise de informação recebida no CPC.
- Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro - converte os hospitais com a natureza de Sociedades Anónimas em Entidades Públicas Empresariais.
- Decreto-lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro - estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de Entidade Pública Empresarial.
- Decreto-lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro - criação de MENAC e do Regime Geral de Prevenção da Corrupção.
- Despacho n.º 9456-C/2014, de 21 de julho, do Ministro da Saúde, sobre Códigos de Conduta Ética dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde.
- Ferreira, M. (2020). A importância das Red flag's na auditoria interna hospitalar. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra (Tese de Mestrado) - https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38697/1/Mariana_Ferreira.pdf
- Glynn, E. (2022). Corruption in the health sector: a problem in need of a systems-thinking approach. In *Frontiers in Public Health*. (pp. 1-15). Lausanne - <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.910073/full>
- Hussmann, K. (2020). Health sector corruption - practical recommendations for donors. U4 CMI, Chr. Michelsen Institute. Norway - <https://www.u4.no/publications/health-sector-corruption.pdf>
- Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, criação do Conselho de Prevenção da Corrupção.
- Maia, A. (2024). Controlar e prevenir a fraude e a corrupção no sector da saúde - importância e desafios da auditoria no cumprimento normativo e articulação com o MENAC. A. Ávila (coord.) (2024). Auditoria Interna na Saúde. Almedina. Coimbra. (pp. 275-286).
- Meirim, A. (2023). Fraude e corrupção no Serviço Nacional de Saúde - o papel dos Auditores Internos. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa (tese de mestrado em Gestão em Saúde) - Fraude e Corrupção no Serviço Nacional de Saúde O papel dos Auditores Internos - Pesquisa Google.
- MENAC (2024). Análise das comunicações judiciais recebidas em 2023. MENAC. Lisboa - disponível em relatorio-de-comunicacoes-recebidas-2023.pdf
- Mesquita, J. (2016) - Os principais ilícitos e irregularidades no sector da saúde e as entidades de supervisão, regulação e de investigação: Propostas de acção. Escola Superior de Gestão de Tomar: (Tese de Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde) - <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18492/3/Os%20principais%20il%C3%ADcios%20e%20irregularidades%20no%20setor%20da%20sa%C3%BAde%20e%20as%20entidades%20de%20supervis%C3%A3o%20C%20regula%C3%A7%C3%A3o%20e%20de%20investiga%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Pontes, R. (2023). A auditoria interna no setor público hospitalar em Portugal continental - uma análise comparativa. Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa (Tese de Mestrado) - https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/17375/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Regina_Pontes_VF.pdf

1. Professor Convidado de Ética na Administração Pública, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa; Presidente da direção do Observatório de Economia e Gestão de Fraude; Investigador criminal dos quadros da Polícia Judiciária; Consultor Coordenador no MENAC

FÓRUM DO MEDICAMENTO

21 NOVEMBRO 2025
CENTRO CULTURAL DE BELÉM

PROGRAMA PROVISÓRIO

MODERAÇÃO | Paula Rebelo, Jornalista da RTP

09:30 **ABERTURA**

09:45 **FINANCIAR A INOVAÇÃO NO NOVO MODELO DE ULS:
DESAFIOS E OPORTUNIDADES NA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

10:15 **DEBATE**

11:00 **PAUSA**

11:30 **RESULTADOS DO ÍNDEX NACIONAL DE ACESSO AO MEDICAMENTO**

11:40 **DEBATE**

12:40 **CONCLUSÕES**

12:50 **ENCERRAMENTO**

ORGANIZAÇÃO

APAH
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
ADMINISTRADORES HOSPITALARES

PATROCÍNIO

AstraZeneca 

Nota: Os convites foram enviados em simultâneo,
não se encontrando as participações confirmadas.

Dar voz aos doentes para transformar a saúde: o valor da participação ativa

Alexandre Guedes da Silva¹

Sou uma das muitas pessoas que vive com esclerose múltipla (EM) e, ao longo desta jornada, percebi que a experiência do doente é um recurso estratégico e ainda subaproveitado nos sistemas de saúde. A saúde pública não pode ser apenas um somatório de atos médicos e protocolos; precisa de reconhecer a voz do cidadão como parte central na construção de políticas públicas e na melhoria dos cuidados como se encontra plasmado na Lei n.º 108/2019 de 9 de setembro que aprova a Carta para a Participação Pública em Saúde.

A EM é uma doença que desafia a resiliência pessoal e as estruturas de saúde, devido à sua imprevisibilidade e à necessidade de acompanhamento contínuo e multidisciplinar. Mas também é um exemplo de como podemos repensar o sistema: integrando prevenção, humanização e resultados que realmente importam para os doentes.

A FORÇA DA VOZ DO CIDADÃO

Viver com EM obriga-nos a ser gestores do nosso tempo, dos nossos sintomas e, muitas vezes, da nossa própria esperança. Quando uma consulta é adiada, quando a burocracia atrasa o acesso a um medicamento, o impacto é real e imediato. É por isso que, enquanto patient advocate, defendo que os sistemas de saúde devem medir o sucesso não apenas pelo número de consultas ou procedimentos, mas pela capacidade de devolver aos doentes qualidade de vida, autonomia e dignidade.

Como já tive oportunidade de sublinhar, “prevenir é cuidar, e cuidar é, no sentido mais íntimo do termo, amar” (Silva, 2025a). Esta frase traduz o espírito da Saúde Baseada em Valor: colocar a experiência humana no centro, para além dos números.

DE DOENTE PASSIVO A CIDADÃO ATIVO

Ainda hoje, muitos doentes são tratados

como recetores passivos, sem voz nos processos que moldam a sua jornada de cuidados. Esta visão precisa de mudar, e rapidamente. A participação ativa dos cidadãos deve ser incorporada em três níveis:

1. Planeamento das políticas de saúde:

associações de doentes, como a Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM), podem contribuir para identificar necessidades, propor soluções e priorizar investimentos.

2. Avaliação e monitorização:

os indicadores de qualidade hospitalar devem incluir medidas reportadas pelos doentes (PROMs e PREMs), avaliando bem-estar, autonomia e satisfação.

3. Cocriação de serviços:

o desenvolvimento de programas de reabilitação, telemonitorização ou campanhas de literacia em saúde deve ter a colaboração direta das pessoas que vivem com as condições-alvo.

A saúde pública não pode ser apenas um somatório de atos médicos e protocolos; precisa de reconhecer a voz do cidadão

SAÚDE DIGITAL E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

A digitalização oferece uma oportunidade sem precedentes para ouvir os doentes e medir os resultados que importam. Ferramentas como aplicações móveis e portais do utente permitem acompanhar sintomas, monitorizar efeitos adversos e partilhar dados em tempo real.

Porém, para que a saúde digital seja realmente transformadora, é preciso:

- **Interoperabilidade:** um registo eletrónico único que integre hospitais, cuidados primários e serviços sociais.
- **Literacias digital e em saúde:** apoio aos doentes para que possam usar estas ferramentas sem medo ou exclusão.
- **Análise de dados centrada no valor:** medir resultados clínicos e experiências de forma contínua.

ESCLEROSE MÚLTIPLA COMO MODELO DE MUDANÇA

A EM é uma doença paradigmática para testar modelos de VBHC (Value-Based Healthcare), devido à sua complexidade e ao impacto na vida ativa das pessoas. Projetos-piloto com financiamento baseado em resultados, como propõe Guedes da Silva (2025b), poderiam demonstrar ganhos claros para o SNS e para os doentes.

Imaginemos um modelo em que a unidade de saúde é financiada não pelo número de consultas, mas pelos resultados obtidos: menos recaídas, maior funcionalidade, menos internamentos. Esta abordagem premiaria a prevenção, a personalização e a coordenação dos cuidados (Kaplan & Porter, 2011).

PREVENÇÃO E LITERACIA: PILARES PARA A LONGEVIDADE

Um dos pontos chave do artigo “Prevenir para cuidar: um novo pacto para a saúde e a longevidade” (Silva, 2025a) é a insistência em políticas preventivas, desde a nutrição até à saúde mental. Para pessoas com doenças crónicas, prevenir significa evitar agravamentos e manter a qualidade de vida.

A prevenção deve ser transversal e envolver escolas, empresas, autarquias e IPSS. A EM, tal como outras doenças neurológicas, beneficiaria imenso de programas de deteção precoce e de uma maior literacia sobre sinais de alerta, como formigueiros persistentes ou alterações visuais súbitas.

A HUMANIZAÇÃO COMO VALOR INEGOCIÁVEL

Os avanços tecnológicos são importantes, mas nunca devem substituir a dimensão humana do cuidado. Para quem vive com EM, uma consulta em que o médico ouve, explica e respeita é tão terapêutica quanto um exame sofisticado. A humanização deve ser medida, incentivada e reconhecida como um indicador de qualidade.

Como diz Porter (2011), “o valor na saúde é medido pelos resultados alcançados para o doente, não pela quantidade de serviços prestados”. Esta frase deveria ser um mantra para todos os gestores hospitalares.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA O SNS

Portugal enfrenta desafios comuns aos sistemas europeus: listas de espera, pressão hospitalar, desigualdade no acesso. Mas também tem oportunidades únicas para inovar, adotando um modelo

de VBHC adaptado à nossa realidade. Isso implica:

- Revisão dos modelos de financiamento hospitalar, integrando métricas de valor.
- Criação de Centros Integrados de EM, com equipas multidisciplinares e registos de desempenho.
- Expansão da telemedicina e dos programas de reabilitação comunitária.
- Adoção de políticas públicas inspiradas em boas práticas internacionais, como o plano Fit for the Future do NHS (NHS, 2023).

CONCLUSÃO

Ser patient advocate é dar voz à experiência vivida, mas também propor soluções. Acredito que o futuro da saúde está em reconhecer que o doente não é apenas alguém a tratar - é um parceiro de mudança. Se quisermos um SNS mais humano, sustentável e eficaz, precisamos

de ouvir os cidadãos, investir na prevenção e medir aquilo que realmente importa: vidas com qualidade, dignidade e esperança. ●

REFERÊNCIAS

- Guedes da Silva, A. (2025a). “Prevenir para cuidar: um novo pacto para a saúde e a longevidade”. Barlavento.pt.
- Guedes da Silva, A. (2025b). “Valorizar a Saúde: Um modelo de valor para uma nova era”. Vida Económica, n.º 2087. Grupovidaeconomica.pt
- Kaplan, R. S. & Porter, M. E. (2011). “How to Solve the Cost Crisis in Health Care”. Harvard Business Review.
- NHS (2023). Fit for the Future: 10 Year Health Plan for England. Londres: Department of Health.
- Porter, M. E. (2011). “Value-Based Health Care Delivery”. New England Journal of Medicine.
- World Patients’ Alliance (2024). Perfil de Alexandre Guedes da Silva.

1. Presidente da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla

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



Os hospitais como protagonistas de um futuro saudável e sustentável

Ryan Crowder¹

COMO PODE A COLABORAÇÃO GLOBAL IMPULSIONAR CUIDADOS DE SAÚDE SUSTENTÁVEIS?

A saúde das pessoas e a saúde do planeta estão intimamente ligadas. À medida que os impactos das alterações climáticas se intensificam - desde o aumento das temperaturas e os incêndios florestais, até à deterioração da qualidade do ar e à propagação de doenças infecciosas - os hospitais e os sistemas de saúde enfrentam desafios sem precedentes. Embora os hospitais se encontrem na linha da frente na resposta a crises de saúde relacionadas com o clima, também contribuem significativamente para a degradação ambiental. Com operações contínuas, infraestruturas de elevado consumo energético e cadeias de abastecimento complexas, os hospitais representam algumas

das instituições que mais recursos consomem na sociedade. Este duplo papel evidencia a necessidade urgente de transformação.

Aumentar significativamente a sustentabilidade dos hospitais constitui, portanto, uma resposta vital, posicionando as instituições de saúde não apenas como centros de tratamento, mas também como líderes em sustentabilidade, resiliência e mitigação dos efeitos das alterações climáticas. Através da evolução das práticas operacionais, apoiada por uma liderança sólida, os hospitais podem reduzir a sua pegada ambiental, salvaguardando simultaneamente a equidade em saúde e o bem-estar das comunidades. A sustentabilidade na área da saúde deixou de ser opcional para se tornar essencial: os hospitais devem assumir a responsabilidade de implementar práticas ambientalmente conscientes que assegurem a saúde tanto das pessoas como do planeta.

Ao mesmo tempo, essa transformação representa uma oportunidade notável. Ao adotar medidas de sustentabilidade, os hospitais podem melhorar a eficiência, reduzir os custos a longo prazo e aumentar a resiliência, reforçando tanto a sua saúde ambiental quanto financeira. Contudo, nenhum hospital ou sistema de saúde consegue concretizar esta transformação isoladamente.

A colaboração global é essencial e, ao partilhar conhecimentos, alinhar normas e trabalhar coletivamente além-fronteiras, o setor da saúde pode acelerar o progresso rumo a operações sustentáveis em todo o mundo.

Este artigo explora as responsabilidades inevitáveis que os hospitais enfrentam na resposta às alterações climáticas, apresenta exemplos de boas práticas emergentes e salienta por que razão este momento constitui uma oportunidade única para o setor da saúde liderar a transição para um futuro mais saudável e sustentável.

IMPACTOS DAS ALTERAÇÕES CLIMÁTICAS NA SAÚDE E NOS CUIDADOS DE SAÚDE

As alterações climáticas são cada vez mais reconhecidas como uma das maiores ameaças à saúde pública do século XXI. O aumento das temperaturas globais tem provocado ondas de calor mais frequentes e intensas, afetando de forma desproporcionada as populações vulneráveis, como idosos, crianças e indivíduos com doenças crónicas. A poluição atmosférica, agravada pela dependência de combustíveis fósseis, contribui para doenças respiratórias, problemas cardiovasculares e mortes prematuras. Paralelamente, a alteração dos ecossistemas e dos padrões meteorológicos está a expandir a propagação de doenças transmitidas por vetores, como a malária, a dengue e a doença de Lyme, sobrecarregando os sistemas de saúde em países de economias avançadas e emergentes. Estes são apenas alguns dos efeitos severos que as alterações climáticas estão a ter na saúde humana.

Cruciais para a resposta à saúde pública, os hospitais situam-se na linha da frente destes desafios. Contudo, não se limitam a atuar como intervenientes passivos - também contribuem significativamente para as emissões de gases com efeito de estufa. A sua dependência de fornecimentos energéticos contínuos, de uma logística complexa e de infraestruturas de elevado consumo, implica que não só sejam vulneráveis aos riscos climáticos, como também os possam agravar. Interrupções no fornecimento de combustíveis fósseis, fenómenos meteorológicos extremos e fragilidades nas cadeias de abastecimento expõem as instituições de saúde a vulnerabilidades operacionais. Este duplo papel reforça a necessidade urgente dos hospitais integrarem a resiliência climática e a sustentabilidade nas suas estratégias centrais. Ao fazê-lo, podem simultaneamente proteger a saúde das populações e reduzir a sua própria pegada ambiental.

EFICIÊNCIA ENERGÉTICA NO SETOR DA SAÚDE

Os hospitais estão entre as instalações que mais consomem energia na sociedade moderna. As suas operações contínuas, infraestruturas complexas e dependência de equipamentos especializados tornam-nos grandes consumidores de eletricidade,

Ao adaptar programas de reconhecimento

para reforçar metas de sustentabilidade

- como a redução de resíduos ou a poupança

de energia - os hospitais conseguem envolver

os colaboradores de diversas áreas

aquecimento e refrigeração. Esta procura contribui não só para elevados custos operacionais, como também para emissões consideráveis de gases com efeito de estufa. Melhorar a eficiência energética constitui, portanto, um passo crucial na redução da pegada ambiental das instituições de saúde.

As intervenções práticas incluem o isolamento de tubagens e condutas, a manutenção e atualização de sistemas de ventilação, a revisão do desempenho de caldeiras e a reparação de fugas para evitar perdas de energia. A modernização de edifícios antigos com tecnologias energeticamente eficientes - como iluminação LED, sistemas automatizados de gestão de energia e equipamentos médicos de alta eficiência - pode igualmente reduzir os impactos ambientais, ao mesmo tempo que gera poupanças substanciais a longo prazo.

Estes e outros investimentos diminuem os custos de manutenção, prolongam a vida útil das infraestruturas e reduzem as emissões, contribuindo diretamente para a mitigação das alterações climáticas. Por exemplo, os hospitais que se comprometem a adquirir apenas iluminação e equipamentos energeticamente eficientes garantem que cada atualização contribua para um futuro mais sustentável. Assim, ao priorizar a eficiência energética, as instituições de saúde podem alcançar ganhos imediatos, ao mesmo tempo que estabelecem as bases para iniciativas de sustentabilidade mais ambiciosas.

TRANSIÇÃO ENERGÉTICA E INTEGRAÇÃO DAS ENERGIAS RENOVÁVEIS

Embora a melhoria da eficiência reduza desperdícios e diminua custos, esta deve ser complementada por uma

transição mais ampla para energias renováveis. Os hospitais têm uma oportunidade única de liderar pelo exemplo nesta área. Ao investir em tecnologias adequadas, como painéis solares, caldeiras de biomassa, sistemas geotérmicos, turbinas eólicas ou centrais de cogeração, podem reduzir significativamente a sua dependência de combustíveis fósseis. Para além da produção no local, os hospitais podem recorrer à aquisição de energia renovável através de contratos com fornecedores de energia limpa ou promovendo financiamento público que amplie a capacidade regional. Estas medidas não só diminuem as emissões de carbono, como também reforçam a resiliência face a interrupções energéticas, garantindo que os serviços de saúde críticos se mantenham fiáveis durante crises.

A dimensão financeira desta transição é igualmente importante. Muitos hospitais criaram “fundos verdes”, nos quais as poupanças provenientes de melhorias na eficiência energética são reinvestidas em projetos de energias renováveis. Esta abordagem cria um modelo de transformação auto-sustentável, permitindo que as instituições aumentem os investimentos ao mesmo tempo que demonstram responsabilidade fiscal. Para além dos benefícios diretos, direcionar o poder económico do sistema de saúde para as energias renováveis contribui também para reduzir custos para outros hospitais e instituições, uma vez que os investimentos em grande escala reduzem os preços através de economias de escala. Desta forma, os hospitais não apenas descarbonizam as suas próprias operações, como também aceleram a acessibilidade e a viabilidade económica da energia limpa em toda a sociedade. ►



MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS E ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As soluções técnicas, por si só, não conseguem alcançar uma sustentabilidade duradoura; os comportamentos e as práticas diárias do pessoal hospitalar são igualmente essenciais.

Os profissionais de saúde tomam inúmeras pequenas decisões todos os dias - desligar luzes não utilizadas, poupar água ou optar por reutilizar em vez de descartar materiais - que, em conjunto, influenciam significativamente a pegada ambiental da instituição. Incentivar estas práticas requer formação contínua e comunicação eficaz que incorpore a sustentabilidade na cultura do local de trabalho. Quando os colaboradores compreendem o impacto concreto das suas ações, são mais propensos a adotar e manter hábitos ambientalmente responsáveis.

Os incentivos constituem outro poderoso impulsionador de mudança comportamental. Estes podem assumir várias formas, desde recompensas financeiras até reconhecimento no local de trabalho e oportunidades de desenvolvimento profissional. É fundamental que os incentivos

estejam alinhados com os valores dos profissionais de saúde, frequentemente motivados por um forte sentido de propósito e responsabilidade para com os pacientes e a comunidade.

Ao adaptar programas de reconhecimento para reforçar metas de sustentabilidade - como a redução de resíduos ou a poupança de energia - os hospitais conseguem envolver os colaboradores de diversas áreas. Mesmo pequenos êxitos, como a redução do consumo energético num determinado serviço, podem gerar dinamismo e incentivar uma adoção mais ampla. Desta forma, as instituições de saúde transformam o seu pessoal em parceiros ativos na transição para operações mais ecológicas, tornando a sustentabilidade não apenas um objetivo técnico, mas uma norma cultural partilhada.

O GENEVA SUSTAINABILITY CENTRE E O CONTEXTO GLOBAL

Parte integrante da International Hospital Federation (IHF), o Geneva Sustainability Centre (GSC) foi fundado em 2022 com o objetivo de dotar os líderes hospitalares com os conhecimentos, competências e ferramentas necessários para responder à crise climática e às suas implicações

para os cuidados de saúde. A sua visão é capacitar os hospitais para se tornarem líderes em sustentabilidade nas suas comunidades, promovendo a mudança não apenas através das práticas internas, mas também pela sua influência nos sistemas sociais e ambientais mais amplos.

A missão do GSC reflete uma abordagem proativa à liderança em saúde, incentivando os hospitais a ir além da conformidade e das melhorias incrementais, visando alcançar um impacto líquido positivo. Ao disponibilizar recursos, formação e estruturas organizadas, o GSC posiciona os hospitais na vanguarda da ação climática, demonstrando que as instituições de saúde podem ser agentes poderosos de resiliência social e de gestão ambiental.

A ESTRUTURA DE SUSTENTABILIDADE DO GSC

Para apoiar as instituições na operacionalização da sustentabilidade, o GSC desenvolveu uma estrutura que aborda tanto as dimensões ambientais como sociais dos cuidados de saúde. Ao contrário das organizações comerciais ou industriais, os hospitais

não podem ser avaliados através de uma perspectiva convencional de ambiente, social e governação (ESG). Funcionam continuamente, dependem de equipamentos especializados que consomem grandes quantidades de energia e devem garantir serviços ininterruptos mesmo em situações de crise. A estrutura do GSC aborda estas complexidades ao adaptar as abordagens ao setor da saúde, integrando a responsabilidade ambiental com a obrigação fundamental de prestar cuidados seguros, equitativos e eficazes.

O primeiro domínio concentra-se na redução do impacto ambiental dos hospitais através da utilização responsável de recursos, compras sustentáveis, práticas clínicas de baixo carbono e infraestruturas resilientes. O segundo enfatiza a saúde, a equidade e o bem-estar, garantindo que os esforços de sustentabilidade sejam também socialmente justos, ao abordar vulnerabilidades e determinantes sociais da saúde. O terceiro foca-se na liderança e governação, exigindo relatórios transparentes, envolvimento do pessoal e colaboração com as partes interessadas.

Em conjunto, estes domínios fornecem um guia que permite às organizações de saúde alinhar-se com padrões internacionais, aumentarem a eficiência operacional e reforçarem o seu papel como líderes em saúde ambiental e comunitária. É importante notar que também fortalecem a segurança financeira, ao assegurar poupanças consistentes e retornos de investimento a longo prazo para os hospitais.

APOIO AOS LÍDERES HOSPITALARES: MASTERCLASSES, SAT E ACREDITAÇÃO

Para além do seu quadro de sustentabilidade, o GSC oferece serviços que ajudam os líderes a desenvolver as competências necessárias para implementar os princípios de sustentabilidade nas suas organizações. No centro destes serviços encontram-se as masterclasses de sustentabilidade, que proporcionam formação direcionada a gestores e profissionais de saúde séniores. Estas sessões destinam-se a desenvolver tanto o conhecimento como a capacidade, oferecendo aos participantes estratégias e boas práticas para incorporar a sustentabilidade nas operações e na cultura hospitalar.

Para além de tratar doenças, os hospitais podem atuar como líderes na construção de sociedades mais saudáveis e de um planeta mais saudável

A complementar as masterclasses está a Ferramenta Aceleradora de Sustentabilidade/Sustainability Accelerator Tool (SAT), que permite aos hospitais avaliar o seu desempenho atual, identificar pontos fortes e receber orientação personalizada para melhoria. Ao combinar a autoavaliação com o apoio de especialistas, a SAT ajuda as organizações a desenvolver planos de ação realistas e ambiciosos. Apoiar também o acompanhamento contínuo, garantindo que os objetivos se mantenham mensuráveis e alcançáveis ao longo do tempo.

O GSC apoia ainda os hospitais através de processos de acreditação e certificação. Ao alinhar as instituições com normas reconhecidas internacionalmente, estes serviços ajudam as organizações a demonstrar responsabilidade, comparar progressos e reforçar a credibilidade junto de doentes, profissionais e demais partes interessadas. A acreditação não promove apenas a melhoria contínua, como também assegura às comunidades que os hospitais estão comprometidos com os mais elevados níveis de responsabilidade ambiental e social.

Em conjunto, as masterclasses, a SAT e o apoio à acreditação constituem um pacote robusto: equipam os líderes com conhecimento, fornecem mecanismos práticos de implementação e reforçam a sustentabilidade através da validação externa. Desta forma, o GSC fecha a lacuna entre visão e prática, acelerando a transição para sistemas de saúde sustentáveis e mais resilientes.

HOSPITAIS COMO PROTAGONISTAS DE UM FUTURO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL

Os hospitais situam-se na interseção entre a saúde humana e a gestão ambiental. À medida que as alterações climáticas se aceleram, a responsabilidade das instituições de saúde em liderar na sustentabilidade nunca foi tão urgente. As evidências são claras: melhorar a

eficiência energética, fazer a transição para energias renováveis, promover a mudança de comportamentos entre os colaboradores e incorporar a sustentabilidade na governação e liderança não são medidas opcionais, mas estratégias essenciais para a resiliência.

Igualmente importante, a sustentabilidade nos cuidados de saúde também implica reforçar a segurança financeira. Ao reduzir desperdícios, diminuir custos energéticos e reinvestir as economias em estratégias renováveis de longo prazo, os hospitais obtêm um retorno do investimento que beneficia tanto as suas operações como as comunidades que servem. Enquanto grandes adotantes, as instituições de saúde contribuem ainda para reduzir o custo das tecnologias limpas em toda a sociedade, acelerando a transição global para a sustentabilidade.

Em última análise, a jornada rumo à saúde sustentável consiste em redefinir a missão da própria medicina. Para além de tratar doenças, os hospitais podem atuar como líderes na construção de sociedades mais saudáveis e de um planeta mais saudável. Ao adotar a sustentabilidade como valor central, os hospitais cumprem a sua missão de “não causar dano” no sentido mais amplo, garantindo que as futuras gerações herdem não apenas sistemas de saúde resilientes, mas também um mundo em que a saúde e o ambiente são protegidos em conjunto. ●

Especial agradecimento pela colaboração a Katherine Bennett¹ e Sonia Roschnik¹

¹ Geneva Sustainability Centre, powered by the IHF - International Hospital Federation

Álvaro Almeida

Diretor Executivo do SNS

“É necessário reforçar as competências de coordenação operacional do SNS”

Considerando que a Direção Executiva do SNS deve ser “uma estrutura coordenadora do SNS, responsável por monitorizar e avaliar o seu funcionamento e identificar e desenvolver oportunidades de melhoria a nível da gestão e organização do SNS”, nesta entrevista **Álvaro Almeida** aborda a criação da instituição e alinha os eixos para o seu funcionamento e evolução. O responsável defende que a DE-SNS “não se pode substituir aos Conselhos de Administração locais, apenas deve coordenar a sua atuação de modo a assegurar que as decisões de uma unidade não vão afetar negativamente a gestão das outras unidades”.

O processo de criação da Direção Executiva do SNS (DE-SNS) foi relativamente complexo, e a estabilização das suas competências e estrutura parece longe de estar consolidada. De resto, o modelo Inglês, que de alguma forma inspirou a criação da DE-SNS em Portugal, está numa profunda alteração identitária e previsivelmente será extinto para integrar o “Department of Health and Social Care”, implicando um aumento significativo do pendor político na gestão do NHS. Qual a sua visão para a DE-SNS e quais deverão ser as suas principais atribuições? E como se conjugará o puzzle de atribuições com as restantes entidades centrais (ACSS, SPMS, DE-SNS)?

De facto, as competências e a estrutura da DE-SNS não estão estabilizadas.

O Governo tem a intenção de simplificar a estrutura da DE-SNS e reforçar a sua missão para as competências de coordenação operacional do SNS. Tal deverá materializar-se na aprovação de novos estatutos para a DE-SNS, que esperamos possam ser aprovados em breve.

Para compreendermos o que deve ser a DE-SNS, recordemos o passado recente. Até 2022, no SNS existiam estruturas com responsabilidade de coordenação operacional, que asseguravam a boa interligação entre as diversas instituições que compõem o SNS, que eram as ARS. Agora que as ARS foram extintas (de facto, e brevemente de jure), vamos ter o SNS sem coordenação operacional? Recordo que o SNS inclui 39 ULS, 3 IPO, a RNCCL, a RNCP, entidades do setor social com Acordos de

Cooperação, unidades em PPP, unidades privadas convencionadas... Alguém concebe que seja possível que o SNS funcione sem que exista uma estrutura que coordene as relações operacionais entre todas estas instituições?

Essa é a minha visão para a DE-SNS: uma estrutura coordenadora do SNS, responsável por monitorizar e avaliar o seu funcionamento, e identificar e desenvolver oportunidades de melhoria a nível da gestão e organização do SNS. A DE-SNS deverá ter como missão gerir o SNS num modelo descentralizado, bottom up. A gestão corrente deverá ser de proximidade, complementada por uma gestão central que atua quando existem efeitos externos (quando as decisões de gestão de uma unidade afetam a gestão de outra unidade) e na identificação e promoção de boas ▶





práticas de gestão. A DE-SNS não se pode substituir aos Conselhos de Administração locais, apenas deve coordenar a sua atuação de modo a assegurar que as decisões de uma unidade não vão afetar negativamente a gestão das outras unidades. As principais atribuições da DE-SNS deverão ser a coordenação operacional, a monitorização e a avaliação de todas as unidades que compõem o SNS, incluindo as instituições privadas e sociais que prestam serviços ao SNS, garantindo a equidade no acesso e a coerência da resposta em todo o território. Deve igualmente substituir o papel de proximidade anteriormente assegurado pelas ARS, garantindo a existência de uma instância nacional de planeamento e de coordenação integrada, mas com atenção às realidades locais.

No que respeita ao chamado “puzzle de atribuições”, a chave está na clarificação de papéis e na cooperação institucional. A extinção das ARS cria a necessidade de uma entidade que assuma plenamente essa função de alinhamento e governação operacional, que não se confunde com a função de controlo financeiro da ACSS. Estou certo que qualquer confusão e indefinição que ainda subsista será eliminada com a publicação dos novos estatutos. Espero que esses novos estatutos consagrem a DE-SNS como o gestor de operações do SNS. Se fizemos a analogia do SNS como

No chamado “puzzle de atribuições”, a chave está na clarificação de papéis e na cooperação institucional

um grupo empresarial gerido por uma holding, teremos a função financeira (CFO) da holding assegurada pela ACSS, a função operacional assegurada pela DE-SNS (COO), e o Ministério da Saúde com as funções de Presidente do Conselho de Administração (chairman). Qualquer organização que não incluísse a DE-SNS pecaria por ausência de coordenação operacional, ou, se as funções da DE-SNS fossem assumidas por outra instituição, teríamos uma megaestrutura, e como tal ingerível, com todas as funções de gestão misturadas, contrariamente aos princípios da boa gestão, e que esvaziaria o Ministério da Saúde de capacidade de intervenção.

O funcionamento em rede dos serviços de urgência tem sido bastante irregular nos últimos anos com carências de recursos muito elevadas em determinadas áreas. Tem-se avançado com algumas hipóteses para melhorar o seu

funcionamento, designadamente a concentração de urgências e a criação de equipas dedicadas em SU, mas a resposta que efetivamente foi adiante prende-se com o reforço do papel do SNS24 na pré-triagem. Acha que será suficiente para que possamos ter um inverno de 2025/2026 menos conturbado que o do ano anterior?

Note que o inverno de 2024/2025 foi muito mais tranquilo que o inverno anterior. E o verão de 2025 também foi mais tranquilo que o de 2024. Apesar das melhorias, subsistem problemas que resultam de uma grande escassez de recursos humanos. Os médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia do quadro do SNS só são obrigados a assegurar metade das horas necessárias para manter todas as urgências de obstetrícia abertas continuamente. Na pediatria também há restrições significativas de recursos humanos. Estes constrangimentos têm impacto direto no funcionamento da rede de urgência, cujo modelo tem revelado fragilidades ao longo dos anos. O reforço do papel do SNS 24, através da pré-triagem clínica e da orientação dos utentes para o nível de cuidados mais adequado, é uma medida muito relevante, que contribui para reduzir a procura inapropriada dos serviços de urgência e, consequentemente, aliviar a pressão sobre estas unidades. No entanto, por si só, não é suficiente para assegurar uma resposta plenamente estável e previsível.

O que está em curso é um processo de mudança na resposta do SNS às situações de urgência em obstetrícia, que inclui: a reorganização da rede de urgência de obstetrícia, que implica necessariamente a redução do número de urgências, pelo menos enquanto o modelo de organização do trabalho em equipa não for revisto, com a consequente alteração das dotações mínimas de médicos, já que não existem médicos suficientes para assegurar o funcionamento de todas as urgências atuais; medidas que incentivem a uma maior mobilidade dos profissionais entre instituições; reforço da articulação com os cuidados de saúde primários. Só uma abordagem integrada, que combine estas várias dimensões, permitirá melhorar a capacidade de resposta do SNS.

Importa ainda destacar que, nos últimos meses, tem existido um trabalho intenso de coordenação da resposta por parte da Direção Executiva do SNS. Apesar de ainda não estarmos numa situação ideal, foi possível melhorar a capacidade

de resposta. Este trabalho revelou-se essencial para assegurar a prestação de cuidados à população e evitar constrangimentos de maior dimensão, num contexto que se antecipava muito complicado, mas em que o SNS conseguiu responder com resiliência e capacidade.

Naturalmente, continuamos a trabalhar para reforçar ainda mais esta resposta no próximo inverno, com maior planeamento, integração de esforços e coordenação da rede.

IDENTIFICAR BOAS PRÁTICAS E CONSTRANGIMENTOS

As carências na resposta do SNS não se têm concentrado exclusivamente nos SU. As maiores carências no acesso a cuidados de saúde estão concentradas nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Nestas regiões observam-se percentagens significativamente superiores de inscritos sem médico de família atribuído, bem como listas de espera para consulta hospitalar e para cirurgia além do tempo clinicamente aceitável mais expressivas. Como é que a Direção Executiva do SNS olha para as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre as diferentes regiões?

As desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre regiões são uma realidade que não podemos ignorar.

O SNS enfrenta carências que, embora se façam sentir em todo o território, são particularmente expressivas em regiões como Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Este problema tem raízes históricas e estruturais. A formação dos médicos, tanto em medicina geral e familiar como nas diversas especialidades hospitalares, faz-se no terreno, em unidades de saúde que dispõem de profissionais com capacidade formativa. Ora, a região de Lisboa e Vale do Tejo tem, historicamente, menor disponibilidade de recursos humanos para funções de ensino e supervisão, o que se traduz numa capacidade formativa reduzida. Se a capacidade formativa é menor, formam-se menos médicos na região, perpetuando-se um ciclo difícil de quebrar. Naturalmente, poder-se-ia equacionar a transferência de médicos formados noutras regiões para Lisboa. Porém, na prática, isso não é simples. Um médico que conclui a sua formação especializada tem, regra geral, perto de 30 anos, muitas vezes já com a sua vida e família estabilizadas no local onde realizou o internato. Há, portanto, uma resistência natural e compreensível à mobilidade,



o que agrava a dificuldade em fixar profissionais em Lisboa e Vale do Tejo e em outras regiões mais carenciadas como o Alentejo e o Algarve. A Direção Executiva do SNS tem plena consciência desta situação e considera que a redução das desigualdades regionais é uma prioridade estratégica. Para tal, temos vindo a trabalhar em várias frentes: no reforço da capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários, através da criação de novas Unidades de Saúde Familiar e da mobilização de equipas de proximidade; no alinhamento da resposta hospitalar, com a expansão de consultas e cirurgias em regime de produção adicional, sobretudo nas áreas de maior carência; no reforço das unidades das regiões com maior carência, através das vagas carenciadas; e no desenvolvimento de modelos de mobilidade de profissionais, que permitam apoiar de forma temporária as regiões mais pressionadas. Importa ainda sublinhar o trabalho de coordenação nacional levado a cabo pela Direção Executiva, que tem procurado assegurar uma gestão mais equitativa dos recursos disponíveis, com mecanismos de planeamento e monitorização que permitem identificar atempadamente os maiores constrangimentos e atuar de forma direcionada.

Estamos conscientes de que não se trata de um problema de resolução imediata, mas de um processo gradual, que exige medidas estruturais e consistentes.

Passou-se já mais de um ano e meio desde a generalização das Unidades Locais de Saúde no SNS e até à presente data não são conhecidos estudos sobre o impacto desta alteração no SNS nos vários planos. Que visão tem a DE para o modelo de organização de cuidados, e em particular, da relação entre os vários níveis de cuidados?

O modelo de Unidades Locais de Saúde (ULS) não é novo no SNS. Já existiam experiências anteriores, que foram objeto de avaliação e estudos, permitindo identificar ganhos, mas também dificuldades. A diferença está na sua generalização a todo o país, aplicando o mesmo modelo independentemente da realidade de cada região, o que naturalmente coloca desafios maiores, seja pela diversidade populacional, seja pela distinta capacidade instalada das instituições. É hoje notório que o processo de generalização das ULS a todo o país foi realizado de forma precipitada, sem ponderar, nem precaver, as dificuldades de implementação do modelo. Sabemos que o modelo de financiamento que foi adotado não consegue adaptar-se às diferentes características das unidades, sendo particularmente penalizador para as ULS que incluem os hospitais mais diferenciados. Sabemos também que o modelo é excessivamente centrado no hospital: ao integrarem-se os ACES nos Centros Hospitalares, que mantiveram ▶



a sua administração, subalternizou-se os cuidados de saúde primários, invertendo-se a lógica do sistema; passamos de um sistema de proximidade, onde os cuidados de saúde primários eram o centro, para um sistema centrado no hospital, o que desvaloriza a prevenção da doença e a promoção da saúde, reduzindo a eficiência e aumentando os custos do sistema.

Por isso, a prioridade da Direção Executiva do SNS neste momento é minimizar os problemas causados por uma reforma mal concebida, corrigindo os erros onde é possível intervir. Como sempre, a DE-SNS tem o foco em monitorizar e avaliar de forma sistemática o funcionamento das ULS, identificar boas práticas, mas também os constrangimentos, apoiando as instituições para que consigam dar resposta às necessidades das populações.

REFORÇAR OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SNS

É expectável que o modelo ULS se mantenha de forma generalizada em todo o país, ou podemos esperar a introdução de ajustamentos organizacionais locais, entre estes, por exemplo, com a evolução para centros clínicos universitários? Como já referi, a generalização do modelo ULS foi realizada de forma precipitada, sem a devida ponderação das dificuldades. Por isso, é importante definir e avaliar outros modelos

organizacionais que se adequem melhor às especificidades locais. Em todo o caso, uma eventual alteração do modelo organizativo será uma decisão do Governo, competindo à DE-SNS apresentar as propostas de modelo que considera mais adequadas em cada caso. Há, no entanto, uma linha orientadora na ação da DE-SNS que é relevante neste caso: não há modelos que sejam universalmente bons; temos sempre presente que um modelo que funciona bem num caso, pode não funcionar bem noutro caso (noutra região do país, noutro tipo de cuidados, com outro tipo de profissionais, etc.).

A evidência científica a nível internacional parece não ser particularmente favorável à adoção do regime de parcerias público-privadas na área da saúde. Ainda assim, o Governo manifestou a intenção de concursar a gestão de seis hospitais em regime de PPP, em que para apenas um se prevê a construção de novas instalações. Isto implicará um exercício inovador de equilibrar a gestão pública de ULS, com a gestão PPP de alguns hospitais, não se antecipando o que acontecerá com a gestão dos Cuidados de Saúde Primários da área de influência desses hospitais. Como é que o Diretor Executivo do SNS enquadra este cenário na visão que tem para a organização do SNS?

A evidência científica nacional demonstra que as PPP hospitalares que existiram

revelaram-se sempre positivas, com melhores resultados em termos de qualidade e de custo. Não há qualquer evidência credível no sentido contrário. Quer em Portugal, quer em Espanha, o abandono do modelo PPP foi sempre uma opção ideológica sem qualquer fundamento nos resultados das experiências concretas.

As decisões do Governo quanto a novas PPP serão acompanhadas e apoiadas pela DE-SNS. Do ponto de vista da Direção Executiva do SNS, o fundamental é assegurar que qualquer modelo adotado, seja de gestão pública direta, seja em parceria, está ao serviço de um objetivo maior que é o de garantir aos cidadãos o acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e em condições de equidade. O modelo organizativo deve ser entendido como um meio para esse fim. Assim, o que se impõe é um trabalho rigoroso de acompanhamento, monitorização e regulação, que permita avaliar de forma transparente os resultados alcançados e introduzir ajustamentos sempre que necessário.

A Direção Executiva teve um papel menos interventivo na definição do modelo de financiamento dos cuidados de saúde integrados no SNS para o ano de 2025. Gostaria de ver refletidas algumas alterações ao modelo de financiamento que promovessem áreas específicas?

Considero que existem áreas fundamentais onde faria sentido refletir melhor o modelo de financiamento. Um exemplo é o de criar incentivos à manutenção dos serviços de urgência abertos e operacionais, cuja atividade deve ser devidamente valorizada no modelo de financiamento, reconhecendo a sua importância para garantir o acesso. Mais do que criar mecanismos de financiamento, o essencial é assegurar que os instrumentos existentes estão alinhados com as necessidades reais do sistema. Essencialmente, o modelo de financiamento por capitação tem como único instrumento de gestão os incentivos e penalizações. Na minha opinião, deverá ser reforçado o peso desses incentivos e penalizações no financiamento, de modo a reforçar os instrumentos de gestão do SNS.

RECONHECIMENTO DOS ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Nos últimos meses a atividade realizada em cirurgia adicional por profissionais do SNS foi bastante mediatizada. A mera hipótese de um profissional do

SNS poder receber mais de 40.000€ por um dia de trabalho fora do seu horário normal chocou todo o país. O regime de produção cirúrgica adicional, tendo um conjunto de virtualidades no combate às listas de espera, não deixa de produzir um conjunto de incentivos potencialmente negativos: ambiente e cultura organizacional concorrencial entre equipas, indução de procura de cuidados, desincentivo à produtividade dentro do horário normal, aumento dos custos com recursos humanos, entre outros. Foi já anunciada a substituição do atual modelo pelo Sistema de Informação Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia (SINACC). Para quando podemos esperar a introdução deste novo sistema? Podemos esperar que este novo instrumento venha a afastar alguns dos incentivos menos positivos que hoje existem?

O novo sistema (SINACC) encontra-se em fase final de desenvolvimento e irá arrancar em projeto-piloto. Após a validação dessa fase, e realizadas as adaptações que o piloto demonstrar necessárias, será alargado progressivamente a todo o país. O objetivo central deste modelo é precisamente corrigir os incentivos perversos que o regime anterior gerava. Um dos problemas mais evidentes era o facto de ser o próprio serviço que geria a lista de espera a ser depois remunerado para a reduzir, criando um potencial conflito de interesses. Com o SINACC, essa ligação será quebrada, uma vez que a gestão das listas de espera passará a ser feita de forma centralizada e transparente, diminuindo o risco de sobreposição entre atividade programada e atividade adicional. Importa sublinhar que não vamos eliminar a possibilidade de os médicos realizarem cirurgia adicional fora do horário normal, porque ela continua a ser necessária para aumentar a capacidade de resposta. O que o novo sistema fará é garantir que essa atividade não depende daquilo que ficou por fazer no horário normal, mas sim das necessidades reais identificadas no sistema. Em suma, o SINACC permitirá manter a produção adicional como instrumento de combate às listas de espera, mas enquadrado num regime mais justo, transparente e equilibrado, que protege a confiança dos cidadãos e valoriza o trabalho dos profissionais do SNS.

A mesa negocial para a revisão da carreira de Administração Hospitalar



As decisões do Governo quanto a novas PPP serão acompanhadas e apoiadas pela DE-SNS

está aberta e as negociações com o Governo têm prosseguido. Os Administradores Hospitalares foram fundamentais na construção e sedimentação do SNS enquanto direito de todos os portugueses. Qual o papel que o Diretor Executivo do SNS antecipa para os Administradores Hospitalares neste novo enquadramento que o SNS assumiu nestes últimos dois anos?

Os Administradores Hospitalares têm desempenhado, ao longo das últimas décadas, um papel essencial no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, trazendo competências técnicas e conhecimento especializado que permitem garantir uma gestão mais eficiente e orientada para os resultados. Ao longo dos anos, os desafios tornaram-se cada vez maiores e a complexidade do sistema mais evidente. Nesse contexto, considero que o papel dos Administradores Hospitalares é uma peça fundamental, pelo seu contributo técnico e estratégico.

Na sua opinião, quais os cinco maiores desafios que o SNS atravessará nos próximos anos?

O SNS enfrenta um conjunto de desafios estruturais que marcarão a sua evolução nos próximos anos. Destacaria cinco que considero particularmente relevantes: Em primeiro lugar, a escassez de recursos humanos em áreas críticas, um fenómeno que não é exclusivo de Portugal e que terá de ser enfrentado com medidas de formação, atração e retenção de profissionais. Em segundo lugar, a necessidade de reduzir desigualdades regionais no acesso, garantindo que cidadãos em diferentes regiões do país tenham condições equivalentes de resposta, tanto em cuidados primários como hospitalares. Em terceiro lugar, o envelhecimento da população e a prevalência crescente de doenças crónicas, que exigem novos modelos de organização, com maior foco na prevenção, integração de cuidados e apoio de proximidade. Em quarto lugar, a sustentabilidade financeira, assegurando que o SNS mantém capacidade de resposta, investindo de forma eficiente e ajustada às necessidades em saúde. E, finalmente, o desafio da inovação e da transformação digital, que deve ser aproveitada para melhorar a eficiência, a gestão da informação e a experiência dos cidadãos. ●

A Inteligência Artificial na Administração da Saúde: superando o paradigma defensivo/reativo no Setor Público

Paulo F. Antunes¹

A integração da Inteligência Artificial (IA) na Administração Hospitalar e na Gestão da Saúde em Portugal enfrenta desafios estruturais e culturais. Estudos recentes demonstram que as estratégias predominantes são defensivas e reativas na Administração Pública (AP) neste setor, priorizando a manutenção da ordem estabelecida e a minimização de riscos, sendo esta a problemática.

Este artigo aborda dois dos maiores entraves à adoção da IA na saúde, decorrentes da estratégia institucional e da percepção de insegurança entre Gestores, sobretudo no que respeita à privacidade de dados e à capacidade de integrar tecnologias inovadoras. Recomenda-se um conjunto de orientações, nomeadamente o desenvolvimento formativo dos Gestores nestas áreas e liderança, sendo a primeira medida exequível a curto prazo. Acresce a implementação de testes piloto, estabelecimento de regulamentação e protocolos, promoção da cultura organizacional no sentido analizador e, eventualmente, prospetivo, e a salvaguarda que a autonomia decisória humana não está em causa.

Capacitar os Gestores é a medida mais prática, todavia as restantes iniciativas podem transformar os desafios atuais em oportunidades de melhoria da eficiência e qualidade assistencial, mesmo em estratégias institucionalizadas defensivas/reativas.

A transformação digital tem-se consolidado como elemento indispensável para a evolução dos sistemas de saúde em todo o mundo. Portugal não é exceção, todavia, a AP no setor da saúde apresenta uma postura defensiva/reativa (Antunes, 2022), que pauta pela manutenção dos processos existentes, visando a estabilidade financeira/económica. As principais

barreiras decorrem da burocratização processual e dependência de resposta, ocasionalmente tardia, dos decisores.

Este paradigma dificulta a adoção de inovações disruptivas, como a IA, que poderiam aperfeiçoar a eficiência, a tomada de decisão e, consequentemente, a qualidade dos serviços de saúde.

Embora os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e a Agência para a Modernização Administrativa, sejam exemplos que apontam para a inequívoca transformação digital, os Administradores/Gestores na área da saúde permanecem cautelosos. As principais preocupações, relacionam-se com a privacidade dos dados, os desafios éticos, o receio de se perder a empatia nas relações humanas e a natural resistência à mudança (Alves, et al., 2024). Este artigo tem como objetivo analisar essa problemática e propor orientações que conciliem a necessidade de inovação com a preservação da segurança e conformidade normativa, mantendo a postura defensiva/reativa e incrementando a abordagem analisadora/prospetiva.

A ESTRATÉGIA DEFENSIVA/REATIVA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE

As estratégias na saúde em Portugal apresentam-se como defensivas e reativas, de acordo com o referencial de Miles e Snow (2003)¹. Este modelo caracteriza-se por processos burocráticos, pouca abertura à experimentação e inovação, com ênfase na conformidade legal. Visam minimizar riscos, mas limitam a capacidade de adaptação às transformações digitais necessárias para a modernização dos cuidados e da gestão hospitalar. Os Gestores de saúde frequentemente optam por estas estratégias como forma de mitigar riscos e estabilização das suas posições. Em última análise, pode ser posta em causa a confiança depositada nestes Gestores/Administradores pelos seus nomeadores.

DESAFIOS ESTRUTURAIS E CULTURAIS PARA A INTEGRAÇÃO DA IA

A burocracia e imposição normativa, conduzem a protocolos rígidos, ao escrutínio legal intensificado e moroso, obstando a adaptação a novas tecnologias. É fundamental e legítima a preocupação com a privacidade dos dados e informações pessoais, cujas garantias não se configuram suficientes em segurança e confidencialidade. Para Alves et al. (2024), embora os Gestores reconheçam o potencial da IA para aperfeiçoar a eficiência e qualidade das decisões, a adoção dessas tecnologias enfrenta desafios como a privacidade dos dados, questões éticas e a manutenção da empatia. A integração bem-sucedida da IA requer uma infraestrutura robusta de dados, preparação especializada, aliada à preservação do papel decisório humano.

A carência de domínio tecnológico pelos Gestores demonstra insegurança relativamente ao uso e integração de ferramentas de IA, evidenciando a necessidade de desenvolvimento específico (Lapão, 2024). A resistência à mudança, sustentada numa cultura organizacional tradicional e inércia institucional, dificultam a transição para modelos inovadores, mesmo havendo potencial de ganhos em eficiência e qualidade.

DESAFIOS ÉTICOS E LEGAIS DA INTEGRAÇÃO DA IA

Paralelamente, existem desafios éticos, legais e sociais decorrentes do uso da IA na saúde. Para Correia et al (2025), são necessários mecanismos legais adaptativos para equilibrar inovação e proteção dos direitos humanos. Identificando problemas como viés de dados e vulnerabilidades de privacidade, sugere medidas regulatórias para minimizar ameaças e garantir conformidade ética. Os autores destacam a importância de mecanismos que respondam rapidamente aos desafios na saúde pública, que embora

complexos, passam pela integração ética e sustentável da IA, através da estreita colaboração entre pesquisadores, profissionais, reguladores e a sociedade civil. A harmonização de inovações tecnológicas com princípios éticos e direitos humanos, é fundamental para construir um sistema de saúde mais justo e eficiente.

RECOMENDAÇÕES PARA A INSERÇÃO GRADUAL DA IA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em linha com o paradigma estratégico na AP na Saúde em Portugal.

Inovação por conformidade, caracteriza-se pela redução de riscos e adesão a normas. Sistemas de IA podem automatizar auditorias internas, verificar o cumprimento do RGPD e monitorizar riscos clínicos em tempo real, reforçando a confiança institucional sem perturbar processos existentes (Wirtz et al., 2019; European Commission, 2020).

Extensão burocrática, não disrupção, visando a otimização de tarefas administrativas, como triagem documental, gestão de listas de espera, chatbots para marcação de consultas, incrementando a eficiência e reduzindo a carga operativa, sem interferir na decisão clínica (Mergel et al., 2019). Pretende-se que a IA sustente a estabilidade que caracteriza a estratégia reativa, e simultaneamente demonstre valor prático imediato.

Projetos-piloto controlados por entidades como DGS, SPMS ou AMA, para legitimar a inovação. Podendo ser aplicados para prever faltas a consultas, relatórios de impacto, validar modelos, adaptar processos e consolidar orientações políticas e financeiras (OECD, 2021). Estas entidades de controlo validam e credibilizam potenciais ganhos operacionais, reduzindo a perceção de risco.

Autonomia humana, ou seja, a preservação do controlo humano, é fundamental para manter a responsabilização e a confiança. À IA cabe o apoio ao diagnóstico, gestão hospitalar, sugerindo orientações/ hipóteses. Contudo a validação final é missão dos profissionais de saúde, garantindo que a IA funciona como ferramenta de suporte e não como substituta dos decisores humanos (Floridi & Cowls, 2019).

Formação adequada na literacia digital e segurança de dados como forma de mitigar a insegurança dos Gestores. A formação pode ser desenvolvida em parceria com academias e organizações de saúde, contribuindo para reduzir resistências (Mergel et al., 2019).

Transparência e a prestação de contas: os sistemas de IA devem incorporar mecanismos de explicabilidade. Estes permitem entender as orientações tomadas e implicações das mesmas, validando o seu funcionamento, ajudando a prever resultados, assegurando a rastreabilidade de cada recomendação algorítmica, incrementando assim a confiança e aceitação social (European Commission, 2020).

Colaboração com instituições de mérito, como SPMS, AMA, Universidades, Ordens profissionais, reforça o estatuto de neutralidade e autoridade dos projetos, promovendo a sua aceitação.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os condicionamentos estruturais e organizacionais associados à burocratização e à estratégia defensiva/ reativa, requerem flexibilidade, no entanto, em concordância com o legal/ institucional. Por outro lado, os Gestores de saúde mantêm-se cautelosos devido aos aspetos da privacidade dos dados, desafios éticos, receio de perda de empatia no contacto com o utente/doente, e a resistência natural à mudança organizacional, frequentemente observada em setores mais tradicionais da AP.

A integração da IA na saúde pública portuguesa pode e deve ser feita de forma cautelosa, incremental e alinhada com a lógica da estratégia instituída. No lugar de promover disrupções, recomenda-se um percurso de inovação prudente, regulamentado, transparente e colaborativo, valorizando a estabilidade institucional, a autonomia profissional, a formação dos Gestores, e a validação pública e científica dos resultados.

A operacionalização passa ainda por identificar e nomear Gestores cujas competências formativas na área e em liderança sejam mais valorizadas do que meramente a nomeação por confiança. ●

REFERÊNCIAS

- I. Classifica as organizações pela sua resposta ao ambiente e decisões estratégicas em quatro orientações:
- Analisadora, atua em mercados estáveis de forma rotineira e formal, atentos a novos conceitos adotando os promissores.
 - Defensiva, não procura oportunidades fora da área da linha de produção, raramente procede a ajustes à tecnologia, à estrutura ou métodos, visa a eficiência das operações correntes.
 - Prospetiva, exploram oportunidades de mercado, ensaiam alternativas às tendências, promovem mudanças, visa a inovação do produto e mercado.
 - Reativa, que apesar das alterações/incertezas na envolvente são ineficientes na adaptação, não havendo ajuste entre estratégia e estrutura, ocorrendo ajustamentos quando forçados por pressões exteriores.
- Alves, M., et al. (2024). Use_of_Artificial_Intelligence_tools_in_supporting_decision-making_in_hospital_management. *BMC_Health_Services_Research*, 24, 1282. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11602-y>
- Antunes, P. (2022). Competências_Táticas_de_Liderança_na_Operacionalização_da_Estratégia_Organizacional_em_Unidades_de_Saúde. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, ISCSP, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.5/23706>
- Lapão, L. (2024). Apenas_21%_dos_profissionais_de_saúde_dominam_ferramentas_e_soluções_digitais_em_contexto_de_trabalho. *HR_Portugal*. Recuperado de https://hrportugal.sapo.pt/apenas-21-dos-profissionais-de-saude-dominam-ferramentas-e-solucoes-digitais-em-contexto-de-trabalho/?utm_source=chatgpt.com
- Miles R, Snow C. *Organizational_strategy_structure_and_process*. Standford: Standford_University_Press; 2003.
- SPMS - Serviços_Partilhados_do_Ministério_da_Saúde. (2025, março). Inteligência_Artificial_na_Saúde_em_Portugal: Regulamentação_Impactos_e_Perspetivas_de_Futuro. Recuperado de <https://www.spms.min-saude.pt/2025/03/inteligencia-artificial-na-saude-em-portugal>
- Wirtz, B. W., Weyerer, J. C., & Geyer, C. (2019). Artificial_Intelligence_and_the_Public_Sector—Applications_and_Challenges. *International_Journal_of_Public_Administration*, 42(7), 596–615.
- European Commission. (2020). White_Paper_on_Artificial_Intelligence: A_European_approach_to_excellence_and_trust. Publications_Office_of_the_European_Union. https://commission.europa.eu/publications/white-paper-artificial-intelligence-european-approach-excellence-and-trust_en
- Mergel, I., Edelmann, N., & Haug, N. (2019). Defining_Digital_Transformation: Results_from_Expert_Interviews. *Government_Information_Quarterly*, 36, Article ID: 101385. <https://doi.org/10.1016/j.giq.2019.06.002>
- OECD/CAF (2022). The Strategic and Responsible Use of Artificial Intelligence in the Public Sector of Latin America and the Caribbean, *OECD_Public_Governance_Reviews*, OECD_Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1f334543-en>.
- Floridi, L., & Cowls, J. (2019). A_Unified_Framework_of_Five_Principles_for_AI_in_Society. *Harvard_Data_Science_Review*, 1(1). <https://doi.org/10.1162/99608f92.8cd550d1>

Estratificação pelo Risco na ULS do Alto Minho: desafios e limites do modelo

Helena Ramalho¹

A **estratificação pelo risco (ER)** representa uma transformação organizacional importante do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português. Constitui a componente base do novo modelo de financiamento e contratualização das Unidades Locais de Saúde (ULS)¹. Implementada em 2024 pela ACSS, esta abordagem marca a transição de um modelo reativo para um sistema proativo de gestão populacional, assente na predição das necessidades de saúde e na atuação antecipada sobre os riscos identificados².

Em Portugal, esta transição está a ser implementada num contexto particularmente desafiante condicionado pelo envelhecimento populacional, aumento da complexidade clínica, escassez de recursos humanos e necessidade de reorganizar os serviços de saúde para promover a eficiência e a sustentabilidade do sistema. A Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), servindo uma população de cerca de 250 mil habitantes, iniciou em 2024 a operacionalização da ER, como parte de uma estratégia mais vasta de transformação organizacional do SNS.

CONCEITO E FINALIDADE DA ESTRATIFICAÇÃO PELO RISCO

A estratificação populacional pelo risco consiste na segmentação da população com base em fatores demográficos, clínicos e de utilização dos serviços de saúde. O objetivo é agrupar os cidadãos por níveis de risco para melhor planear a resposta assistencial, antecipar eventos clínicos, prevenir descompensações e alinhar a alocação de recursos com as reais necessidades dos utentes³. O modelo português de estratificação pelo risco baseia-se nos Grupos de Risco Ajustado (GRA), que classificam utentes considerando características demográficas, risco clínico e consumo de recursos.

Esta metodologia, inspirada na Pirâmide de Kaiser Permanente, estratifica a população em três níveis: alto risco, risco intermédio e baixo risco⁴.

Este modelo constitui a base para a construção de Planos Individuais de Cuidados (PIC) e para a contratualização baseada em valor, uma vez que permite monitorizar indicadores de resultado e eficiência ajustados à complexidade dos casos⁵.

ENQUADRAMENTO NACIONAL E MODELO METODOLÓGICO

A abordagem nacional está estruturada sobre dois pilares complementares: o Índice de Complexidade do Utente (ICU), desenvolvido pela ACSS para os Cuidados de Saúde Primários, e uma ferramenta de estratificação internacional adquirida através de concurso público, baseada em modelos preditivos validados como ACG, Adjusted Clinical Groups e CRG, Clinical Risk Groups^{2,3}. Esta abordagem híbrida permite maior robustez metodológica e adaptação ao contexto nacional⁶.

A estratificação pelo risco é uma ferramenta poderosa ao serviço de um modelo assistencial mais inteligente, centrado na pessoa

A REALIDADE DA ULS DO ALTO MINHO

A implementação local do projeto ER da ACSS iniciou-se em 2024 com um projeto piloto em duas Unidades de Cuidados de Saúde Primários e num serviço hospitalar de Medicina Interna. A ULSAM apresentou evolução positiva no seu perfil epidemiológico, refletida no Índice de Desempenho de Risco Ajustado (IDRA). Em 2024, o IDRA foi de 1,0988 e, em 2025, de 1,096 (calculado com base em dados de 2023), posicionando-nos na 12.^a posição em 2024 e na 15.^a em 2025 entre as 39 ULS nacionais⁷.

Este índice ajusta o desempenho clínico ao perfil de risco e complexidade da população assistida, permitindo comparações mais equitativas entre períodos ou unidades de saúde. A redução deste índice pode refletir alterações na composição demográfica e clínica dos utentes ou nos processos de codificação, não existindo evidência direta de que se traduza em ganhos efetivos de eficiência ou qualidade. Importa ainda considerar que melhorias no IDRA podem resultar de gaming sistemático, como o upcoding, atribuição de códigos de maior gravidade sem correspondência clínica real, fenómeno documentado internacionalmente⁸. Assim, a análise do IDRA deve ser complementada com outcomes centrados no doente (ex.: taxas de readmissão, mortalidade ajustada, controlo de doença crónica e experiência reportada pelos utentes), cuja integração sistemática na contratualização irá permitir uma avaliação mais robusta e orientada para valor.

O processo tem assentado na articulação de algoritmos preditivos com plataformas informáticas nacionais, permitindo a segmentação automatizada da população e a sinalização ativa de utentes prioritários. A criação de uma Equipa Local de Estratificação pelo Risco (ELER), multidisciplinar e liderada pela Direção Clínica, permitiu assegurar o alinhamento operacional com a estratégia institucional.

PLANOS INDIVIDUAIS DE CUIDADOS (PIC). INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL

A ER ganha verdadeira utilidade quando traduzida em intervenções clínicas diferenciadas. Os utentes de risco elevado e muito elevado são objeto de PIC, com planos de acompanhamento definidos por equipas de referência multiprofissionais. Cada plano integra metas clínicas, funcionais e sociais, com vigilância ativa e monitorização contínua, potenciando a interdisciplinaridade e a corresponsabilização dos profissionais. Este modelo reforça a lógica de “cuidados à medida”, promovendo a continuidade assistencial e combatendo a fragmentação dos cuidados, especialmente relevante numa região com elevada dispersão geográfica, população envelhecida e multimorbilidades⁹. Na ULSAM temos em funcionamento o PIC para o doente com DPOC, para o doente com insuficiência cardíaca e em fase de implementação para o utilizador frequente do serviço de urgência.

INDICADORES E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Até à data, os indicadores utilizados focaram-se predominantemente em métricas de processo. Contudo, a evidência internacional sublinha a necessidade de incluir outcomes centrados no doente, como mortalidade, qualidade de vida, dias de vida em casa e satisfação com os cuidados à semelhança do que já foi implementado no projeto nacional de maior duração neste âmbito: a telemonitorização para doentes com DPOC. Este programa, apoiado pela ACSS/SPMS desde 2014, é reconhecido nos registos nacionais como projeto-piloto. Esta iniciativa, publicamente apresentada, mantém-se ativa há uma década e constitui uma experiência continuada de integração de cuidados¹⁰. A seleção dos doentes foi realizada com base em critérios de risco bem definidos, por exemplo, doentes com ≥ 2 agudizações no ano anterior ou classificados como de “risco elevado”, sendo atribuída a cada caso uma equipa clínica responsável (médico coordenador e equipa de enfermagem) para acompanhamento domiciliário e monitorização. Esta abordagem resultou em impactos clínicos positivos, com redução nas idas às urgências e diminuição dos internamentos nos anos de acompanhamento.

DESAFIOS E LIMITES DO MODELO

Apesar dos avanços, este modelo enfrenta desafios operacionais relevantes. O principal relaciona-se com a qualidade da codificação clínica. As nossas taxas iniciais de codificação revelaram necessidade de melhoria significativa, o que levou ao desenvolvimento de estratégias específicas como formação direcionada por especialidade, aquisição de ferramentas de apoio mais eficazes e processos de validação contínua. Em janeiro de 2025, a taxa de codificação na consulta externa hospitalar era de apenas 8,6%, tendo aumentado para 19% nos dados mais recentes. Segundo a ACSS, a fiabilidade global do sistema encontra-se assegurada, dado que a ER se baseia também noutras fontes de informação, como episódios de urgência, internamentos, cirurgias, consultas de ambulatório, cuidados de saúde primários e prescrição de medicamentos¹⁰.

Relativamente aos 135 mil processos de utentes classificados como de baixo risco, foram identificados casos com custos elevados, incongruentes com a estratificação atribuída. A análise destes casos permitiu detetar diagnósticos codificados que não tinham sido considerados na respetiva classificação de risco, evidenciando a necessidade de auditoria e de reforço do controlo de qualidade. Este trabalho abre caminho para a correção sistemática dos dados e para a melhoria contínua da fiabilidade do sistema.

Além disso, a interoperabilidade entre sistemas informáticos, a formação de profissionais e a literacia da população permanecem barreiras críticas à maturidade do modelo. A integração da informação de estratificação nos sistemas informáticos nacionais, hospitalares e dos cuidados de saúde primários requer ajustamentos técnicos e organizacionais de elevada complexidade o que implica compromisso da tutela e investimentos consistentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

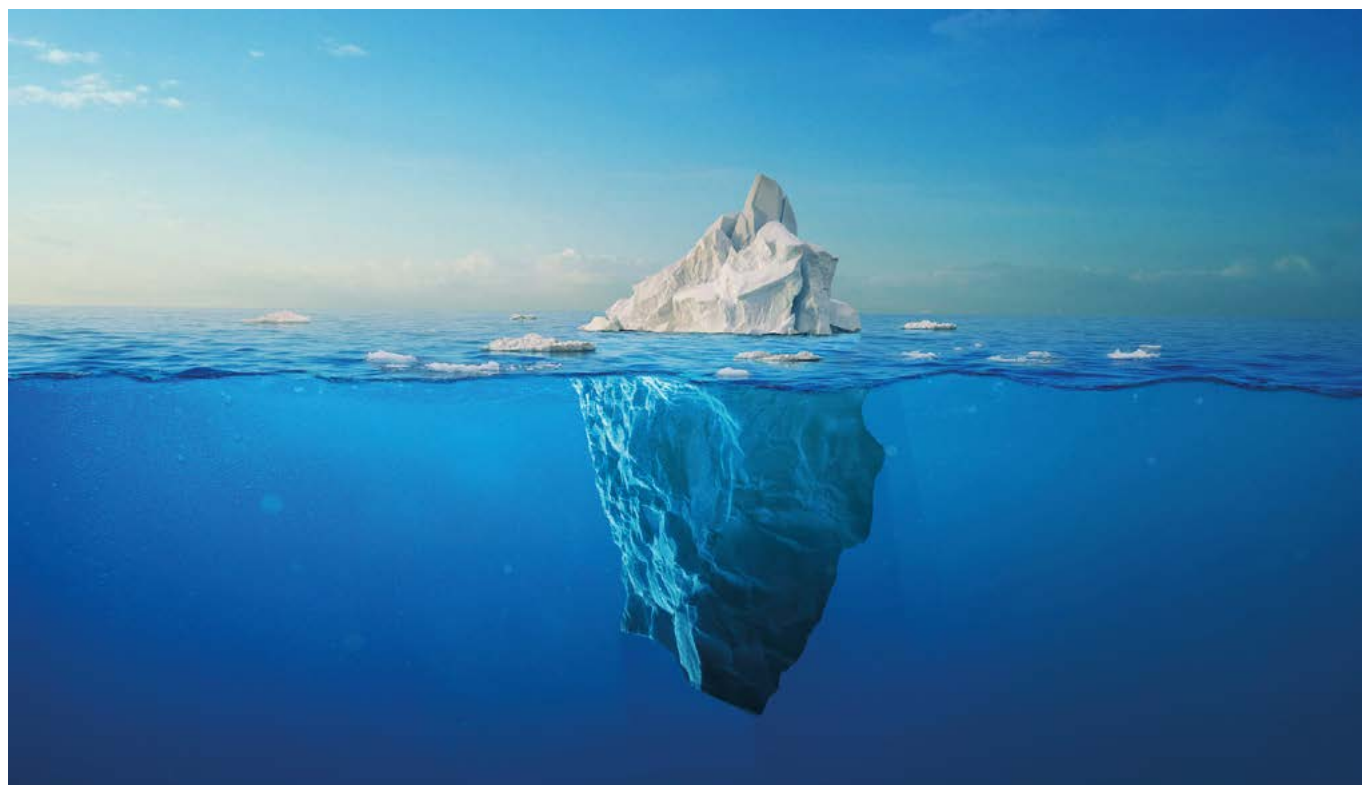
A estratificação pelo risco é uma ferramenta poderosa ao serviço de um modelo assistencial mais inteligente, centrado na pessoa, orientado para resultados e promotor de integração. Na ULSAM este processo representa um salto qualitativo na forma como se pensam os cuidados e se desenha a resposta assistencial.

A sua consolidação dependerá do reforço da maturidade digital, da capacidade analítica, da intervenção comunitária e do compromisso clínico com a melhoria contínua.

O teste decisivo, nos próximos dois anos, será demonstrar, com dados e histórias reais, que o financiamento ajustado pelo risco se converteu em menos internamentos evitáveis, mais dias de vida em casa, maior satisfação com os cuidados e melhor utilização de cada euro público. Quando isto acontecer, e é para isso que trabalhamos, a estratificação deixará de ser vista como “mais um requisito contratual” e passará a ser reconhecida como aquilo que verdadeiramente é: um modo mais justo, mais inteligente e mais humano de organizar o cuidado. ●

REFERÊNCIAS

1. ACSS. Termos de Referência para a Contratualização 2025. Lisboa, 2024.
2. SPMS. Guia Técnico para a Estratificação Populacional. Lisboa: SPMS, 2024.
3. DGS. Manual de Estratificação de Risco em Saúde. Lisboa, 2023.
4. OMS. Integrated Care for Older People. Geneva, 2017.
5. Porter ME. What is Value in Health Care? N Engl J Med. 2010.
6. NEJM Catalyst. Transforming Health Care Delivery. NEJM Group, 2020.
7. ULSAM. Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO), 2025.
8. Geruso & Layton. Upcoding: Evidence from Medicare on Squishy Risk Adjustment, 2020.
9. DGS. Planos Personalizados de Cuidados para Doentes Crónicos Complexos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022.
10. Esteves A, Costa R. Estratificação pelo Risco Populacional: Análise Crítica na ULSAM, 2025.



Do near miss ao conhecimento: nova inteligência dos hospitais

José Filipe Soares¹

Nos hospitais, cada decisão influencia vidas, mas erros ainda são encarados como falhas isoladas - algo a corrigir pontualmente ou até ocultar. Porém, o verdadeiro progresso vem ao abandonar essa visão pontual e abraçar uma cultura de aprendizagem contínua. Entre o erro consumado e a excelência clínica existe um espaço crucial: o near miss, o incidente que quase aconteceu. Apesar de não causar dano visível, cada near miss sinaliza fragilidades latentes no sistema.

1. CULTURA DE SEGURANÇA: DO SILÊNCIO À CULTURA JUSTA

Durante anos, a busca pela perfeição clínica conviveu com medo de admitir falhas, criando uma cultura de silêncio. Nesse ambiente, muitos incidentes quase ocorridos não eram reportados, desperdiçando conhecimento vital. Em contraste, numa cultura de aprendizagem o erro deixa de ser visto

como mera culpa individual e passa a ser sintoma de sistemas falhos. A cultura justa propõe perguntar "o que deu errado?" em vez de "quem errou?". Nessa visão, a disciplina recai sobre comportamentos inadequados, não sobre o dano causado; erros humanos honestos tornam-se oportunidades de aprendizagem organizacional (**Tabela I**).

2. O VALOR DOS NEAR MISSES

Os near misses são alertas precoces: potenciais acidentes que só não se concretizaram por sorte ou intervenção. Estudos mostram subnotificação crônica: estima-se que, para cada evento adverso com dano, ocorram dezenas de near misses não reportados. Embora invisíveis no momento, eles contêm pistas únicas sobre vulnerabilidades ocultas do sistema. Cada near miss oferece informação valiosa para prevenir falhas futuras e reforçar a segurança. Em suma, aprender com esses quase-incidentes é essencial para antecipar acidentes graves.

3. A ILUSÃO DO ICEBERG

No quotidiano hospitalar, os erros que causam dano imediato são apenas

a ponta do iceberg. Sob a superfície acumulam-se falhas latentes, quase-acidentes e vulnerabilidades invisíveis, mas com potencial para comprometer todo o sistema.

A Imagiologia é exemplo paradigmático: exposições inadvertidas à radiação, protocolos desatualizados, falhas de manutenção, configurações incorrectas ou equipamentos obsoletos. A pressão assistencial e a dependência crescente da imagem favorecem práticas rotineiras, muitas vezes frágeis, agravadas pelo uso sistemático de contrastes. Sinais discretos que, sem vigilância activa e correcção precoce, acumulam riscos para doentes e profissionais.

O mesmo ocorre no controlo da qualidade do ar, um dos principais vectores de infecção hospitalar. Microrganismos em aerossóis e poeiras deslocam-se entre espaços, atingindo simultaneamente doentes, profissionais e superfícies críticas. Invisível, o ar converte falhas técnicas em surtos inesperados. Filtração, pressões diferenciais, ventilação calibrada e controlo da humidade só são eficazes quando sustentados por monitorização em tempo real.

Esta deve integrar parâmetros físicos, químicos e biológicos: CO₂ (ventilação), formaldeído/HCHO e TVOC (qualidade química), além da carga microbiológica suspensa. Sem tal abordagem integrada, os riscos ocultos só emergem quando é tarde demais - com custos que ultrapassam números e se traduzem em perda de confiança e consequências humanas irreversíveis.

A “ilusão do iceberg” traduz este desafio: a maturidade hospitalar mede-se menos pela reacção ao erro consumado e mais pela capacidade de aprender com o que quase falhou. É transformar invisibilidade em prevenção e prevenção em cultura organizacional sólida.

Representação da “ilusão do Iceberg” em contexto hospitalar: o erro visível é apenas a ponta; sob a superfície acumulam-se falhas de manutenção, lacunas de formação e verificações negligenciadas - fragilidades ocultas que, sem monitorização contínua e integração na inteligência organizacional, transformam-se em riscos estruturais críticos (Figura I).

4. MODELOS DE INTELIGÊNCIA ORGANIZACIONAL EM SAÚDE

Hospitais que aspiram à excelência seguem referências internacionais:

- **High-Reliability Organizations (HRO):** actuam em domínios complexos de alto risco mantendo falhas residuais mínimas. Praticam vigilância contínua, recusam explicações simplistas, valorizam a sensibilidade operacional e a expertise da linha da frente, investindo na resiliência organizacional.

- **Learning Health Systems (LHS):** alinham dados, investigação e prática clínica em ciclos permanentes de melhoria. Dashboards em tempo real permitem recolher, analisar, intervir e reavaliar continuamente - convertendo informação em ganhos concretos de qualidade e segurança.

- **Cultura Justa com Accountability Inteligente:** aplicada em instituições como o NHS ou a Mayo Clinic, distingue erro humano de negligência ou dolo. Estimula a notificação aberta de incidentes, reforça a confiança organizacional e mantém responsabilização proporcional.

Seguir estes modelos requer liderança visionária. Cabe aos gestores criar um ambiente onde o erro seja motor de evolução. Áreas críticas, como Imagiologia, podem liderar com dashboards integrados de aprendizagem - reunindo near misses, indicadores e planos de acção em tempo real.



Figura I: A ilusão do Iceberg em Contextos Hospitalares
Fonte: elaborado pelo autor

CARACTERÍSTICAS	CULTURA PUNITIVA	CULTURA DE APRENDIZAGEM
Reacção ao erro	Punição/isolamento	Análise colectiva
Reporte de near miss	Inexistente ou raro	Estimulado
Ambiente psicológico	Medo de represálias	Confiança e transparência
Aprendizagem institucional	Baixa	Elevada

Tabela I: Cultura Punitiva e Cultura de Aprendizagem

Fonte: elaborado pelo autor

MODELO	FOCO PRINCIPAL	APLICAÇÃO EM SAÚDE
HRO	Fiabilidade em ambiente crítico	Blocos operatórios, urgência, radiologia
LHS	Ciclo de aprendizagem contínua	Gestão do risco clínico e melhoria da qualidade
Cultura justa	Equilíbrio entre justiça e erro	Gestão de incidentes, clima organizacional e segurança

Tabela2: Comparativo entre Modelos de Inteligência Organizacional

Fonte: elaborado pelo autor

Esta prática traduz maturidade organizacional e acelera melhorias sustentadas (Tabela 2). A adopção depende além da formação técnica, também de uma liderança hospitalar visionária, capaz de sustentar uma cultura em que o erro não é tabu, mas ponto de partida para evolução. A imagiologia, pela sua natureza tecnicamente sensível e regulada, pode ser pioneira: dashboards integrados de aprendizagem, que reúnam near misses, indicadores operacionais e planos de acção em tempo real, seriam um marco de maturidade organizacional.

5. APRENDIZAGEM RÁPIDA: MODELO QUICK WINS

Transformar o hospital numa organização que aprende exige um modelo operativo adaptado à sua realidade. O conceito de Quick Wins transforma o erro em recurso estratégico de melhoria contínua, assente em quatro pilares:

Notificação simplificada; Análise multidisciplinar; Feedback imediato; Dashboards operacionais.

Esta dinâmica converte cada near miss em conhecimento aplicado. Nas HROs, eventos sem dano não são vistos como sinal de segurança, mas como oportunidade de aprendizagem (Tabela 3). ▶

COMPONENTE	ELEMENTOS-CHAVE
Notificação simplificada	Plataforma integrada, intuitiva, com anonimato; classificação por área clínica.
Análise multidisciplinar	Equipas clínicas/técnicas/gestão; revisões periódicas; valorização dos near misses.
Feedback imediato	5 Perguntas quick win: 1. O que quase correu mal? 2. O que o impediu? 3. Que factores contribuíram? 4. Que sinais prévios existiam? 5. Que melhoria aplicar já amanhã?
Dashboards operacionais	Indicadores de segurança em tempo real; alertas preditivos; análise de padrões.

Tabela 3: Aprendizagem Rápida: Modelo Quick Wins Fonte: elaborado pelo autor

Abordagem	Exemplo 2024 (SNS)	Impacto Imediato	Consequência Sistémica
Quick fix (respostas avulsas)	• 230 M€ em médicos tarefeiros • 465 M€ em trabalho suplementar (6,4 M de horas médicas e 5,6 M de enfermagem)	Resposta rápida, presença imediata	Fragilidade estrutural; ausência de memória organizacional; défice de 1.378 M€; até 3.000 M€/ano (execução 2024) em desperdício
Modelo de Inteligência Organizacional	• High Reliability Organizations (HROs); • Learning Health Systems (LHS); • Cultura Justa; • Quick Wins	Redução sustentada de erro	Resiliência institucional; melhoria contínua; uso eficiente de recursos; maior confiança organizacional

Tabela 4: Quick Fix vs. Modelos de Inteligência Organizacional em Saúde Fonte: CFP 2025 (execução 2024); ACSS/Lusa; ECO/ RTP

Quick Wins nos Hospitais

Hospitais que aprendem precisam de sistemas simples para notificar erros, analisar em equipa e partilhar resultados.

5 Perguntas Quick Win

1. O que quase correu mal?
2. O que evitou o erro?
3. Que fragilidades existiram?
4. Que sinais de alerta havia?
5. Que melhoria aplicar já amanhã?

Ferramenta ágil que transforma cada quase-erro em aprendizagem imediata.

6. QUICK WINS OU QUICK FIXES: A ESCOLHA ESTRATÉGICA

Apesar do potencial transformador dos Quick Wins, muitos hospitais continuam a recorrer a soluções imediatistas - os chamados Quick Fixes. Estas respostas rápidas resolvem falhas pontuais, como recorrer sistematicamente a tarefeiros para suprir escalas, prolongar horas extraordinárias ou redistribuir equipas de forma ad-hoc. Embora assegurem presença imediata, não criam memória organizacional, não alimentam ciclos de aprendizagem e acabam por gerar

dependências crónicas. O que aparenta eficiência no momento transforma-se, a médio prazo, em fragilidade estrutural e custos acrescidos.

Por oposição, os Quick Wins representam melhorias de rápida implementação, mas estrategicamente integradas em modelos de inteligência organizacional, como High-Reliability Organizations, Learning Health Systems ou Cultura Justa. Exemplos incluem simplificar checklists cirúrgicas, padronizar protocolos de higienização das mãos, introduzir feedback imediato nos sistemas de notificação clínica como implementar sensores de monitorização contínua da qualidade do ar interior. Evidência científica mostra que a má qualidade do ar em hospitais - em particular em unidades de neonatologia - aumenta o risco de infeções respiratórias e neonatais, reforçando a relevância destes Quick Wins de monitorização em tempo real para segurança, resiliência e confiança institucional.

A distinção entre ambas as abordagens é decisiva: enquanto os Quick Fixes

mascam fragilidades e adiam problemas que tendem a regressar com maior impacto, os Quick Wins transformam progressos modestos em alavancas de resiliência institucional, melhorando de forma consistente a qualidade, a segurança e a confiança de profissionais e utentes (Tabela 4).

CONCLUSÃO: INTELIGÊNCIA HOSPITALAR É SABER APRENDER

A inteligência hospitalar mede-se não pela ausência de erros, mas pela capacidade de os transformar em conhecimento duradouro. Ignorar a aprendizagem dos near misses compromete a segurança e mina a confiança institucional.

Cabe às lideranças assumir este desígnio como prioridade estratégica, rompendo com paradigmas punitivos e cultivando uma cultura justa e resiliente, focada em melhorias concretas.

Hospitais verdadeiramente inteligentes não escondem fragilidades: transformam silêncio em diálogo, punição em partilha e estatísticas em sabedoria colectiva. Só assim se constrói um sistema de saúde robusto, eficiente e seguro - para doentes, profissionais e para a sociedade. ●

REFERÊNCIAS

- Conselho das Finanças Públicas (2025). Evolução do desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2024. Lisboa: Conselho das Finanças Públicas.
- Dekker, S. (2016). Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization. Boca Raton: CRC Press (Taylor & Francis Group).
- Fricke, J., Galligan, M., Douma, C., Souder, J., Hedden-Gross, A., & Mull, N. (2025, Maio). Examining the impact of implementing High-Reliability Organization principles on patient safety outcomes. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Walker, M., et al. (2024). Progress with the Learning Health System 2.0: A rapid review of real-world implementations in COVID-19 and climate response. Londres: Springer Nature (BMC Medicine).
- Wiley Group. (2025, Março). Charting progress in learning health systems: A systematic review of definitions, frameworks and models. Hoboken: Wiley (Learning Health Systems).

Todos os artigos do autor são redigidos segundo a ortografia clássica da Língua Portuguesa, preservando a sua memória etimológica e a identidade histórica que a definem.

1. Radiology Technologist at ULS Oeste (ULSO); BSc in Radiology (ESTeS-IPC, Coimbra); MSc in Health Engineering and Technology (UCP, Rio de Mouro - Sintra); Postgraduate in Health Unit Management; MBA in Human Resources Management; further training in Strategy (NOVA SBE, Carcavelos) and in Quality & Safety.



“Caminhos da Administração Hospitalar“, é o título do podcast da APAH que explora as histórias da História da carreira da Administração Hospitalar em Portugal.

As pessoas, os acontecimentos, as histórias que marcam mais de 50 anos de caminhada.

Acompanhe-nos e conheça os relatos do passado e inspiradores para as gerações futuras.



Análise de Custo-efetividade do Rastreio de Base Populacional do Cancro do Cólon e Reto: conceitos e racionalização do seu desenvolvimento (Parte 1)



económico neoclássico no mercado da saúde, que ainda são aplicáveis na atualidade. Entre esses fatores destaca (Vieira, 2016):

- A existência da incerteza dos resultados dos cuidados médicos, sendo o conhecimento e a informação produtos básicos que ficam concentrados entre aqueles que podem lucrar mais com eles;
- A irregularidade e imprevisibilidade da procura dos indivíduos por estes serviços;
- A probabilidade de manter ou piorar o estado da saúde (perda da integridade pessoal, incapacidade física e morte), sendo a recuperação de uma doença imprevisível;
- O consumidor não pode testar o produto pelo que existe um elemento de confiança com o oferente;
- Existe assimetria no conhecimento;
- A formação dos profissionais em saúde é exigente desde o acesso até à duração dos estudos, o que aumenta os custos.

Atualmente, a ES integra teorias de outras disciplinas (Medicina, Epidemiologia, Saúde Pública, Economia, entre outras) e assim, estuda os processos vinculados a produção, distribuição, consumo e financiamento dos bens e serviços em saúde (Lourengo & Silva, 2008).

CUSTOS E AVALIAÇÃO ECONÓMICA EM SAÚDE

Os custos não se devem confundir com gastos. O gasto é uma despesa que se deve realizar para obter um bem ou serviço. O gasto é transformado em custo quando produz um bem ou um serviço (A. C. C. da Silva & Porto, 2020). Em saúde existem três tipos de custos: os diretos, os indiretos e os intangíveis. Os primeiros correspondem aos insumos utilizados para prover as intervenções sob análise, portanto, devem incluir os custos em recursos humanos, instalações físicas, medicamentos, demora hospitalar e médios complementares para o diagnóstico. Além disso, nestes

Sócrates Vargas Naranjo^{1,3}, Maria Pedro^{2,3}

A Economia da Saúde procura a segurança, eficácia e eficiência de procedimentos e intervenções no campo da saúde, oferece instrumentos mensuráveis aos gestores para facilitar as suas decisões. O cancro do cólon e reto (CCR) pode ser identificado, precocemente, mediante o rastreio do sangue oculto nas fezes (PSOF) e a colonoscopia, sendo que, este último exame pode ainda tratar a doença em estádios iniciais. Em Portugal, o rastreio do CCR é de base populacional e iniciou-se na Administração Regional de Saúde do Centro, em 2008. Em 2021, foi implementado quase na totalidade de Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores. Para avaliar o efeito deste programa, assim como, se os benefícios observados ultrapassam os custos, a economia da saúde utiliza análises de custos. O presente trabalho pretende apresentar conceptualizações e, justificar a necessidade do desenvolvimento duma análise de custo-efetividade do rastreio de base populacional de CCR (RBP-CCR).

Palavras-chave: Rastreio, Cancro de Cólon e Reto, Análise Custo-efetividade

ECONOMIA E ECONOMIA DA SAÚDE

Economia é o estudo da afetação de recursos escassos suscetíveis de usos alternativos a necessidades virtualmente ilimitadas (Barros, 2023).

A Economia da Saúde (ES) está vinculada nas ciências da saúde, em especial na Saúde Pública. No passado, ao início do século XIX, era utilizada para indicar a visão empresarial da prática médica, ou bem, como sinónimo da prática do financiamento e administração hospitalar (Pereira, 2003).

O salto conceitual da ES moderna foi dado após o artigo publicado em 1963, por Kenneth Arrow na Revista "American Economic Review", intitulado "Uncertainty and the welfare economics of medical care", onde se expõe a natureza distinta do mercado dos cuidados de saúde, focando a incerteza e os erros do mercado em saúde no momento (Pereira, 2003).

Arrow destacou fatores que inviabilizam a aplicação dos pressupostos do modelo

custos estão incluídos aqueles dirigidos para o transporte, a dieta, as adaptações do ambiente domiciliário e dos cuidadores. Nos custos indiretos identificam-se a perda da produtividade no mercado de trabalho (absenteísmo e morte precoce) e finalmente os custos intangíveis pode-se citar às perdas em qualidade de vida, associada, particularmente, à dor, ao sofrimento e à exclusão social (E. N. da Silva, Silva, & Pereira, 2016).

A avaliação económica pode ser subdividida em dois grandes grupos: avaliação parcial/incompleta (apenas considera os custos) e avaliação económica completa (inclui os custos e consequências) (Azevedo & Sousa-Pinto, 2019; Sousa-Pinto & Azevedo, 2020). A primeira inclui os estudos de custos e o seu objetivo é observar e quantificar os custos de um processo patológico ou tecnologia, ou comparar os custos entre alternativas, sendo que inclui estudos de minimização de custos; a segunda considera custos e consequências das alternativas que são comparadas, sendo que inclui as análises de custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade, a forma como se expressam as consequências fazem a diferença nessas análises (Azevedo & Sousa-Pinto, 2019).

RASTREIO DA DOENÇA ONCOLÓGICA: UMA VISÃO GERAL

As doenças oncológicas, atualmente, são um problema em saúde pública pelos custos gerados no seu tratamento, assim como, pelos problemas individuais e sociais que acarretam. Em Portugal segundo o relatório da Direção-Geral da Saúde (DGS) do Programa das Doenças Oncológicas de 2019, o Cancro do Cólon e Reto (CCR) é a terceira neoplasia mais frequente no país, com uma incidência bruta 47,6 casos por 100.000 habitantes, sendo a segunda mais frequente nas mulheres (incidência bruta 38,9 casos por 100.000 habitantes) e a terceira nos homens com uma incidência bruta 57,1 casos por 100.000 habitantes (DGS, 2019). Pela sua parte, a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva informa em 2023, na sua página web (www.sped.pt), que esse tipo de cancro é muito frequente, sendo o segundo mais frequente nas mulheres depois do cancro da mama e o segundo mais frequente nos homens depois do cancro da próstata, ocupando o primeiro lugar em termos de mortalidade (Sociedade Portuguesa de Endoscopia, 2023).

O rastreio é uma prova diagnóstica que procura indivíduos com uma condição (e.g. doença) numa população aparentemente saudável; exige provas que tenham uma grande capacidade de identificar doenças (alta sensibilidade), embora com resultados falsos positivos (Ruiz Morales & Morillo Zárate, 2004). Além disso, é motivado pelo potencial benefício de prevenção secundária, através da deteção e tratamento precoce de doenças (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2010).

O rastreio populacional envolve uma população-alvo, ou seja, o programa de saúde identifica a população alvo e é a essa população onde é feita o rastreio sendo que envolve toda a população identificada (Bonita et al., 2010). Um programa de rastreio de base populacional inclui um conjunto de intervenções que passa pela identificação e convite da população elegível, realização do teste de rastreio, diagnóstico e referência para tratamento.

RASTREIO DA DOENÇA ONCOLÓGICA DO CCR EM PORTUGAL

O programa de rastreio de base populacional do CCR (RBP-CCR) iniciou-se em Portugal na Administração Regional de Saúde do Centro em 2008, encontrando-se, atualmente, implementado quase na totalidade de Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores. (DGS, 2021). Os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional

É necessário realizar uma análise de custo-efetividade do rastreio de base populacional de CCR (RBP-CCR), identificando se os custos são justificados pelos anos ganhos de vida dos doentes com essa doença

realizados no Sistema Nacional de Saúde (SNS), foram definidos através da publicação do Despacho n.º 8254/2017, de 18 de setembro, que estabeleceu a forma de recrutamento e métodos de seleção.

Pelo exposto, é necessário analisar o custo-efetividade do RBP-CCR, verificando se os custos se justificam pelos anos de vida ganhos. Assim, foi realizada essa análise num Agrupamento de Centros de Saúde em 2022, e os resultados serão apresentados na segunda parte deste trabalho. ●

REFERÊNCIAS

- Azevedo, L., & Sousa-Pinto, B. (2019). "Avaliação Crítica de Um Estudo de Avaliação Económica (Parte I): Tipologias de Estudos. Estudos de Custo-Benefício". Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 28(4), 254-257.
- Azevedo, L., & Sousa-Pinto, B. (2020). "Avaliação Crítica de Um Estudo de Avaliação Económica (Parte II): Tipologias de Estudos. Estudos de Custo-Benefício". Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 29(1), 18-21.
- Barros, P. P. (2023). Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos. Coimbra: Edições Almeida S.A., Ed. 4ª.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2010). Epidemiologia básica. Ed. 2ª. Organização Mundial da Saúde. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101990000300001>
- da Silva, A. C. C., & Porto, F. (2020). "Custos em saúde: Entendendo para o Gerenciamento adequado". Journal of Management & Primary Health Care, 12, 1-2. Retrieved from <https://doi.org/10.14295/jmp.hc.v12.1095>
- Lourenço, Ó., & Silva, V. (2008). "Avaliação económica de programas de saúde - Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades". Revista Portuguesa de Clínica Geral, 24(6), 729-752. <https://doi.org/10.32385/rpmgfv24i6.10572>
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2019). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional 2019/2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Pereira, J. (2003). "Economia da Saúde". Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21 (Volume Temático), 3-5.
- Ruiz Morales, Á., & Morillo Zárate, L. E. (2004). Epidemiologia Clínica: investigação clínica aplicada. Bogotá, Colombia: E. M. Panamericana.
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia. (2023). Cancro colorretal. Obtido em 10 de 12 de 2023, de <https://www.sped.pt/index.php/publico/carcinoma-colorretal>
- Silva, E. N. da, Silva, M. T., & Pereira, M. G. (2016). "Identificação, Mensuração e Valoração de Custos em Saúde". Epidemiologia e Serviços de Saúde, 25(2), 437-439. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000200023>
- Vieira, F. S. (2016). "Reflexões sobre o papel das Unidades de Economia da Saúde no Âmbito de Sistemas Nacionais de Saúde". Saúde e Sociedade, 25(2), 306-319. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016154831>

-
1. Assistente Hospitalar em Medicina Interna. Hospital Doutor José Maria Grande, Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.
 2. Enfermeira. Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo.
 3. Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, ISLA - Santarém.
-

Vencedor da 5.^a edição Bolsa Capital Humano em Saúde

IntegraCare⁺: integrar percursos para transformar vidas - quando a saúde começa na escuta e termina na integração



Filipa Serra¹, Telma Soeiro¹, Nuno Luís¹

A vida da Ana tinha que mudar. Estava agora com 42 anos. Tem dois filhos menores, trabalha como assistente operacional numa escola pública na periferia de Lisboa e os seus dias parecem não ter fim... Começam cedo e terminam tarde, sem descanso, sem paz. Entre compras, com dinheiro contado, preparar refeições, correr para apanhar o autocarro e cumprir o horário laboral, há pouco tempo, ou quase nenhum, para si própria. A Ana vive com VIH há mais de uma década. Nos últimos anos, desenvolveu também uma dependência de substâncias psicotrópicas que a levou a ser acompanhada pelo Centro de Resposta Integrada (CRI) da Península de Setúbal/Polo Arrábida. As consultas de Infeciologia realizam-se na Unidade Local de Saúde da Arrábida (ULSA). Ambos em Setúbal, mas ainda assim longe das suas rotinas e necessidades, obrigando-a a escolher entre não faltar ao trabalho, não ser posta de lado e perder remuneração. Dois percursos que nem nos mesmos dias se alinhavam porque desenhados de forma paralela,

exigindo que Ana coordenasse, sozinha, agendas, deslocações e tratamentos. Muitas vezes, a sobrecarga do quotidiano impedia-a de comparecer às consultas ou de cumprir com rigor a medicação. O seguimento era intermitente, a adesão à terapêutica antirretroviral irregular, os riscos acumulavam-se. Não foi por falta de vontade. Foi por falta de integração.

O PROBLEMA DE BASE: PERCURSOS PARALELOS QUE NÃO SE TOCAM

Durante anos, os serviços de saúde caminharam em linhas paralelas. Cada especialidade com o seu plano, cada serviço com a sua agenda, cada equipa com a sua visão. Em teoria, todos a trabalhar pelo bem do utente. Na prática, os utentes mais vulneráveis, como a Ana, viam-se encurralados entre exigências contraditórias, sem apoio para coordenar os seus próprios cuidados. O ponto de viragem surgiu quando duas equipas perceberam ser necessário e ter como linha orientadora a necessidade de coordenar cuidados, mesmo percebendo a existência de diferentes culturas organizacionais, missões e abordagens distintas. O Serviço de Infeciologia da ULSA acompanha por programa de saúde os seguintes utentes (**Tabela I**). Sabendo que muitos destes doentes

têm comportamentos aditivos, quando ambos os serviços decidiram cruzar os seus dados, o resultado foi surpreendente: 107 utentes em comum, todos com doenças infecciosas (VIH, hepatites) e historial de consumos. Correspondente a 8% dos utentes em tratamento, percebendo-se depois que há muitos outros utentes seguidos pelo CRI/Polo Arrábida com doença infecciosa crónica diagnosticada, resultante do consumo e sem acompanhamento, que poderiam ganhar com esta integração e ser devidamente tratados.

E tudo indica que este número irá aumentar nos próximos anos. Em 2023, a nível nacional, foram notificados 111 óbitos ocorridos em casos de infeção por VIH, 32 dos quais associados à toxicodependência (29%). Há uma tendência decrescente destes óbitos desde 2002, com os casos associados à toxicodependência a representarem 40% dos óbitos dos últimos quinze anos, 35% dos últimos 10 anos e 27% do último quinquénio. É de notar que para os óbitos ocorridos em 2023, e tal como nos anos anteriores, o tempo decorrido entre o diagnóstico inicial da infeção e o óbito é superior nos casos associados à toxicodependência por comparação aos restantes casos, o que indicia a necessidade de investimento no acompanhamento da população toxicodependente com VIH¹. Mais do que os números, o que sobressai é o padrão: adesão irregular aos tratamentos, abandono de consultas, planos terapêuticos desconectados e resultados abaixo do desejável e potencial para estabelecermos um programa que conseguisse a integração de cuidados com uma abordagem estratégica, considerada essencial para responder às necessidades complexas de populações vulneráveis, particularmente aquelas afetadas por infeções crónicas e comportamentos aditivos. Assim, o Serviço de Infeciologia da ULSA ia ao encontro da proposta do Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD), que através do Decreto-Lei n.º 89/2023,

PROGRAMAS DE SAÚDE	ANO 2024	ANO 2025
HIV	1299	1298
HEPATITE C	36	32
PREP	95	170

Tabela I: número de utentes por programa de saúde (acumulado a agosto) Fonte: SONHO/Provision

pretende consolidar a resposta aos comportamentos aditivos, promovendo uma articulação mais eficaz entre os serviços de saúde, sociais e comunitários. Por sua vez, o ICAD daria resposta ao encontro das necessidades dos utentes tratados pelo Serviço de Infeciologia que apresentam comorbilidades associadas ao consumo de substâncias psicoativas e que precisam de uma abordagem integrada que vá além do tratamento clínico, incluindo intervenções psicossociais, estratégias de redução de riscos e reinserção social.

NASCE O INTEGRACARE+: DIAGNÓSTICO E AÇÃO

Foi neste contexto que nasceu o IntegraCare+, um projeto que não surgiu para adicionar mais uma camada ao sistema, mas sim para cruzar o que já existia, alinhando trajetos que nunca se encontravam verdadeiramente. A candidatura ao programa IntegraCare+ foi o primeiro passo. A seleção para a fase de bootcamp permitiu sistematizar dados, aprofundar diagnósticos e, sobretudo, abrir novas perspetivas. As questões colocadas pela equipa da Nobox foram simples e incisivas:

- Quantos utentes abandonavam os tratamentos?
- Quantos tinham adesão irregular?
- O que faltava para transformar esta realidade?

A resposta tornou-se evidente: era necessário cruzar percursos e integrar planos terapêuticos, usando como referência a integração funcional² porque não exige integração estrutural (como ocorre por exemplo nas ULS), pode ocorrer através de criação de programas de gestão da doença, da partilha de procedimentos e formação das equipas interdisciplinares (médicas de infeciologia e psiquiatria, de enfermagem na comunidade e hospitalar, assistentes sociais e de psicologia) e de gestão de casos, colocando o doente no centro da organização de cuidados e de intervenções. Para além disto, este modelo de integração funcional a nível clínico, permite-nos explorar a possibilidade de melhorar: i) uniformização e registos clínicos; ii) recolha e utilização

de resultados a debater nas reuniões mensais; iii) partilha de serviços clínicos de suporte. Além disso, permite a manutenção da autonomia das organizações, criando ligações entre si, partilhando responsabilidades, criando sinergias e melhorando o funcionamento conjunto, podendo também potencializar parcerias mais fortes com ONG e IPSS, como são o Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT) e a Caritas.³

DO CONCEITO À PRÁTICA: INTEGRAÇÃO NO QUOTIDIANO

Iniciaram-se reuniões mensais, onde se discutem casos de forma partilhada e centrada no utente. Os exercícios realizados durante o bootcamp foram replicados e adaptados ao contexto local. A metodologia de discussão de casos passou a ser sistemática. Cada utente deixou de ser visto apenas pela “lente” da sua patologia principal e passou a ser olhado na sua totalidade clínica, social e emocional. No caso da Ana, a solução foi tão simples quanto transformadora: passou a receber a terapêutica antirretroviral no mesmo momento em que se deslocava à ET para tomar metadona. Dois tratamentos, um único local, um único gesto. O resultado? Melhoria significativa na adesão, redução do risco de falha terapêutica, reforço do vínculo com as equipas e, acima de tudo, um sentimento de dignidade e respeito pelo seu tempo e pelas suas dificuldades.

GANHOS QUE FAZEM A DIFERENÇA

Ainda numa fase de implementação, o projeto IntegraCare+ já produziu ganhos mensuráveis e qualitativos:

- 10 reuniões multidisciplinares mensais que permitem decisões clínicas mais informadas e integradas;
- 70 utentes com situações clínicas complexas, discutidos em conjunto;
- 57 utentes com plano de cuidados estabelecido, que incluem não apenas a componente clínica, mas também social, emocional e relacional;
- Arranque das consultas descentralizadas no CRI/Polo Arrábida em setembro. Os efeitos mais visíveis traduzem-se em:
- Aumento da adesão às consultas médicas e de acompanhamento;

- Maior regularidade na toma da terapêutica antirretroviral;
 - Redução de situações de abandono de tratamento;
 - Melhoria da qualidade de vida auto percebida pelos utentes.
- E, talvez o mais importante: uma nova forma de trabalhar, que quebra silos nos diferentes tipos de cuidados, aproxima profissionais, retribui a esperança a quem muitas vezes desespera nas rotinas de sobrevivência e onde as palavras se transformam em cuidado.

INTEGRACARE+ COMO MODELO DE FUTURO

O IntegraCare+ revelou-se mais do que um projeto-piloto. É um modelo replicável e escalável. O valor criado é claro em três dimensões:

- 1. Utes:** cuidados mais coordenados, acessíveis, humanos e eficazes;
- 2. Profissionais:** espaço de aprendizagem mútua, crescimento interdisciplinar e corresponsabilização;
- 3. Serviço Nacional de Saúde:** uma proposta de integração que reduz ineficiências, salva vidas e reduz custos. O próximo passo está já a ser desenhado: a criação de uma consulta descentralizada de Infeciologia no CRI, aproximando cuidados especializados num só local. Não se trata apenas de facilitar acessos, mas de afirmar uma nova forma de cuidar: mais próxima, mais coordenada, mais humana.

CONCLUSÃO: INTEGRAR PARA TRANSFORMAR

A história da Ana não é única e o IntegraCare+ vem provar que é possível fazer diferente. Que a integração não é uma utopia burocrática, mas uma necessidade operacional, ética e clínica. Que os ganhos não se medem apenas em indicadores, mas na forma como cada Ana se sente: vista, ouvida e acompanhada. Mais do que um conjunto de boas práticas, o IntegraCare+ é hoje um compromisso com uma população vulnerável. Um compromisso mais justo, mais humano e mais eficaz. Porque, no final, transformar percursos é também transformar vidas. ●

REFERÊNCIAS

1. Relatório Anual, 2023 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências, ICAD, in <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=882&languageId=1>
2. Santana, Rui, Handbook de Integração de Cuidados, Lisboa, Edições Almedina, 2021.
3. Curry N, Ham C, Clinical and service integration. The Route to improved outcomes, Londres: the King's Fund; 2010.

1. ULS Arrábida

Vencedor da 5.^a edição Bolsa Capital Humano em Saúde

Interrupção integrada: o caminho certo da mulher no Serviço Nacional de Saúde



Esta consulta na ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde (ULS PVVC) funciona em ambiente hospitalar, com profissionais que reconhecem a necessidade de potenciar o capital humano e os profissionais de saúde dos CSP com as competências necessárias para que a IGO medicamentosa se possa também realizar noutro nível de cuidados, em verdadeira integração e transição de cuidados de saúde da mulher dentro da ULS PVVC.

A atribuição de uma das Bolsas “Capital Humano em Saúde” 2025 a este projeto é uma oportunidade única para a ULS PVVC, nas suas dimensões CSP e Hospitalar, alinhar e reformar a sua prestação de cuidados de forma a atingir uma verdadeira integração de cuidados. A cooperação e colaboração dentro das diferentes equipas e níveis de cuidados irá culminar em melhores cuidados para a mulher. Uma das particularidades da ULS PVVC reside na cobertura total dos seus utentes com médico e enfermeiro de família nas suas 14 Unidades de Saúde Familiar há vários anos.

Temos nesta data, as barreiras para a implementação de IGO medicamentosa nos CSP identificadas; nomeadamente a realização de ecografias de datação de gravidez de forma célere de modo a ser realizada dentro do limite de tempo legal. Garantir a disponibilidade de recursos humanos nas áreas de Psicologia e apoio social nos CSP de forma a responder à lei em tempo útil será também essencial, e encontra-se em discussão a melhor forma de gerir o fluxograma de consultas. Nas eventuais complicações mais comuns, está a ser criado um protocolo conjunto com o serviço de ginecologia/obstetrícia da ULS PVVC de forma a agilizar a resolução destas situações clínicas.

As barreiras ao acesso a esta consulta são transversais a todo o SNS. As propostas concretas que irão surgir deste projeto, poderão ser replicadas em outras ULS, contribuindo para uma solução alargada desta temática.

Raquel Souto¹, Helena Oliveira²

A despenalização da interrupção da gestação por opção (IGO), aprovada pela Lei n.º 16/2007, trouxe novos desafios ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Nesse ano, o aborto deixou de ser punível por lei até às 10 semanas e 6 dias de gestação; a listagem atualizada dos estabelecimentos oficiais/oficialmente reconhecidos para a sua realização está disponível para consulta no sítio Web da Direção-Geral da Saúde. Desde 2007, foram vários os centros de saúde que realizaram IGO medicamentosa, como foi o caso por exemplo do centro de saúde de Amarante, com acompanhamento clínico por médicos de família. Na atualidade de 2025, e pela listagem oficial, essa possibilidade de consultas de IGO nos cuidados de saúde primários (CSP) deixou de existir, no caso de Amarante, por aposentação da médica responsável pela consulta. A diminuição de médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia no SNS, bem como o número crescente de médicos objetores de consciência tem surgido como barreira ao acesso a esta consulta.

Em 2023, foram registadas 17.124 interrupções de gravidez por todos os motivos, verificando-se um aumento de cerca de 3% relativamente a 2022; com o número de IGO de 193,2 por 1.000 nados-vivos¹. No entanto, os recursos humanos na especialidade médica de ginecologia/obstetrícia no SNS têm diminuído ao longo dos últimos anos². Segundo auditoria da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde de 2023, em 10 dos 11 hospitais que não realizavam consulta de IGO, o motivo residia no número de objetores de consciência impossibilitar a sua realização em todas ou algumas das situações previstas na lei.

O acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva seguros, atempados, acessíveis e respeitadores, entre os quais o aborto se insere, é uma questão de saúde pública. Os números mais recentes mostram que a IGO não tem diminuído, ao contrário dos recursos hospitalares na área da ginecologia/obstetrícia. Alargar a sua realização aos CSP será uma medida que permitirá diminuir barreiras de acesso a este procedimento, se em cada uma das 39 Unidades Locais de Saúde (ULS) do SNS, forem integrados cuidados hospitalares com os cuidados de saúde primários.

Apesar de ser um tema controverso, a IGO é uma realidade passível de consensos. Iremos implementar medidas mais eficazes e em rede, para reduzir as faltas a consultas de planeamento familiar subsequente, diminuição do número de recorrências e maior educação em planeamento familiar das utentes. A gestão integrada e individualizada da fertilidade, com planeamento familiar acessível é o caminho certo da mulher no SNS, e irá permitir que os números de IGO se tomem progressivamente menores, mantendo o acesso adequado, conforme previsto na lei de 2007. ●

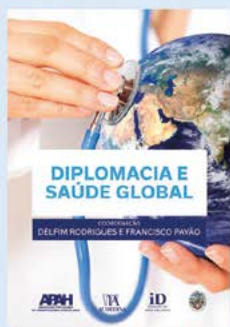
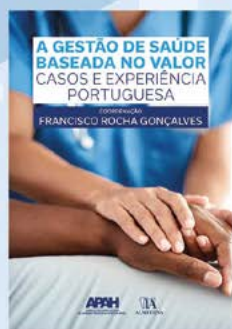
REFERÊNCIAS

1. Direção-Geral da Saúde, 2024, Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez | 2023.
2. Pereira da Silva D, Nogueira-Silva C, Lima J, Braga A, Saraiva J, Águas F, Nogueira-Martins N, Santo S, Furtado JM, Almeida MC, Guerreiro C, Veríssimo C, Bernardes J. Demographic and Professional Characteristics of Specialists in Obstetrics and Gynecology Registered in Portugal: Needs, Resources and Challenges. Acta Med Port. 2022 May 2;35(5):343-56. 2010.



1. Assistente de Medicina Geral e Familiar, Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim/Vila do Conde
2. Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetria, Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim/Vila do Conde

GESTÃO EM SAÚDE



Projeto Green Hospitals

Terceira reunião reforça compromisso com a eficiência energética no setor da saúde



A terceira reunião do Projeto Green Hospitals - uma iniciativa de cooperação transfronteiriça entre Espanha e Portugal que tem como objetivo reduzir consumos energéticos e emissões de gases com efeito de estufa no setor da saúde ibérico - decorreu no passado dia 25 de setembro, na ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, em Vila Real.

Integrada no Interreg Cooperation Day, sob o tema “Melhorias na sustentabilidade hospitalar para um amanhã mais saudável”, a conferência reuniu especialistas nacionais e internacionais para debater soluções sustentáveis para o setor da saúde.

A sessão de abertura deu o mote para um programa centrado em estratégias de eficiência energética nos hospitais, contando com a presença de Helena Rodrigues, administradora hospitalar da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro,

Xavier Barreto, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) e Ivo Oliveira, presidente do Conselho de Administração da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro. Nesta breve abertura foi destacada a necessidade de conciliar gestão e sustentabilidade, o papel das lideranças na adoção de soluções inovadoras e, ainda, o compromisso da instituição com a transição energética e responsabilidade ambiental e ética.

O painel “A importância da eficiência energética no setor da saúde”, apresentou três perspetivas complementares: a internacional, apresentada por Ryan Crowder (Geneva Sustainability Center), a nacional, por Sofia Coutinho (Direção Executiva do SNS) e, por último, a visão dos stakeholders, apresentada por João Mendes, perito em certificação energética de edifícios. Esta sessão pretendeu promover um debate alargado sobre os desafios e oportunidades da

transição energética nas unidades de saúde, destacando não só os benefícios ambientais e económicos, mas também o impacto direto na qualidade dos cuidados prestados, no conforto de utentes e profissionais e na resiliência do sistema de saúde face às exigências futuras.

Posteriormente foi apresentado o ponto de situação do projeto Green Hospitals, com os contributos de Miguel Angel Martinez, da Ente Regional de la Energía de Castilla y León (EREN); Simone Correia, da Rede Nacional da Associação das Agências de Energia e Ambiente (RNAE); Cesar Varela, do Servicio Gallego de Salud (SERGAS); Catarina Martins e Custódio Sousa, da Unidade Local de Saúde do Algarve; Alberto Adrego, de Coimbra; e Carlos Faria, de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O encontro terminou com a reafirmação de um compromisso conjunto: reduzir consumos energéticos, otimizar recursos

e melhorar a sustentabilidade ambiental no setor da saúde.

Desenvolvido no âmbito do POCTEP 2021-2027 - Programa de Cooperação Transfronteiriça entre Espanha e Portugal, o Projeto Green Hospitals está integrado no Objetivo Específico 2.I, e visa contribuir para a redução da pegada ecológica dos hospitais, mas também para o aumento da sustentabilidade dos sistemas de saúde ibéricos.

Este projeto materializou-se num consórcio que envolve cinco entidades portuguesas, designadamente Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, ULS Coimbra, ULS Algarve, Rede Nacional de Agências de Energia (RNAE) e duas entidades espanholas, entre as quais EREN - Agência de Energia de Castilla e Leão e SERGAS - Agência de Saúde da Galiza. ●



REVEJA O VÍDEO DA 3ª REUNIÃO





Cofinanciado por
la Unión Europea
Cofinanciado pela
União Europeia



España - Portugal

**MELHORIAS NA SUSTENTABILIDADE
HOSPITALAR PARA UM AMANHÃ
MAIS SAUDÁVEL**

25 setembro | 09:30 - 14:00
Auditorio da Unidade Hospitalar de Vila Real
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

Programa

09h30

Sessão de Abertura

10h00

A importância da eficiência energética no setor da saúde
Visão internacional: Ryan Crowder, Geneva Sustainability Center
Visão nacional: Sofia Coutinho, Direção Executiva do SNS
Visão dos stakeholders: João Mendes, Perito Qualificado em Certificação Energética dos Edifícios

11h30

Coffee Break

12h00

Sessão de Boas Práticas Energéticas
Carlos Faria | ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro
Cristina Matos | Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Adriano Sousa | Câmara Municipal de Vila Real

13h00

Ponto de Situação do Projeto Green Hospitals
Ente Regional de la Energia de Castilla y León (EREN)
Rede Nacional da Associação das Agências de Energia e Ambiente (RNAE)
Servicio Gallego de Salud (SERGAS)
ULS do Algarve
ULS de Coimbra
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

13h45

Encerramento

14h00

Almoço de *Networking*

Entidades envolvidas no projeto:



Secretariado: 



ENTREGAMOS MELHOR SAÚDE

WWW.OCP.PT



OCP
PORTUGAL
a PHOENIX company

Resumo de atividades APAH 3.º trimestre de 2025

INICIATIVAS APAH

1 DE JULHO A 15 DE SETEMBRO

- Avaliação de candidaturas e eleição dos projetos finalistas da 12ª Edição do Prémio Healthcare Excellence, uma iniciativa APAH em parceria com AbbVie.
- Recolha de dados da 4ª edição do Índice Nacional do Acesso ao Medicamento Hospitalar, uma iniciativa APAH, com o suporte científico da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa e com o apoio da Ordem dos Farmacêuticos e da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares.

JULHO A SETEMBRO

- Recolha de respostas ao inquérito da 2ª edição do Barómetro de Integração de Cuidados, uma iniciativa APAH com o apoio técnico da EY e SPMS, apoio da Bayer e apoio institucional da PAFIC.

10 DE JULHO

- Webinar 'Mudança Climática e Impacto na Saúde Pública', integrado no Ciclo de Webinars 'Clima, Saúde e Financiamento', uma iniciativa promovida pela FBH (Federação Brasileira de Hospitais), em parceria com a APAH, APDH (Associação

Portuguesa de Desenvolvimento Hospitalar), APHP (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada) e ONA (Organização Nacional de Acreditação do Brasil).

23 DE JULHO

- Webinar Executivo 'Cibersegurança na Saúde' promovido pela Microsoft com apoio institucional da APAH.

25 DE SETEMBRO

- 3ª reunião do Projeto 'Green Hospitals', uma iniciativa desenvolvida no âmbito do POCTEP 2021-2027.

REPRESENTAÇÕES APAH EM OUTRAS INICIATIVAS

1 DE JULHO

- Representação da APAH pelo Presidente, Xavier Barreto, na Cerimónia de Tomada de Posse do Presidente da Escola de Medicina da Universidade do Minho.

4 DE JULHO

- Participação de Xavier Barreto na Conferência Internacional 'Hospital Partnerships and the Future of International Health Cooperation Conference', como orador da sessão 'Insight Session - Transforming the Engines of Multilateralis'.

7 DE JULHO

- Participação de Raquel Chantre, Vice-presidente da Direção, em reunião dedicada à 'Investigação Clínica em Portugal', promovida pela MSD e com a presença de representantes do INFARMED, CEIC e AICIB.

8 DE JULHO

- Participação de Xavier Barreto na reunião de Kick-off do Steering Committee do projeto 'SHARP - Uma Reflexão de Futuro para a Terapia Celular', promovida pela NOVA Center for Global Health Lab, unidade de investigação aplicada da NOVA Information Management School (NOVA IMS).

5 DE SETEMBRO

- Participação de Xavier Barreto no programa debate 'Check Up' do Canal S+.

9 DE SETEMBRO

- Participação de Xavier Barreto no programa 'Efeito Placebo' do Canal S+.

10 DE SETEMBRO

- Participação de Raquel Chantre no evento 'Caminhar para a saúde do futuro: a inovação terapêutica ao serviço do tratamento do cancro', como oradora da mesa-redonda 'Passado, Presente e Futuro do acesso a novas terapêuticas. Quais são os desafios?', a convite do Expresso.

17 DE SETEMBRO

- Participação de Raquel Chantre na 1ª reunião do Grupo de Trabalho Medicamentos Inovadores, a convite do Ministério da Saúde.

19 DE SETEMBRO

- Participação de Raquel Chantre no '5º Congresso Nacional de Hospitalização Domiciliária', como palestrante da Conferência de Abertura: 'Aproximação da Hospitalização Domiciliária aos Cuidados de Saúde Primários - Da referência à alta na integração de cuidados'.

20 DE SETEMBRO

- Participação de Xavier Barreto na edição de 2025 do 'S3 - SIM Summer School', na mesa redonda 'Para onde vai o dinheiro?', a convite da Comissão Nacional de Médicos Internos do Sindicato Independente dos Médicos.

26 DE SETEMBRO

- Participação de Leandro Luís, Vogal da Direção, na 'Oficina de reflexão sobre Serviços de Emergência Médica Pré-hospitalar', a convite da Comissão Técnica Independente para o INEM e do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

30 DE SETEMBRO

- Representação da APAH por Raquel Chantre, na Conferência '35 anos APORMED: Passado, Presente e Futuro'.
- Participação de Catarina Paulino, Tesoureira da Direção, na mesa-redonda 'Distribuição de proximidade nas doenças raras: presente ou futuro?', integrada no 'BIOMEET 2025', a convite da P-BIO - Associação Portuguesa de Bioindústria.

REUNIÕES INSTITUCIONAIS

10 DE JULHO

- Reunião com o Secretário de Estado da Gestão da Saúde, para apresentação de contributos da APAH sobre temas prioritários.

15 DE JULHO

- Reunião com Ministra da Saúde, Secretária de Estado da Administração Pública e FESAP, sobre revisão da carreira de Administradores Hospitalares.

4 DE AGOSTO E 9 DE SETEMBRO

- Reunião com Ministra da Saúde sobre revisão da carreira de Administradores Hospitalares.

16 DE SETEMBRO

- Participação de Xavier Barreto na reunião de conclave da European Association of Hospital Managers - 'The EAHM of the future'.

As bactérias não têm onde se nidificar!

A MISTURADORA DE LAVATÓRIO MECÂNICA QUE NÃO POUPA NA HIGIENE

Descubra a misturadora mecânica 292ITEP, a sua nova aliada para uma higiene irrepreensível e uma segurança anti-queimaduras otimizada, mesmo nos ambientes de saúde mais exigentes! Concebida em conformidade com as mais rigorosas normas de higiene, segurança e ergonomia, esta misturadora com equilíbrio de pressão é ideal para os estabelecimentos mais sensíveis, tais como lares, casas de repouso, hospitais e clínicas.

UM HÁBITO, NÃO UMA OPÇÃO

Com a misturadora de lavatório 292ITEP, manter uma higiene irrepreensível torna-se uma brincadeira de crianças! O seu design engenhoso, composto por um corpo com baixa capacidade de retenção de água e uma bica com um tubo interior liso e sem nichos bacterianos, evita que as bactérias se instalem. Para além disso, a velocidade reduzida da água através do tubo também ajuda a minimizar a formação de bactérias. Assim, esta misturadora garante um ambiente limpo e seguro para todos os utilizadores.

UM ESCUDO TÉRMICO!

A misturadora mecânica 292ITEP garante a sua segurança, mas com um toque de simplicidade! Acabaram-se as queimaduras de surpresa! Graças à sua limitação da temperatura máxima esta misturadora de lavatório dá-lhe a tranquilidade de não queimar as mãos.



Além disso, com a tecnologia SECURITHERM, a água quente desliga-se automaticamente se a alimentação de água fria for interrompida, pelo que não há risco de queimaduras. Como bônus adicional, tem uma função de choque térmico sem necessidade de desmontar o manípulo ou cortar a alimentação de água fria. Com a 292ITEP, a segurança dos pacientes está garantida.

UMA MISTURADORA AO SERVIÇO DO CONFORTO

A misturadora mecânica 292ITEP foi concebida para proporcionar uma experiência de utilização simples e confortável. Graças ao seu design ergonómico e ao seu comando através

do manípulo compacto, cada movimento é intuitivo. Equipada com uma bica especialmente concebida para receber o filtro terminal BIOFIL, garante água pura sempre que a utilizar. A misturadora de lavatório 292ITEP foi pensada para ser acessível para todos incluindo pessoas com mobilidade reduzida (PMR), respeitando assim as normas de acessibilidade. Independentemente das variações de pressão e de débito na rede, esta torneira mantém uma temperatura constante, proporcionando total tranquilidade. Desfrute de um conforto e de uma facilidade de utilização inigualáveis todos os dias! Garantia 30 anos. ●

DELABIE

HIGIENE
CONFORTO
SEGURANÇA
DESIGN



30 ANOS
GARANTIA

50 ANOS
REPARAÇÃO

Mais informações em delabie.pt

Do hospital de hoje ao hospital do futuro: como a tecnologia está a redefinir os hospitais



Hélder Silva
Strategy Director
Glintt Life Hospitals

Fotografia: Luís Baltazar

Entre o Dia Mundial da Segurança do Doente (17 de setembro) e o Dia do Farmacêutico (26 de setembro), somos lembrados da importância de quem cuida e de quem é cuidado. Como descreve o papel da Glintt Life na transformação digital dos hospitais portugueses, colocando a segurança do doente e o apoio ao farmacêutico no centro da sua atuação?

A Glintt Life assume um papel ativo na transformação digital dos hospitais, colocando sempre a segurança do doente e o apoio ao profissional de saúde no centro da sua atuação. Acreditamos que a tecnologia deve ser um meio para libertar tempo aos profissionais, permitindo-lhes dedicar-se ao que realmente importa: cuidar. No Dia Mundial da Segurança do Doente e no Dia do Farmacêutico, reforçamos que inovação e proximidade devem caminhar juntas. A nossa missão é contribuir para um sistema mais ágil, seguro e humanizado, onde a qualidade dos cuidados não se mede apenas em eficiência, mas também na confiança que conseguimos gerar.

RESPONDER ÀS EXIGÊNCIAS CLÍNICAS

A Glintt Life Hospitals tem vindo a desenvolver projetos de relevo em áreas críticas como a farmácia hospitalar, a gestão clínica e a eficiência operacional. Quais destacaria como os mais marcantes, pelo impacto que têm no dia a dia dos profissionais e na qualidade dos cuidados ao doente?

Nos últimos anos, temos desenvolvido projetos estruturantes em hospitais de referência que ilustram bem a nossa visão. A farmácia hospitalar é uma dessas áreas: com soluções que apoiam a gestão integrada do circuito do medicamento e que têm permitido reduzir riscos, aumentar a rastreabilidade e dar mais segurança ao doente.

A digitalização trouxe também ganhos visíveis de eficiência e qualidade em áreas como o hospital de dia, a gestão nutricional ou na prestação de cuidados de enfermagem. Estes projetos

Com um papel ativo na transformação digital dos hospitais, colocando sempre a segurança do doente e o apoio ao profissional de saúde no centro da sua atuação, a Glintt Life tem desenvolvido projetos estruturantes em hospitais de referência que ilustram bem essa visão.

Hélder Silva, Strategy Director da Glintt Life Hospitals, faz o balanço de algumas iniciativas, destacando o foco na digitalização e na inteligência artificial, que estão a transformar a realidade hospitalar.

mostram que é possível transformar processos complexos em rotinas mais simples, melhorando a experiência dos profissionais e a resposta ao utente.

A evolução para a plataforma Mozy é considerada um passo determinante na estratégia da Glintt Life Hospitals. De que forma esta solução está a apoiar os hospitais na integração de sistemas, na interoperabilidade e na tomada de decisão clínica mais segura e informada?

A evolução para a plataforma Mozy representa um marco estratégico para a Glintt Life. Concebida como uma arquitetura modular e interoperável, a Mozy dá aos hospitais a agilidade de que necessitam para integrar diferentes soluções e sistemas, respondendo rapidamente às exigências clínicas. Mais do que tecnologia, trata-se de um novo modelo de atuação: soluções conectadas, escaláveis e em permanente evolução, capazes de apoiar a decisão clínica, otimizar recursos e reforçar a segurança em todo o processo assistencial. A Mozy simboliza a nossa ambição de sermos um parceiro que acompanha os hospitais na construção do futuro.

SAÚDE CONECTADA

Digitalização e inteligência artificial estão cada vez mais presentes na realidade hospitalar. Que benefícios concretos já se sentem e que papel acredita que estas tecnologias terão no futuro próximo do setor da Saúde em Portugal?

A digitalização e a inteligência artificial estão a transformar a realidade hospitalar. Hoje já vemos ganhos na automatização de tarefas, na redução de erros administrativos e na análise de dados que apoiam decisões mais rápidas e fundamentadas.

No futuro próximo, acreditamos que estas tecnologias terão um papel ainda mais relevante na prevenção, na personalização dos cuidados e na integração dos diferentes níveis de saúde. A IA não deve ser vista como substituto do profissional, mas sim como aliada que acrescenta valor, melhora resultados



A Glintt Life Hospitals tem vindo a desenvolver projetos de relevo em áreas críticas como a farmácia hospitalar, a gestão clínica e a eficiência operacional

e permite um cuidado mais humanizado e centrado no doente.

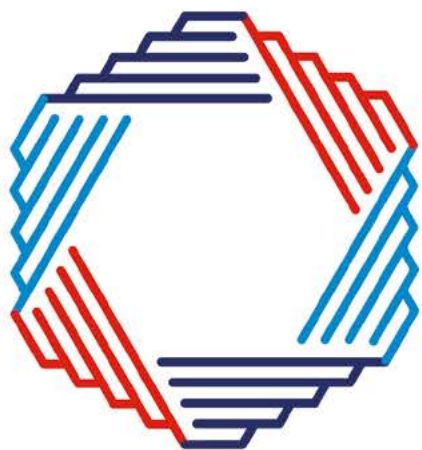
Quais são as linhas de desenvolvimento prioritárias da Glintt Life Hospitals para os próximos anos?

Nos próximos anos, a nossa prioridade é continuar a reforçar a interoperabilidade entre sistemas, a análise de dados em tempo real e as ferramentas de apoio à decisão clínica.

Queremos aprofundar o conceito de saúde conectada, criando ecossistemas digitais que liguem hospitais, profissionais

e doentes de forma transparente e segura.

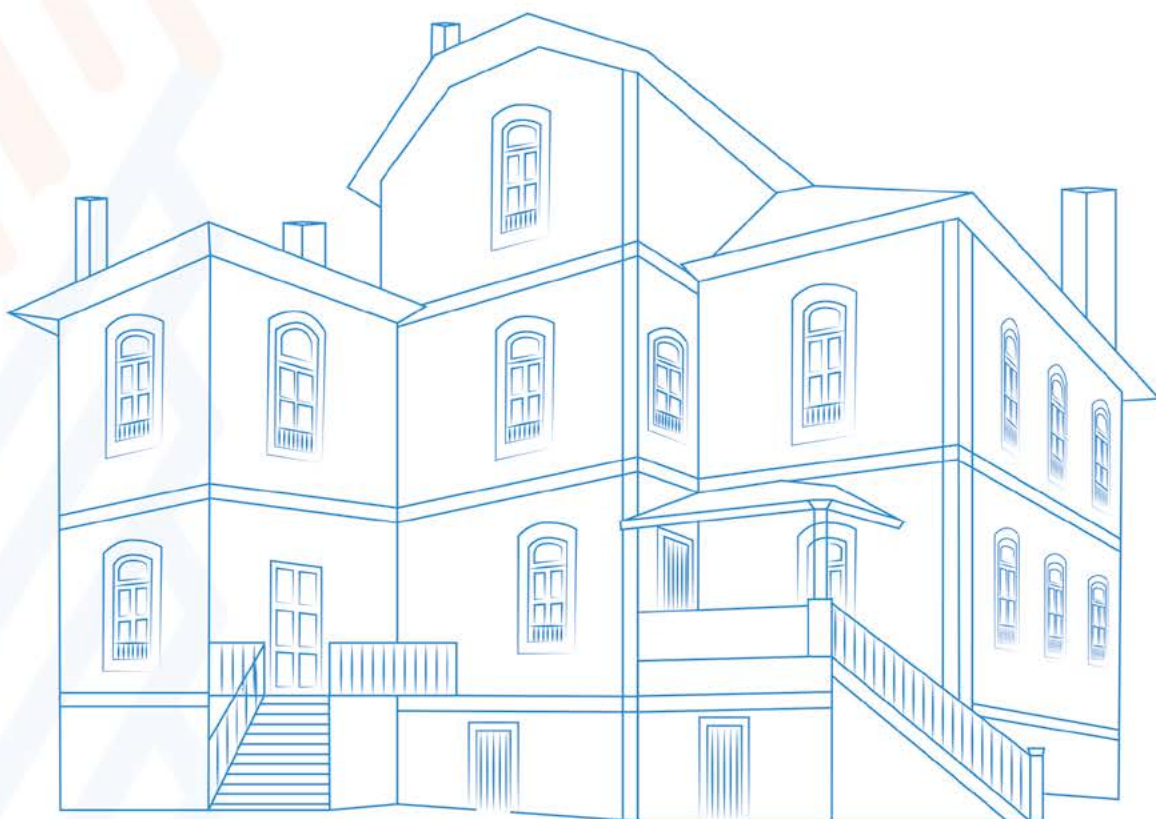
A visão é clara: menos fragmentação, mais colaboração e mais confiança. Só assim conseguiremos responder ao desafio de cuidar de populações cada vez mais complexas, garantindo um sistema sustentável e capaz de oferecer mais qualidade de vida a todos. Com um compromisso contínuo com a inovação e a colaboração, estamos prontos para enfrentar os desafios futuros, em parceria com as instituições de saúde! ●



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

Saúde em todas as políticas

Boeira Garden Hotel Porto
Vila Nova de Gaia
07 e 08 novembro



Organização

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Secretariado

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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