

GH GESTÃO HOSPITALAR

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

N.º 43 // OUTUBRO NOVEMBRO DEZEMBRO 2025
TRIMESTRAL // GRATUITA // www.apah.pt

**AUDITORIA
CLÍNICA**
DA QUALIDADE
À SEGURANÇA

**POLÍTICAS
PÚBLICAS**
ACESSO A
TRATAMENTOS DE
INFERTILIDADE

ESTUDO
CRIAÇÃO DO
ENFERMEIRO
DE ONCOLOGIA

Ana Povo
Secretária de
Estado da Saúde

ENTREVISTA

**O SNS PRECISA DE ESTABILIDADE
MAS NÃO DE IMOBILISMO**



DELABIE

HIGIENE CONFORTO SEGURANÇA

Torneiras para Estabelecimentos de Saúde

Torneiras para profissionais de saúde

Torneiras para quartos de internamento

Equipamentos sanitários em Inox

Acessibilidade e autonomia

Barras de apoio e rebatíveis

Bancos de duche

Acessórios de higiene para locais públicos

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

30
ANOS
GARANTIA

50
ANOS
REPARAÇÃO

Mais informações em delabie.pt

SUMÁRIO

OUTUBRO NOVEMBRO DEZEMBRO 2025

GESTÃO HOSPITALAR

PROPRIEDADE

APAH

APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
Parque de Saúde de Lisboa Edifício, II - 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

A saúde não começa no SNS

6 HISTÓRIA DA SAÚDE

O Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

8 DIREITO BIOMÉDICO

Três ideias fortes para a regulação da IA na Saúde

12 SAÚDE PÚBLICA

Planeamento em Saúde: uma competência do Médico de Saúde Pública

14 AUDITORIA INTERNA

Da Qualidade à Segurança: Pontes Estratégicas entre a Gestão e a Auditoria Clínica

18 VOZ DO CIDADÃO

A Medicina Personalizada vista pelos olhos de um doente crónico

20 OPINIÃO

Aproximar Distâncias: como as Políticas Públicas moldam o Acesso a Tratamentos de Fertilidade

22 ENTREVISTA

Ana Povo, Secretária de Estado da Saúde

28 GESTÃO

Análise de Custo-efetividade do Rastreio de Base Populacional do Cancro do Colón e Reto: discussão e apresentação dos resultados numa ACES (Parte 2)

32 ESTUDO

O Enfermeiro de Oncologia (EO): Uma Resposta Sustentável para os Cuidados Oncológicos em Portugal

36 PROFISSIONAIS

3 Perguntas a Antonieta Ávila, Administradora Hospitalar ULS Santa Maria

38 INICIATIVA APAH | Barómetro da Integração de Cuidados

Integração para transformar: 2026, o ano decisivo para os Cuidados de Saúde em Portugal

42 INICIATIVA APAH | Barómetro da Integração de Cuidados

Opinião de Daniel Gaio Simões

44 INICIATIVA APAH | Fórum do Medicamento

Desafios do financiamento da inovação no novo modelo de ULS

46 INICIATIVA APAH | Prémio Healthcare Excellence

Mais de uma década de inovação com o Healthcare Excellence

48 INICIATIVA APAH | Prémio Healthcare Excellence 2025 - Vencedor

CTU da ULS Coimbra: uma nova arquitetura para os Ensaios Clínicos Académicos em Portugal

50 INICIATIVA APAH | Prémio Healthcare Excellence - 1ª menção honrosa

Serviço Móvel de Saúde: Inovação em Saúde Social

52 INICIATIVA APAH | Prémio Healthcare Excellence - 2ª menção honrosa

"Via Azul"

54 INICIATIVA APAH | Conferência de VALOR APAH

16.ª edição dedicada à "Saúde em todas as políticas"

56 INICIATIVA APAH | Prémio Eduardo Sá Ferreira

O futuro em cada dia: desafios e oportunidades da Inteligência Artificial na gestão e administração hospitalar

60 INICIATIVA APAH | Prémio Coriolano Ferreira

O impacto da Especialização em Administração Hospitalar na minha carreira enquanto arquiteta

62 INICIATIVA APAH | 48.º Congresso Mundial dos Hospitais

Da Aprendizagem Global à Ação Local: Reflexões do 48.º Congresso Mundial dos Hospitais

66 ATIVIDADE APAH

Resumo de atividades - 4.º trimestre



Xavier Barreto
Presidente da APAH

A abordagem da saúde em todas as políticas tem de ser uma exigência de boa governação. Implicará avaliar sistematicamente o impacto das decisões públicas na saúde, integrar objetivos de saúde nos diferentes setores e assumir responsabilidades partilhadas entre Ministérios.

A saúde não começa no SNS

O debate sobre a sustentabilidade do SNS continua excessivamente centrado no interior do próprio sistema. Discutimos financiamento, modelos organizativos, recursos humanos e acesso. Tudo isso é importante, mas também importa discutir aquilo que está a montante.

É hoje incontornável que uma parte significativa da pressão assistencial que recai sobre o SNS resulta de determinantes que não são clínicos nem organizacionais. Condições de vida, rendimento, habitação, ambiente, escolaridade e contexto laboral moldam o perfil de doença, o momento de entrada no sistema e os resultados em saúde. Ignorar isto conduz a uma resposta incompleta e pouco sustentável.

Quando as políticas públicas não estão alinhadas, o SNS passa a funcionar como mecanismo de compensação. Compensa falhas na habitação, na ação social, na mobilidade, na educação, no ordenamento do território. Fá-lo com enorme esforço, elevada qualidade técnica e custos crescentes. Fá-lo tarde, quando a doença já se instalou.

Investir no SNS sem um alinhamento efetivo das restantes políticas é, por isso, ineficiente. Não por excesso de investimento, mas por ausência de coerência na governação. Reforçar o SNS enquanto se mantêm contextos que geram doença de forma sistemática conduz a um ciclo que todos conhecemos: mais procura, mais pressão, mais despesa e impacto limitado nos ganhos em saúde.

A abordagem da saúde em todas as políticas tem de ser uma exigência de boa governação. Implicará avaliar sistematicamente o impacto das decisões públicas na saúde, integrar objetivos de saúde nos diferentes setores e assumir responsabilidades partilhadas entre Ministérios. Implica também aceitar que a sustentabilidade do SNS não se decide apenas no Ministério da Saúde.

Como bem refere a Senhora Secretária de Estado da Saúde, Ana Povo, na entrevista publicada nesta edição, o SNS precisa de estabilidade, mas não de imobilismo. Esse princípio aplica-se igualmente à governação pública no seu conjunto. Estabilidade não pode significar políticas desencontradas nem respostas isoladas a problemas estruturais.

Para os administradores hospitalares, esta realidade é vivida diariamente. Lidamos com procura que podia ter sido evitada, com doentes crónicos mal-acompanhados e com serviços a gastar tempo e recursos para resolver problemas que já eram previsíveis.

E sabemos uma coisa: por melhor que seja a organização dentro do hospital, isso não chega para compensar as falhas que vêm de fora. Se queremos um SNS sustentável, resistente e realmente focado em melhorar a saúde das pessoas, será obrigatório alinhar políticas públicas. ●

**Confiança
testada e
comprovada
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**.

Líderes de Mercado Total Hospitalar em unidades desde 2018.

Fonte: Dados IQVIA

O Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Jorge Varanda¹

As necessidades geradas pela II Guerra Mundial deram origem a um significativo desenvolvimento da Medicina de Reabilitação em países como os EUA e o Reino Unido, com o regresso dos militares feridos ou lesionados em serviço e a necessidade de os recuperar e de os integrar na sociedade. Não é, pois, de admirar que a meio da década de 50 do século passado algumas personalidades portuguesas se tenham interessado pelo tema, gerando as condições que haveriam de levar à criação do Centro do Alcoitão e que tenham ido buscar precisamente aos EUA e ao Reino Unido a informação e os exemplos que permitiram inspirar e dar-lhe o formato que teve. A entidade que tomou a iniciativa de criar o Centro foi a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, mantendo-o sob a sua tutela nos dias de hoje.

A ideia pertenceu a José de Melo e Castro, na qualidade de Subsecretário de Estado da Assistência Social, o qual desde o início envolveu a Santa Casa no processo. Estamos em 1955 e o estudo da instalação vai passar pela hipótese de localização no Hospital de S. Roque, seguida pela hipótese na área do Hospital da Parede. Entretanto, em 1957 Melo e Castro é nomeado Provedor da Santa Casa da Misericórdia, em cujas funções permanece até 1963, com o enredo de levar por diante a conceção, a construção do Centro e a preparação das condições para o seu funcionamento. O seu afastamento teve contornos políticos, devido à sua independência e criticismo relativamente ao regime. Dada a sua relação com a Igreja Católica é distinguido pelo Papa Paulo VI com a Ordem de S. Gregório Magno, em 1965.

Entretanto, é apropriado lembrar a ligação umbilical do Alcoitão ao Totobola, criado em 1961, tendo as receitas das apostas desportivas servido como principal fonte de financiamento da construção e da manutenção do Centro. Tais receitas eram então repartidas a

meio: 50 por cento para construção, manutenção e organização do Centro e 50 por cento para entidades incentivadoras do desporto e da educação física. Tal distribuição sofreu, porém, alterações no decurso do tempo. A criação do Totobola foi também obra do Provedor Melo e Castro, evidenciando uma efectiva capacidade de gestão para atingir o objectivo de viabilizar a construção e o funcionamento autónomo do Centro do Alcoitão. No átrio de entrada do edifício foi colocado em 1983 um busto que o representa, da autoria do escultor Euclides Vaz.

A recolha de informação em Inglaterra e nos EUA, envolvendo os médicos e o arquitecto autor do projecto permitiu dar forma ao que veio a ser o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. É de lembrar a própria evolução da Medicina, nas palavras do Dr. Evaristo da Fonseca, médico Fisiatria e um dos Directores Clínicos do Centro do Alcoitão: "À Medicina, nessas épocas remotas, competia essencialmente a missão de conservar a vida através do combate à doença e da luta contra a morte. Já nos nossos tempos, contudo com o advento da II Guerra, é-lhe atribuído o novo conceito de procurar restaurar no doente o máximo de capacidades funcionais para que o Homem, como ser social, possa regressar à Sociedade nas melhores condições físicas, psicológicas, económicas e vocacionais (...)"

Foi esse novo conceito de Medicina que orientou a equipa que deu vida ao Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, procurando as experiências mais avançadas para o programar e orientar. As instituições que foram objecto de interesse inicial por parte da equipa que fundou o Alcoitão foram:

- o Bellevue Medical Center, da Universidade de Nova York e
- o Queen Elisabeth's Training College for The Disabled, em Leatherhead, ao sul de Londres.

Ambas as instituições foram locais de estágios e visitas de estudo dos líderes

e profissionais da nova instituição, designadamente o Provedor Melo e Castro e o médico Dr. Santana Carlos que se especializou em Nova York, como discípulo do pioneiro americano da reabilitação de soldados da II Guerra Mundial, Dr. Howard Rusk. A visita deste Médico a Lisboa, em Julho de 1958 foi muito noticiada na imprensa, a qual sublinhou os traços mais significativos do seu currículo (Director do Departamento de Medicina Física e de Reabilitação da Universidade de Nova York, conselheiro da Organização das Nações Unidas e da International Society for Welfare of Cripples e presidente do World Rehabilitation Fund, tendo prestado serviço militar na Força Aérea do seu País na II Grande Guerra).

Em Lisboa, o Dr. Rusk informa-se detalhadamente do futuro novo Centro e envia para o New York Times, como seu colaborador assíduo, um artigo em que se demarca de Salazar, "ditador de Portugal desde 1932" e afirma que em Portugal, nação com muitas necessidades a nível médico, se planeia um primeiro Centro de Reabilitação, sublinhando a boa impressão que colheu do terreno previsto para a sua construção e dos trabalhos de planeamento do Centro: "a magnificência do local é igualada pela visão e planeamento metódico que está na base do desenvolvimento deste projecto". Por sua vez, a imprensa lisboeta aproveita a visita do Dr. Howard Rusk para desvendar a construção do novo Centro e diz que custará 25.000 contos um Centro de Reabilitação de Diminuídos Físicos a construir pela Santa Casa de Misericórdia de Lisboa em Alcoitão, concelho de Cascais.

O médico Dr. Santana Carlos foi quem recebeu por parte da Santa Casa da Misericórdia a responsabilidade de estruturar o novo Centro e orientar a preparação técnica dos médicos e terapeutas da nova instituição. Para tanto, recebeu ele próprio formação nos EUA entre 1955 e 1958 em Medicina Física e de Reabilitação na Universidade de Nova York, com o Dr. Donald Rusk. Em correspondência remetida para o Provedor da Santa Casa delineou futuros estágios de técnicos, respectivas bolsas e explicitou a organização dos serviços e departamentos do Hospital de Nova York e o equipamento necessário para o funcionamento do futuro novo Centro. Dois directores de serviço, O Dr. José Alberto Faria e a

Dra. Maria da Graça Andrada, também elles se especializaram com o Dr. Rusk em Nova Yorque.

O início do funcionamento do Alcoitão foi ainda precedido de acções de formação de chefias e de profissionais envolvidos, a saber:

- A enfermeira superintendente, I. Monteiro Barros, fez um curso de dois meses no Sister Kenny Institute, em Minneapolis; e as enfermeiras Sales Luís e Mendonça Torres especializaram-se em enfermagem de reabilitação, a primeira em Warm Springs (Georgia) e a segunda em Nova Yorque.
- Curso de Fisioterapeutas nas instalações de S. Vicente de Paulo, em 1957.
- Curso de Fisioterapeutas e de Terapeutas Ocupacionais, em 1960.

O projecto foi da autoria do arquitecto Formosinho Sanchez, cuja obra se insere na continuidade do modernismo e com ele se manifesta no Bairro das Estacas (projecto de 1949), em Alvalade, e no edifício do Tribunal de Rio Maior, de 1958. Por sua vez no Alcoitão, a sua obra mais significativa, o arquitecto retoma algumas ideias expressas naquelas duas obras: nas fachadas (variantes de cheios e de vazios) e na iluminação zenital, adequada a espaços públicos, com relevo para os corredores e salas de espera. Entretanto, no Alcoitão torna-se muito relevante a integração da natureza e a importância da concepção paisagista. Formosinho Sanchez trabalhou depois em outros projectos na área hospitalar, designadamente no Hospital de Miranda do Douro, nas Caldas de Monchique e na Casa de Saúde da Cruz Vermelha em Lisboa.

O centro de reabilitação da Gala, Figueira da Foz, foi também projecto seu, o que não é de admirar. A iniciativa da construção deste Centro pertenceu ao Professor Bissaya Barreto que tinha sido chamado a rever o projecto do Alcoitão logo em 1957, tendo em conta a sua qualidade de médico e a sua proximidade a Salazar. Nesse mesmo ano é lançada a ideia de um Sanatório helio-marítimo da Gala, junto à Figueira da Foz, na margem sul do Mondego. Essa unidade seria mais tarde designada por Hospital Ortopédico e de Recuperação. No entanto nunca chegou a funcionar como tal, pois foi transformado em Hospital distrital da Figueira da Foz, logo a seguir ao 25 de Abril de 1974.

O arquitecto projectou um edifício de

um só piso com as funções de acolhimento, administração, diagnóstico, tratamentos e treino, e ainda um auditório e a capela. Ressalta aqui a função calma e acolhedora. O edifício destinado a internamento tem quatro pisos e aspecto habitacional e é revestido a tijolo. Em separado, acresce um corpo destinado a lar das enfermeiras e das alunas.

O projecto foi elaborado ainda nos anos 50, bem como o início das obras, tendo o Centro sido inaugurado e aberto em 1966: a entrada do primeiro doente acontece em 20 de Abril e a inauguração oficial em 2 de Julho seguinte. Sublinhe-se que nada teve a ver com o desencadear das guerras em África, iniciadas em 1961 em Angola e depois alargadas à Guiné (1963) e a Moçambique (1964). Por tudo o que se disse atrás foram necessidades da população portuguesa que determinaram a sua criação, sem impedir que tratasse soldados provindos desses teatros de guerra, ao longo da segunda metade dos anos sessenta e anos seguintes.

Lembremos finalmente duas componentes muito relevantes da obra: em primeiro lugar o terreno onde foi construído o Centro de Alcoitão e o arranjo paisagista do mesmo. Localiza-se em Alcabideche, na freguesia de Cascais, e é valorizado pelas suas excelentes vistas desimpedidas para a Serra de Sintra e para o Oceano Atlântico, numa zona campestre e com bons acessos, sendo um local privilegiado pela sua localização e paisagem. Estas características reforçam a qualidade do projecto e a humanização que presidiu ao mesmo, com a finalidade de criar um ambiente propício à cura. Acresce a correcção climática, com o uso de uma protecção arbórea, protegendo o Centro dos ventos predominantes de noroeste. Um parecer do Professor Caldeira Cabral, do Centro de Estudos de Arquitectura Paisagista do Instituto Superior Técnico foi favorável a esta orientação.

Em segundo lugar, as características do projecto do arquitecto Formosinho Sanchez:

- A horizontalidade da construção no corpo principal, com um só piso, destinado às funções de hall de entrada, salas de espera, zonas de diagnóstico, serviços administrativos e antiga área escolar, em que os espaços comuns se desenvolvem em torno de um pátio central, como numa casa romana.
- O uso de grandes superfícies em

vidro, acentuando a transparência e a luminosidade dos espaços interiores.

- Os materiais utilizados, com relevo para o tijolo usado no revestimento exterior, raro na construção hospitalar. A fachada principal recebe o tom quente que lhe é dado pelo tijolo, prolongando-se para o hall principal e esbatendo a fonteira entre jardins e interior.
- A criação de um ambiente acolhedor, propício à cura, contrastando com ambiente hospitalar tradicional, branco e frio.

Acrescem as obras de arte inseridas no Centro e, em particular, a escultura de Martins Correia, uma figura humana numa atitude optimista que traduz a capacidade de se libertar, em consonância com a natureza e funções da instituição. A sua localização num espaço ajardinado junto a um tanque de água quadrado situado num outro mais vasto, permite a sua visualização e usufruto a quem se desloque no interior do edifício, no qual se podem observar algumas pinturas de elevada qualidade (três de João Hogan, um desenho a pastel, uma gravura a preto e branco de Jorge Barradas, uma peça de madeira, gravada e pintada de Espiga Pinto, uma pintura a óleo de Calvet de Magalhães, uma serigrafia de Maria Helena Vieira da Silva, gravuras de Maria Batista e de Maria Velez e serigrafias de Manuel Cargaleiro).

Em resumo e a terminar, podem salientar-se a inovação que representou em Portugal o Centro do Alcoitão, as funções que cumpriu e a elevada qualidade do projecto, incluindo a componente paisagista, tudo valorizado pela concepção humanista que lhe presidiu. Quanto mais estudamos as suas diferentes componentes, maior é a admiração que em nós se gera. •

REFERÊNCIAS

- Wikipédia.
- Arruda, Luísa, Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. História do Projecto de Medicina de Reabilitação/A Arquitectura e a Arte, 2006.

Nota: Este autor não escreve segundo o Acordo Ortográfico

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



Três ideias fortes para a regulação da IA na Saúde

André Gonçalo Dias Pereira¹

No presente texto propomo-nos refletir sobre três aspectos fundamentais para a regulação do uso da IA na saúde, a saber: 1) a pertinência da Criação de uma Competência na Ordem dos Médicos em IA e desenvolvimento de uma especialização por parte dos Administradores Hospitalares em Tecnologias de Informação e Saúde Digital; 2) a necessidade de Robustecer a Indústria Europeia de Biomedicina, Farmácia e Software digital, com base no EEDS (Espaço Europeu de Dados em Saúde); 3) a conveniência de Cautela na aplicação do artigo 14º do Regulamento da IA: o dever de supervisão humana significa manter o humano no comando Human-in-the-loop (HITL), pelo que não se devem criar presunções de culpa no caso de uma decisão humana em contradição com a IA.

Klaus Schwab, autor da obra, “A Quarta Revolução Industrial”, lança o desafio de refletirmos sobre a Economia, o Direito, a Sociedade e a Política, neste tempo de profundas transformações, na

verdade revoluções, em áreas como a supercomputação móvel e omnipresente, os robots inteligentes, os carros autónomos, as melhorias cerebrais neurotecnológicas, a edição genética e a nanotecnologia. A digitalização da economia e da sociedade é uma das marcas fundamentais desta Revolução Industrial que estamos a viver.

A IA generativa, surgida ao público no final de 2022 (o ChatGPT foi lançado pela OpenAI em novembro de 2022), tem tido um impacto extraordinário em diversas áreas de atividade, em especial no setor dos serviços, e a área da saúde tem sofrido um impacto marcante.

Os dados mais recentes confirmam que a saúde é hoje o setor que mais recebe investimentos em Inteligência Artificial, superando áreas tradicionalmente fortes como automóvel e maquinaria, setor financeiro e bens de consumo/distribuição.

A saúde lidera os investimentos em IA, porque há um grande volume de dados clínicos: hospitais, clínicas e laboratórios geram enormes quantidades de dados que podem ser analisados por IA para diagnósticos, tratamentos e gestão. Tem impacto direto na vida humana: IA aplicada à saúde melhora a precisão

diagnóstica, personaliza tratamentos e acelera a descoberta de medicamentos. É uma área com grande pressão por eficiência: sistemas de saúde enfrentam custos elevados e falta de profissionais; IA ajuda a otimizar processos e reduzir desperdícios. Projeções indicam que o mercado global de IA na saúde deve movimentar mais de US\$180 bilhões até 2030.

1. Criação de uma competência na ordem dos médicos em IA e desenvolvimento de uma especialização por parte dos administradores hospitalares em tecnologias de informação e saúde digital

No Livro Branco “Inteligência Artificial (IA): inquietações sociais, propostas éticas e orientações políticas”, aprovado pelo CNECV, em 2024, destacam-se as seguintes aplicações da IA: (1) investigação biomédica; (2) assistência clínica; (3) gestão hospitalar; (4) administração da saúde pública; (5) ensino/educação em saúde. Ora, tal deve ter consequências na gestão das políticas públicas e na formação de profissionais de saúde.

Deixamos aqui uma proposta: **criação de uma competência em IA na Ordem**

dos Médicos. A Ordem reconhece várias áreas de diferenciação técnico-profissional, designadas como competências, baseadas em habilitações técnico-profissionais que podem ser comuns a várias especialidades. Uma competência é concedida após apreciação curricular apropriada, realizada por comissões designadas para o efeito. Algumas competências reconhecidas pela Ordem dos Médicos incluem Acupunctura Médica, Adictologia Clínica, Avaliação do Dano na Pessoa, Codificação Clínica, e Controlo de Infecção e Uso Racional de Antibióticos, entre outras. Ora, faria todo o sentido criar uma competência em Medicina e IA ou em Medicina Digital. Algo que deve ser aprofundado pela Ordem dos Médicos em debate interno, com especialistas externos.

No que respeita aos **Administradores Hospitalares**, é também de grande conveniência que alguns se especializem nesta área, à semelhança da especialização que muitos vêm fazendo no setor da proteção de dados pessoais. Com efeito, assim como é necessário um Encarregado de Proteção de Dados (imposto pelo RGPD), também se recomenda que as

instituições, mormente no setor da saúde, tenham os seus líderes em IA. Este não é um assunto a deixar apenas para a cibersegurança e para a informática, mas também para os Médicos e para os Administradores Hospitalares.

Não existem “especialidades” formais dentro da carreira de Administrador Hospitalar em Portugal, mas há áreas de atuação e especialização funcional que os profissionais podem seguir, geralmente através de formação complementar ou experiência prática, tais como, entre outras, a Gestão Financeira e Orçamentação, a Gestão de Recursos Humanos, o Planeamento Estratégico e Políticas de Saúde, a Qualidade e Segurança do Doente, a Logística e Gestão de Materiais, as Tecnologias de Informação e Saúde Digital, e a Investigação e Inovação em Saúde.

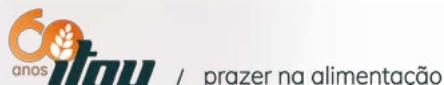
Ora, a IA vai estar presente em todas estas relevantíssimas atividades de Administração Hospitalar, mas parece-nos que deverá ter um especial ênfase no domínio das últimas: as Tecnologias de Informação e Saúde Digital, e a Investigação e Inovação em Saúde.

2. Robustecer a indústria europeia de biomedicina, farmácia e software digital, com base no EEDS (espaço europeu de dados em saúde)

A UE aprovou, em 5 de março de 2025, o Regulamento do Espaço Europeu de Dados em Saúde (EEDS), que harmoniza o acesso, partilha e reutilização segura de dados de saúde eletrónicos. Garante interoperabilidade, direitos dos cidadãos, segurança e governança via plataforma MyHealth®EU. Permite uso primário (acesso e partilha de RSE) e secundário (investigação, inovação, políticas), proibindo fins comerciais. Beneficia cidadãos, profissionais e empresas, reforçando a União Europeia da Saúde.

O EEDS representa uma oportunidade estratégica para a Europa, que detém uma base de dados clínicos de altíssima qualidade (cerca de 450 milhões de processos). Contudo, subsiste o risco de neocolonialismo digital, caso empresas externas se apropriem destes dados, naturalmente anonimizados.

Para evitar este cenário, é imperativo desenvolver políticas que valorizem a ciência europeia e promovam a ▶



nutrição - inovação - sustentabilidade

Conte connosco. Sempre.

visite aqui
o nosso website

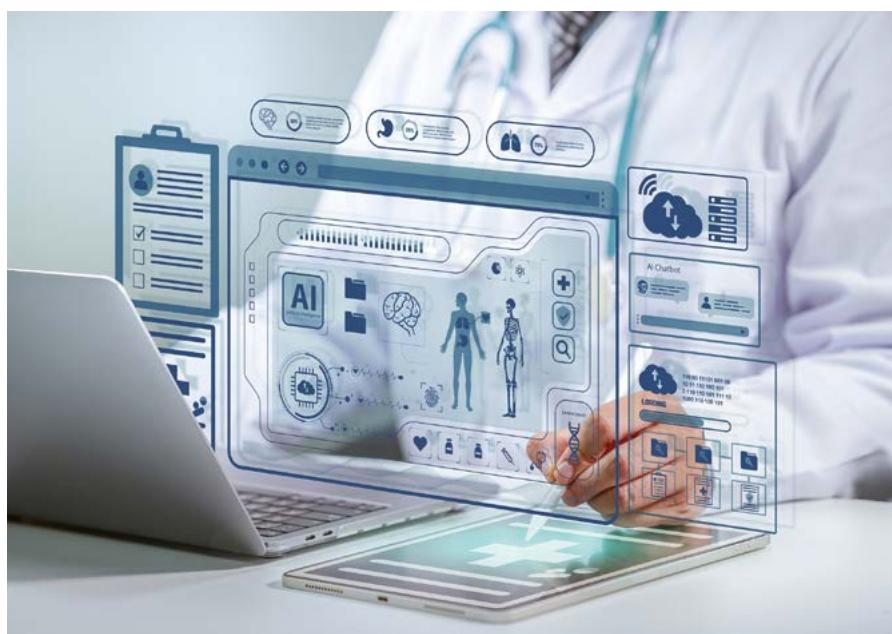


Somos uma referência nacional no setor da alimentação coletiva, com 60 anos de história. Somos pioneiros em diversas áreas, e como tal temos responsabilidade acrescida em trilhar novos caminhos a favor de um futuro mais sustentável e inovador.

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





investigação biomédica associada às TIC e à IA, garantindo que os benefícios retornem aos cidadãos e às indústrias europeias (European Commission, 2025). Importa ter a inteligência de criar uma indústria forte na Europa na área da biomedicina, da farmácia e do software clínico, aproveitando o manancial magnífico que via resultar da implementação do EEDS.

3. Cautela na aplicação do artigo 14.º do regulamento da IA: o dever de supervisão significa manter o humano no comando. Evitar presunções de culpa no caso de uma decisão humana em contradição com a IA.

O Regulamento sobre a Inteligência Artificial (IA) (Regulamento (UE) 2024/1689, de 13 de junho de 2024) cria regras harmonizadas em matéria de inteligência artificial. A finalidade do presente regulamento é melhorar o funcionamento do mercado interno e promover a adoção de uma inteligência artificial (IA) centrada no ser humano e de confiança, assegurando simultaneamente um elevado nível de proteção da saúde, da segurança e dos direitos fundamentais consagrados na Carta, incluindo a democracia, o Estado de direito e a proteção do ambiente, contra os efeitos nocivos dos sistemas de IA na União, bem como apoiar a inovação.

Este Regulamento visa promover a transparência e a explicabilidade, ou seja, garantir que os sistemas de IA sejam transparentes e que suas decisões possam ser explicadas. Por outro lado, promove a equidade e a não discriminação.

Grande parte da atividade médica integra os chamados sistemas de risco elevado. Perante isto aplica-se o artigo 14.º que impõe o dever de supervisão humana. Ou seja, continuará a ser o médico o responsável pelo diagnóstico, pela prescrição, numa palavra, pelo ato médico, mesmo que auxiliado pela IA.

E este artigo visa promover que se salvaguarde a autonomia do médico. Ou seja, que ele realmente tome a decisão e assuma as consequências.

Imagine-se que o médico diverge do “conselho” da IA e a decisão médica vem a revelar-se errada (por exemplo: entende não haver diagnóstico de cancro, quando o sistema de IA apontava para esse diagnóstico e em virtude dessa decisão, há um atraso no tratamento que acarretou consequências negativas para o paciente) - neste caso imaginamos que muitos juristas venham aadvogar uma inversão do ónus da prova do incumprimento, à semelhança do que já se defende em sede de não respeito pelos protocolos ou Normas de Orientação Clínica.

No dia em que um tribunal condenar um médico não com base em incumprimento provado, mas apenas com base numa inversão do ónus probandi, cai por terra este dever de supervisão médica e com isso a autonomia do médico.

No mesmo sentido, o Artigo 22.º do RGPD (Regulamento Geral de Proteção de Dados) trata do direito de não

ser sujeito a decisões exclusivamente automatizadas, incluindo definição de perfis, que produzam efeitos jurídicos ou afetem significativamente a pessoa. O titular dos dados tem direito a não ficar sujeito a decisões tomadas exclusivamente com base em tratamento automatizado, incluindo perfis, que tenham impacto jurídico ou semelhante. Assim, devem valer na relação médico-paciente as seguintes salvaguardas obrigatórias: a intervenção humana (de um Médico); o direito a manifestar ponto de vista, pelo que se impõe um reforço do processo do consentimento informado; e o direito a contestar a decisão.

Conclusão

“A Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, afirma a Declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1946. É também nesta ótica que devemos considerar a utilização de IA na saúde.

Devemos pugnar por uma medicina mais personalizada e transparente, com mais empatia, com capacidade de entender ou sentir o que a outra pessoa está a experienciar dentro do seu quadro de referência, com a capacidade de se colocar no lugar do outro.

Os médicos que dominarem a IA podem ser mais produtivos e almejar uma medicina com mais qualidade, devendo reforçar a sua dimensão humanista e personalizada. Por seu turno, os sistemas de saúde podem ser mais resilientes e eficientes se houver uma adequada interação entre os recursos humanos e a IA, nas várias fases do processo de cuidados de saúde, começando pela gestão, educação, formação, da prevenção da doença em larga escala e uma prestação de cuidados de saúde de excelência. ●

1. Professor Associado da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Presidente da Direção do Centro de Direito Biomédico; Investigador integrado do Instituto Jurídico, Vice-Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida



GEDEON RICHTER

Health is our mission



Saúde da Mulher

Com sede na Hungria e fundada em 1901, a **Gedeon Richter** é uma **empresa farmacêutica baseada na inovação**.

Em **Portugal** encontra-se desde 2011, centrando a sua atividade na oferta de diversas soluções terapêuticas na área da **Saúde da Mulher**.



Biotecnologia

Hoje, a **Gedeon Richter** dá um novo passo na sua evolução ao abraçar também a biotecnologia.

A empresa tem um forte compromisso com a **investigação e o desenvolvimento de medicamentos biológicos**, bem como com a sua produção em fábricas biotecnológicas.

O seu portefólio de **medicamentos biossimilares** contribui para melhorar o acesso dos doentes aos tratamentos.

Gedeon Richter Portugal SA • Edifício Meridiano • Avenida D. João II, 30 – 6ºB, 1990-092 Lisboa, Portugal • Telf.: +351 210 994 124 • Fax: +351 210 993 685 • richterpt@gedeonrichter.eu

www.gedeonrichter.pt

GRPT:321/12/25/NP



Planeamento em Saúde: uma competência do Médico de Saúde Pública

Inês Moraes Vilaça¹

O planeamento em saúde pode ser definido como um processo sistemático, orientado para o futuro, que permite obter mais e melhores resultados em saúde, utilizando o mínimo de recursos e serviços, de forma sustentada¹.

Embora concisa, esta definição reúne vários elementos que importa decompôr para melhor compreender a sua função e, sobretudo, a competência necessária para o executar. Ao descrever-se o planeamento como sistemático, sublinha-se que não se trata de uma ação pontual, intuitiva ou ocasional. Exige método, repetição, monitorização contínua e avaliação regular. Pressupõe, por isso, que seja conduzido por profissionais especificamente capacitados, garantindo que as intervenções planeadas se baseiam em evidência, seguem etapas definidas, obedecem a critérios de participação, racionalidade e eficiência e se mantêm ao longo do tempo.

A necessidade destes profissionais conduz-nos aos médicos de Saúde Pública, que durante o seu Internato Médico de Saúde Pública de quatro anos são preparados para este processo. Não só aprofundam áreas disciplinares como a epidemiologia, a estatística, a economia da saúde, a vigilância epidemiológica, a comunicação em saúde e o próprio planeamento, como também exercem funções em diferentes níveis do sistema de saúde - local, regional e nacional -, adquirindo um conhecimento prático dos processos, dos sistemas de informação, das dinâmicas institucionais e das fragilidades estruturais ou relacionais que dificultam a implementação de intervenções ou políticas de saúde. Estes profissionais, antes da sua especialização, já foram formados em medicina, o que lhes permite integrar, de forma diferenciada, os conhecimentos da Saúde Pública, da governação clínica e da prática médica. Acresce que, concluída a formação especializada, são precisamente estes profissionais os que mantêm e aprendem de forma contínua com a prática destas competências

no contexto real. São responsáveis por articular a comunidade com os cuidados de saúde, por integrar os contributos de áreas técnicas como a saúde ambiental, a nutrição, a psicologia, a economia, a sociologia ou a geografia da saúde, ligando-as aos problemas de saúde.

O colégio da especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos, define assim, de forma clara que planeamento é uma competência dos médicos de Saúde Pública. Mas esta constatação não se encerra a si mesma: afirmar esta competência não significa que o planeamento seja uma exclusividade destes profissionais. Pelo contrário, o planeamento quer-se um processo participado, alimentado por contributos das várias áreas do saber, e sem essa participação perde capacidade de se transformar em ação e de gerar mudança. Efetivamente, beneficia do trabalho de estatísticos, nutricionistas, técnicos de saúde ambiental, urbanistas, geógrafos, médicos de outras especialidades, gestores, sociólogos e tantos outros. No entanto, para que

nenhuma destas áreas sobreponha indevidamente interesses particulares às prioridades de saúde, é necessária uma visão agregadora, dotada não só de conhecimento transversal, mas também de uma capacidade de liderança técnica que assegure que o foco permanece nos ganhos em saúde e na equidade.

Para alcançar os melhores resultados possíveis, é indispensável definir metas claras, mensuráveis e temporalmente definidas, mas também reconhecer que os recursos são limitados. Assim, os problemas de saúde e do sistema de saúde devem ser priorizados, canalizando-se os recursos disponíveis para aqueles que apresentam maior magnitude, gravidade, impacto social, mas também que apresentem potencial de resolução. Isso implica saber contabilizar recursos, analisar custos e benefícios – motivo pelo qual a economia da saúde integra o currículo do Internato Médico de Saúde Pública. Implica conhecer e aplicar técnicas de priorização – motivo porque existe formação específica no seu uso. Exige domínio dos dados presentes nos sistemas de saúde, consciência das suas limitações e capacidade de transformar esses dados em informação interpretável e útil, razão pela qual os médicos de Saúde Pública têm na sua formação epidemiologia e estatística. E, crucialmente, exige conhecimento clínico que permita compreender determinantes, mecanismos fisiopatológicos e implicações práticas da doença, articulando a visão populacional com a realidade dos cuidados. Implica também formular intervenções e ter tempo, responsabilidade e legitimidade institucional para as aplicar e liderar. Por isso o colégio da especialidade define o planeamento como competência estruturante, o que por sua vez protege o tempo que lhe deve ser dedicado, reconhecendo este como um trabalho que exige continuidade e não ações isoladas ou episódicas.

Para garantir continuidade, é necessário que estes profissionais integrem de forma estável os serviços onde intervêm, assegurando a passagem responsável das funções sempre que necessário, porque uma intervenção orientada para resultados populacionais não pode ser abandonada, entre outros motivos porque não seria ético não prestar “cuidados” (neste caso intervenções que funcionam) à comunidade.

UM EXEMPLO ILUSTRATIVO: AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS SAZONAS

Um exemplo demonstrativo é das doenças sazonais associadas ao inverno. Todos os anos decorre um processo de planeamento que se repete, o que ilustra bem o carácter sistemático deste trabalho:

Relativamente ao processo de vacinação inicia-se em abril ou maio a preparação da época de vacinação sazonal seguinte, de modo que em setembro já esteja definida a quantidade de vacinas a adquirir e as estirpes a incluir. Durante o verão revê-se a evidência científica e as recomendações internacionais, avalia-se a eventual necessidade de introdução de novas vacinas, atualizam-se orientações, estabelecem-se contactos com parceiros responsáveis pela vacinação, e articulam-se ações com serviços como as Estruturas residenciais para pessoas idosas, unidades de saúde e outras estruturas comunitárias. Este planeamento só é possível porque ano após ano se garante a recolha, análise e manutenção de dados como o número de doses administradas, a cobertura por grupo etário, a efetividade vacinal e a circulação de vírus.

à população, baseadas na evidência mais atual sobre comportamentos comunicacionais e crenças predominantes, procurando responder de forma eficaz à desinformação e à mal-information presentes na comunidade.

Tudo isto depende de profissionais capazes de integrar informação científica, logística e operacional, antecipar cenários, calcular necessidades e adaptar respostas.

Outros exemplos poderiam ser referidos, como o planeamento para ondas de calor, para a vigilância e resposta a doenças transmitidas por vetores, para a gestão de surtos alimentares ou para a reorganização dos serviços de saúde.

Em todos estes casos, o planeamento não é uma etapa acessória: é o que permite prevenir a descoordenação, otimizar recursos, reduzir impacto e transformar informação em ação organizada.

Este trabalho, embora participado, exige liderança técnica qualificada – precisamente a função para a qual o médico de Saúde Pública é formado. •

Para alcançar os melhores resultados possíveis, é indispensável definir metas claras, mensuráveis e temporalmente definidas, mas também reconhecer que os recursos são limitados

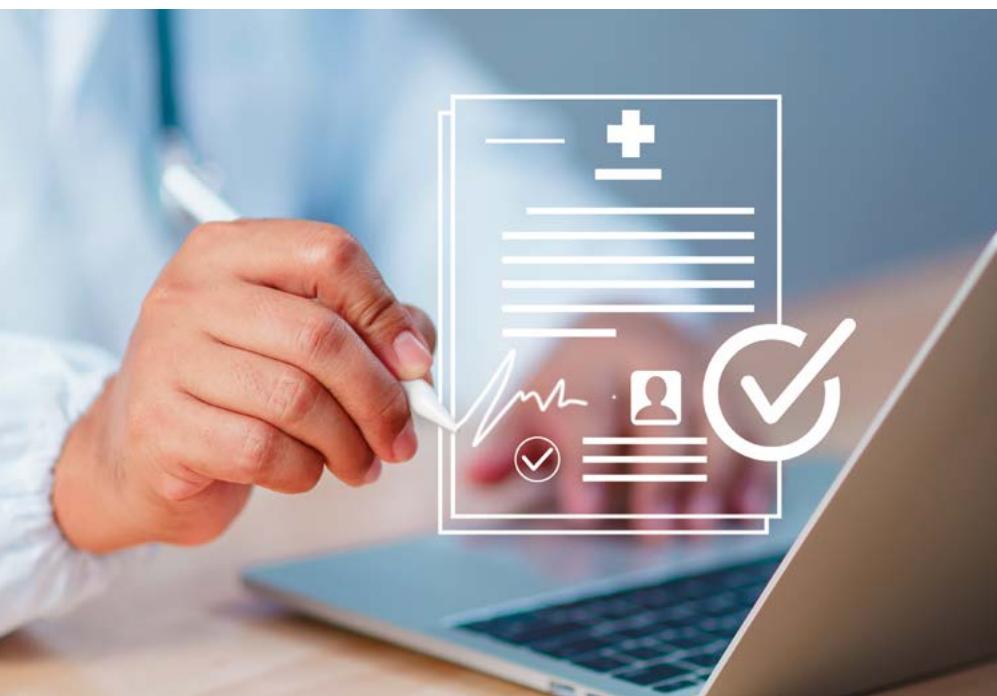
Mas o planeamento que é feito no âmbito das doenças respiratórias sazonais não se esgota na vacinação: a resposta dos serviços de saúde é igualmente planeada. Esse trabalho inclui a preparação de planos de contingência, o reforço programado dos serviços de urgência e dos cuidados de saúde primários durante os meses de maior pressão, a articulação contínua entre a vigilância epidemiológica e a capacidade assistencial disponível, a monitorização da procura e dos indicadores de pressão sobre os serviços, a organização das equipas de atendimento domiciliário e o reforço das linhas telefónicas de aconselhamento clínico. Além disso, planejam-se as campanhas de comunicação dirigidas

REFERÊNCIAS

1. Green, A.T. and Mirzoev, T.N. (2008) 'Planning, for public health policy', International Encyclopedia of Public Health, pp. 121–132. doi:10.1016/b978-012373960-5.00230-6.

1. Médica Especialista de Saúde Pública na ULS de Braga

Da Qualidade à Segurança: Pontes Estratégicas entre a Gestão e a Auditoria Clínica



Patrícia Eirinha¹

Aauditoria clínica constitui um instrumento privilegiado para a governação em saúde, permitindo articular metas de qualidade com resultados de segurança do doente e fornecendo informação objetiva e estruturada para a gestão. Mais do que uma prática isolada, a auditoria clínica deve ser entendida como parte integrante da estratégia organizacional, ancorada na missão e nos objetivos clínicos das instituições de saúde. Este artigo analisa como a definição estratégica de programas de auditoria, a realização sistemática de auditorias orientadas por risco e o acompanhamento rigoroso dos planos de ação contribuem para potenciar simultaneamente a gestão clínica e a gestão estratégica. Defende-se, em última instância, que a auditoria clínica é um investimento estruturante, capaz de transformar dados em decisões, de reduzir riscos e de consolidar a confiança em organizações de saúde modernas e sustentáveis.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a evolução dos sistemas de saúde tornou evidente que a qualidade dos cuidados e a segurança do doente são indissociáveis da própria sustentabilidade das instituições. A qualidade deixou de ser apenas um atributo técnico ou assistencial, passando a constituir um imperativo estratégico que exige dados confiáveis, monitorização contínua e cultura organizacional orientada para a melhoria. Em paralelo, a segurança do doente foi reconhecida internacionalmente como um problema de saúde pública e económico, já que a maioria dos eventos adversos é prevenível e gera custos acrescidos, além de comprometer a confiança social. Neste contexto, a auditoria clínica emerge como uma ponte estratégica que traduz informação dispersa em evidência útil para a governação, apoiando tanto a gestão clínica como a gestão estratégica das unidades de saúde.

2. QUALIDADE E SEGURANÇA: CONCEITOS E DISTINÇÕES

A Organização Mundial da Saúde define

qualidade em saúde como o grau em que os serviços aumentam a probabilidade de alcançar resultados desejados, alinhados com o conhecimento profissional atual¹. O Institute of Medicine acrescenta dimensões fundamentais como efetividade, segurança, centralidade no doente, oportunidade, equidade e eficiência². Por sua vez, a segurança do doente traduz-se na prevenção de danos evitáveis e na redução dos riscos a um nível mínimo aceitável, exigindo sistemas robustos, controlos fiáveis e uma cultura de reporte e aprendizagem³. Assim, pode afirmar-se que a qualidade define o “quê” – os resultados a alcançar – e a segurança define o “como” – a forma de os garantir com fiabilidade e mitigação do risco. Para os líderes hospitalares, esta distinção não é meramente conceptual: dela depende a capacidade de assegurar a sustentabilidade clínica, económica e reputacional das instituições.

3. AUDITORIA CLÍNICA: DEFINIÇÃO, OBJETIVOS E CONTRIBUTOS

A auditoria clínica é um processo de melhoria conduzido pelos profissionais, que compara a prática com padrões explícitos, implementa melhorias e reaudita para comprovar ganhos¹⁴. O seu objetivo último é melhorar a qualidade assistencial e reduzir riscos, constituindo um mecanismo essencial para a segurança do doente. No entanto, a auditoria clínica não pode ser encarada como exercício burocrático ou episódico: deve ser desenhada como um programa estratégico, em estreita ligação com o plano clínico e o planeamento estratégico da organização de saúde.

Este programa deve ser coconstruído com as lideranças de gestão, direção clínica e direção de enfermagem, bem como comissões multidisciplinares, assegurando que os temas auditados refletem as prioridades institucionais. As fontes de dados que fundamentam a definição de prioridades incluem os resultados de auditorias anteriores, relatórios de incidentes, avaliações

de risco, indicadores de qualidade e segurança e benchmarking externo. Os outputs de uma auditoria clínica eficaz traduzem-se em relatórios claros, planos de ação com responsáveis definidos, dashboards de monitorização, relatórios periódicos para comités e administração, e informação acionável que orienta investimentos, formação e políticas internas. A comunicação com os diferentes intervenientes – clínicos, gestores e líderes – é condição essencial para que os resultados da auditoria sejam compreendidos, valorizados e aplicados. Como refere a HQIP, “a auditoria clínica não se limita a recolher dados, mas deve traduzir-se em mudança mensurável e sustentada”⁸.

4. A PONTE ESTRATÉGICA ENTRE GESTÃO E AUDITORIA CLÍNICA

A auditoria clínica adquire pleno sentido quando concebida como parte integrante da governação hospitalar. A definição estratégica do programa de auditorias deve refletir a missão e visão da instituição, estar alinhada com os objetivos clínicos prioritários e incorporar os riscos organizacionais identificados. Neste quadro, a auditoria clínica funciona como uma ponte estratégica, convertendo dados operacionais em informação relevante para a gestão.

O ciclo que sustenta esta ponte pode ser descrito em quatro eixos fundamentais. Em primeiro lugar, a priorização de riscos clínicos críticos, alinhados com metas estratégicas e planos nacionais de segurança. Em segundo lugar, o planeamento de auditorias orientadas por risco, com metodologias robustas e critérios explícitos. Em terceiro lugar, o acompanhamento rigoroso dos planos de ação, incluindo indicadores de monitorização e reauditorias que confirmem a eficácia das medidas implementadas. Finalmente, o reporte

A auditoria clínica adquire pleno sentido quando concebida como parte integrante da governação hospitalar

integrado aos comités de qualidade e segurança, à direção clínica e à liderança hospitalar, assegurando que a informação se traduz em decisões concretas. Desta forma, a auditoria clínica deixa de ser vista como mera verificação e passa a ser um verdadeiro instrumento de governação, com impacto transversal. Como sublinha Duarte, a auditoria interna “proporciona uma maior credibilidade ao desempenho da instituição, ajudando a gestão [...] na tomada de melhores decisões”¹¹.

5. TECNOLOGIA E MATURIDADE DIGITAL COMO APOIO À AUDITORIA

A digitalização constitui hoje um aliado indispensável da auditoria clínica. Plataformas eletrónicas permitem registos em tempo real, reduzem a carga administrativa dos auditores e possibilitam relatórios mais ágeis e rigorosos. Dashboards visuais tornam os resultados acessíveis a clínicos e gestores, promovendo a transparência e o acompanhamento próximo dos planos de melhoria. Além disso, a integração com sistemas de notificação de incidentes, programas de gestão de risco e bases de dados

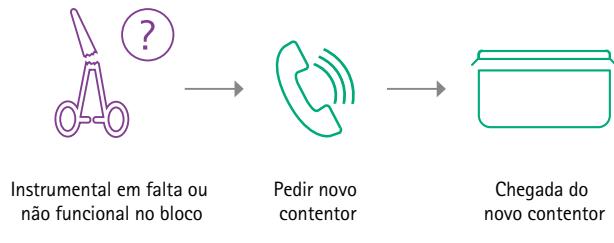
institucionais potencia a capacidade analítica das auditorias. A maturidade digital traduz-se, assim, não apenas em eficiência operacional, mas sobretudo em maior visibilidade dos resultados, maior rapidez na tomada de decisão e maior capacidade de avaliar a eficácia das medidas implementadas. Como sublinha a OMS, “a utilização sistemática de dados digitais robustos é indispensável para acelerar a melhoria da qualidade e da segurança”¹¹. Perspetivas futuras apontam para a incorporação de inteligência artificial e analytics, permitindo identificar padrões, prever riscos e apoiar decisões estratégicas com maior robustez.

6. IMPACTO DA AUDITORIA CLÍNICA NA GESTÃO

O valor de um programa de auditoria clínica mede-se pelo impacto que produz tanto na gestão clínica como na gestão estratégica.

Gestão clínica. No plano clínico, a auditoria contribui para a melhoria assistencial ao reduzir a variabilidade das práticas, aumentar a adesão a protocolos baseados na evidência e diminuir a ocorrência de eventos adversos evitáveis. Permite ainda otimizar processos assistenciais, como admissão, alta, reconciliação medicamentosa ou utilização de exames, tornando-os mais seguros e eficientes. Outro impacto fundamental é o envolvimento e capacitação das equipas: através de feedback estruturado, formação on the job e estímulo à cultura de reporte e aprendizagem, a auditoria clínica promove maior responsabilização e coesão das equipas assistenciais.

Gestão estratégica. Ao nível estratégico, a auditoria clínica fornece evidência objetiva para decisões de investimento e alocação de recursos. Os resultados ▶



Ø 7 minutos =
até 259€ por instrumento

1 minuto no bloco operatório custa até 37€



permitem às lideranças identificar áreas críticas onde a dotação de pessoal, a aquisição de tecnologia ou a implementação de novos programas terão maior impacto. A auditoria clínica reforça igualmente a conformidade com normas nacionais e internacionais, constituindo instrumento de accountability perante reguladores, financiadores e comunidade. Em termos de sustentabilidade, reduz custos associados a falhas assistenciais, diminui litígios e fortalece a reputação institucional. Finalmente, ao integrar a auditoria clínica nos ciclos de governação, as organizações de saúde aumentam a confiança dos stakeholders e projetam uma imagem de maturidade e responsabilidade. Como destacam Arruda et al., “a auditoria interna hospitalar exerce papel de extrema importância na gestão estratégica dos custos [...], fator decisório para a otimização dos resultados”¹⁶.

lideranças clínicas ainda não integram de forma consistente os resultados das auditorias nos processos de decisão. Sem esta integração, perde-se a oportunidade de transformar evidência em ação concreta. Um terceiro obstáculo relaciona-se com a cultura clínica. Persistem resistências entre profissionais que encaram a auditoria como prática punitiva, em vez de a reconhecerem como instrumento de melhoria contínua.

Para superar estas barreiras, os responsáveis pela auditoria clínica devem assumir o papel de catalisadores: converter dados técnicos em informação clara, relevante e orientada para decisões. Devem investir em comunicação eficaz, recorrendo a relatórios visuais, narrativas acessíveis e exemplos concretos do impacto das medidas implementadas. Devem ainda promover a cultura justa, distinguindo erro humano de condutas

Para os decisores hospitalares, a mensagem é clara: a auditoria clínica não deve ser vista como custo ou requisito formal, mas como investimento estratégico

7. DESAFIOS E FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO DA PONTE ESTRATÉGICA

Apesar do seu potencial, a auditoria clínica enfrenta desafios que importa reconhecer. Como recorda o AICPA, “o controlo interno não proporciona uma certeza absoluta; apenas uma certeza razoável, dadas as limitações inerentes a todos os sistemas de controlo” (2005, apud Duarte, 2017)⁶. Este reconhecimento deve servir de alerta para a importância de liderança preparada para valorizar os dados de auditoria como verdadeiro instrumento de governação, em vez de os considerar apenas um requisito formal. A integração da auditoria nos ciclos de decisão depende de uma visão estratégica que reconheça a informação clínica como ativo de gestão.

Um segundo desafio reside no alinhamento da governação interna. Em diversas instituições, gestores e

inaceitáveis, e estimular a participação ativa dos clínicos, reforçando a ideia de que a auditoria é uma ferramenta ao serviço das equipas e dos doentes. Só assim será possível consolidar a auditoria clínica como ponte estratégica entre qualidade, segurança e gestão.

8. CONCLUSÃO

A transição da qualidade para a segurança do doente, enquanto prioridades estratégicas, exige instrumentos que permitam transformar dados em decisões e relatórios em ação. A auditoria clínica, concebida como parte integrante do planeamento estratégico e clínico das unidades de saúde, cumpre esse papel de forma única. Ao alinhar prioridades com riscos, realizar auditorias orientadas, acompanhar planos de ação e reportar resultados de forma estruturada, cria-se um circuito de aprendizagem organizacional que beneficia doentes, profissionais e líderes.

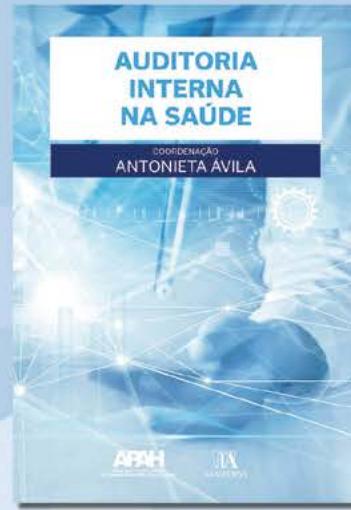
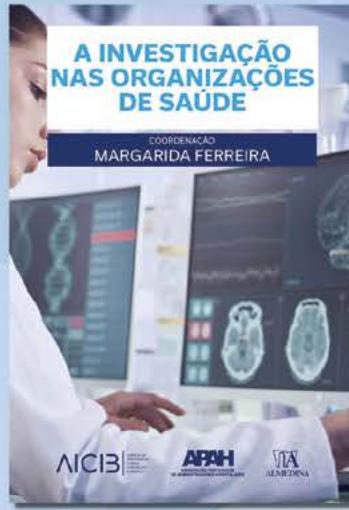
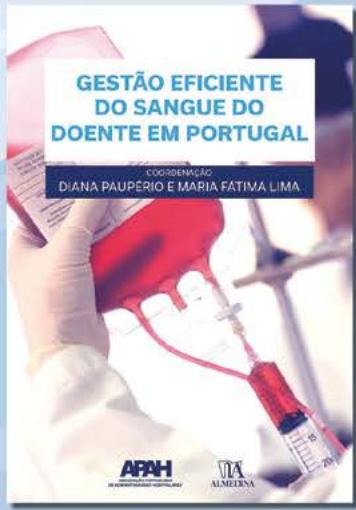
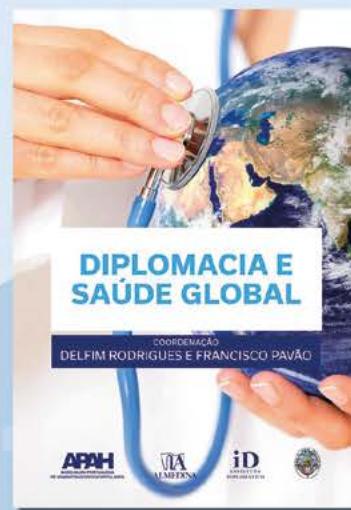
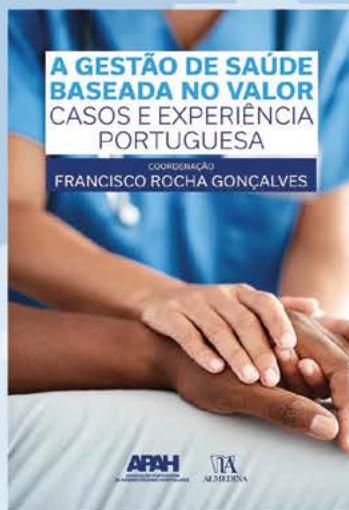
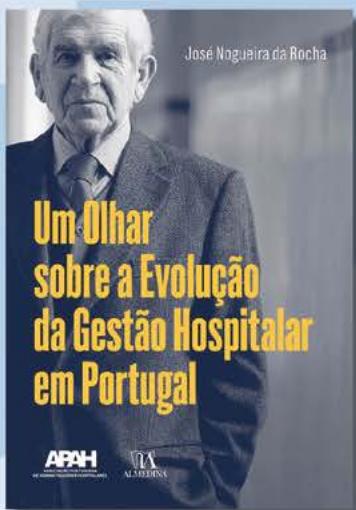
REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, Quality of care. Geneva: WHO, 2018.
2. Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
3. World Health Organization, Patient safety fact file. Geneva: WHO, 2019.
4. Council of the European Union, Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Brussels: EU, 2009.
5. IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Mecanismos de controlo interno das entidades do setor empresarial do Estado na área da saúde: Memorando do plano de auditoria. Lisboa: IGAS, 2022.
6. Duarte, Maria de Sousa, A importância da auditoria interna para uma gestão eficiente e eficaz em instituições hospitalares do setor público. Dissertação de Mestrado, ISCAP-IPP, 2017.
7. Institute for Healthcare Improvement, Model for Improvement. Boston: IHI, 2005.
8. National Institute for Health and Care Excellence; Healthcare Quality Improvement Partnership, Principles for best practice in clinical audit. London: NICE/HQIP, 2002.
9. Direção-Geral da Saúde, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026. Lisboa: DGS, 2021.
10. Apolo, “Auditoria em saúde e seu impacto na gestão clínica”, Blog Apolo, 2023. Disponível em: <https://blog.apolo.app/auditoria-em-saude-e-seu-impacto-na-gestao-clinica/> (acedido em: setembro 2025).
11. Duarte, Maria de Sousa, A importância da auditoria interna para uma gestão eficiente e eficaz em instituições hospitalares do setor público. Dissertação de Mestrado, ISCAP-IPP, 2017.
12. SYDLE, “Auditoria na saúde: o que é e qual o impacto no seu negócio”, Blog Sydle, 2024. Disponível em: <https://www.sydle.com.br/blog/auditoria-na-saude-675b454ce3d28a55b343b750> (acedido em: setembro 2025).
13. Health Service Executive, Clinical Audit – A Practical Guide. Dublin: HSE, 2025.
14. Atena Editora, “Auditoria clínica: revisão da literatura”, in Atena Editora – Saúde em Perspetiva. Belo Horizonte: Atena, 2022.
15. Brito, Maria de Fátima; Ferreira, Luís Nogueira, “A importância da auditoria interna hospitalar na gestão estratégica dos custos hospitalares”, Dissertação, Universidade Católica de Brasília, 2006.
16. Arruda, José L. P.M.; Silva, M.; Torres, A. et al., “Auditoria interna como potencializadora da gestão em ambientes hospitalares”, Contribuciones a Las Ciencias Sociales, vol. 17, n.º 13, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.13-142.

Para os decisores hospitalares, a mensagem é clara: a auditoria clínica não deve ser vista como custo ou requisito formal, mas como investimento estratégico. O seu impacto é mensurável na melhoria assistencial, na redução de riscos, na eficiência operacional, na sustentabilidade económica e na confiança social. É nesta ponte estratégica entre gestão e auditoria clínica que se joga o futuro da qualidade e da segurança em saúde. ●

1. Diretora de Qualidade e Segurança da Grupo Lusíadas Saúde

GESTÃO EM SAÚDE





A Medicina Personalizada vista pelos olhos de um doente crónico

Jaime Melancia¹

Vivemos uma era de enorme transformação no campo da saúde. A expressão “medicina personalizada” passou de um termo técnico reservado a congressos científicos para um conceito cada vez mais presente em políticas públicas, planos estratégicos e até campanhas de comunicação hospitalar. Mas o que significa verdadeiramente este paradigma para quem vive, diariamente, com uma doença crónica? Estará a medicina personalizada a responder às reais necessidades dos doentes? E sobretudo: estarão os doentes a ser chamados a moldá-la?

A promessa da medicina personalizada, também designada por medicina de precisão, é sedutora: adaptar o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de cada pessoa às

suas características únicas, desde o perfil genético e biomarcadores até ao estilo de vida, ambiente e preferências pessoais. Num mundo ideal, esta abordagem poderia substituir os protocolos rígidos e padronizados por cuidados mais ajustados, mais eficazes e, acima de tudo, mais humanos.

Contudo, a experiência dos doentes crónicos ensina-nos que a personalização não pode resumir-se ao genoma ou à inteligência artificial. A verdadeira personalização é relacional, contextual e profundamente humana. E começa por escutar quem vive com a doença.

“Personalizar não é apenas ajustar tratamentos, é reconhecer o ser humano por detrás da doença.”

As doenças crónicas, como a diabetes, a doença cardiovascular, a artrite reumatoide, o cancro, entre muitas outras, acompanham a pessoa ao

longo da vida. Impõem rotinas médicas, medicação contínua, ajustes profissionais, limitações físicas e, muitas vezes, sofrimento invisível. Estas condições não se tratam com um episódio clínico, mas com uma jornada de vida.

Num sistema ainda muito centrado na doença e nos indicadores biomédicos, muitos doentes sentem-se reduzidos ao seu diagnóstico. As consultas são curtas, a linguagem técnica é muitas vezes incompreensível e os planos terapêuticos desajustados à realidade quotidiana. Falta tempo para perguntar: “O que é importante para si?”

É neste contexto que a medicina personalizada surge como uma oportunidade, mas também como um desafio, para transformar radicalmente a forma como cuidamos.

Ao identificar variações genéticas ou perfis moleculares, é possível prever

como cada pessoa irá responder a determinados medicamentos. Isto evita o tradicional processo de tentativa e erro, permitindo começar logo com a terapêutica mais adequada, uma diferença que pode ser determinante quando o tempo é crítico. A medicina personalizada permite identificar predisposições para determinadas doenças e realizar diagnósticos mais precisos. Isto é particularmente relevante em doenças raras, onde o diagnóstico pode demorar anos. Um diagnóstico atempado é, muitas vezes, o primeiro passo para o alívio e a esperança. Com dispositivos de medição remota, aplicações móveis e algoritmos inteligentes, os doentes podem acompanhar os seus dados de saúde em tempo real. Isto permite ajustar os tratamentos com mais agilidade, prevenir descompensações e reforçar a autonomia do doente.

“Um diagnóstico atempado é, muitas vezes, o primeiro passo para o alívio e a esperança.”

A personalização também pode, e deve, incluir os objetivos, valores e estilo de vida da pessoa. Tratar bem não é apenas seguir o protocolo certo, é adaptar os cuidados ao que é significativo para cada indivíduo. Um plano terapêutico bem ajustado melhora a adesão e a qualidade de vida.

Mas nem tudo são promessas. A medicina personalizada, tal como está a ser implementada, levanta também várias inquietações entre os doentes crónicos. Uma das principais preocupações prende-se com o acesso desigual às inovações: testes genéticos, terapias-alvo ou sistemas de monitorização muitas vezes não estão incluídos no sistema público de saúde. Os custos elevados e a concentração destes serviços em centros urbanos criam barreiras significativas, fazendo com que a personalização corra o risco de se tornar um privilégio em vez de um direito.

Acresce a isto a sobrecarga de decisões e a complexidade associada. A participação ativa nos cuidados de saúde é desejável, mas nem todos os doentes estão preparados para lidar com a complexidade dos dados genéticos ou com a necessidade de escolher entre múltiplas opções terapêuticas. A literacia em saúde torna-se, assim, essencial, mas igualmente importante é o apoio claro e empático por parte dos profissionais de saúde.

“A personalização corre o risco de se tornar um privilégio, em vez de um direito.”

Há também legítimas preocupações quanto à privacidade e ao uso dos dados. A medicina personalizada implica a recolha de informações altamente sensíveis, levando muitos doentes a questionar de que forma esses dados serão utilizados, quem terá acesso a eles e que medidas estão a ser tomadas para garantir a sua segurança e o respeito pelo consentimento informado. A confiança, neste contexto, é um ativo precioso, e frágil.

Por fim, destaca-se o risco de a tecnologia afastar, em vez de aproximar. A introdução de consultas automatizadas, decisões baseadas em algoritmos e plataformas sem acompanhamento humano pode agravar o sentimento de solidão e despersonalização que muitos doentes já enfrentam. Assim, a inovação deve caminhar lado a lado com a humanização dos cuidados.

As associações de doentes são um elo vital para garantir que a medicina personalizada responde às necessidades reais das pessoas. São elas que conhecem o impacto da doença no dia a dia, que ouvem as dificuldades dos tratamentos, que percebem onde o sistema falha. O seu envolvimento em projetos de investigação, em comissões de avaliação de tecnologias e em fóruns de políticas públicas é indispensável.

Além disso, são também um canal privilegiado para promover a literacia em saúde, formar pares, recolher dados da experiência dos doentes (real world data) e construir pontes entre ciência e cidadania.

“A verdadeira revolução da medicina personalizada só será possível quando os doentes deixarem de ser encarados como simples recetores de cuidados e forem reconhecidos como parceiros ativos.”

A verdadeira revolução da medicina personalizada só será possível quando os doentes deixarem de ser encarados como simples recetores de cuidados e forem reconhecidos como parceiros ativos na investigação, no planeamento e na decisão clínica. Este envolvimento deve ocorrer desde as fases iniciais da investigação clínica, como o desenho dos ensaios e a definição dos critérios de sucesso, até à escolha das tecnologias de saúde, considerando a sua utilidade,

aceitabilidade e impacto no quotidiano dos utentes.

A governação dos dados deve também assegurar o controlo, a transparência e a ética no uso da informação pessoal, promovendo a confiança e a participação informada. Da mesma forma, a formação dos profissionais de saúde deve ser enriquecida com o contributo do saber vivido dos doentes, favorecendo uma prática mais empática e humanizada.

“Personalizar é, antes de mais, respeitar. E respeitar é escutar, envolver e ajustar.”

A medicina personalizada deve ser também medicina participada. Porque a precião clínica, por si só, não garante a pertinência humana.

Uma política de saúde verdadeiramente personalizada deve integrar medidas estruturais que assegurem o acesso equitativo às inovações, o investimento na literacia e capacitação de doentes e profissionais, a inclusão de indicadores de qualidade de vida e experiência do doente na avaliação de tecnologias, e a criação de mecanismos de participação efetiva dos doentes nas decisões que diretamente os afetam.

A medicina personalizada é uma oportunidade extraordinária para melhorar os cuidados de saúde, sobretudo para quem vive com doenças crónicas. Mas só cumprirá essa promessa se for construída com, e não apenas para, os doentes. É preciso ouvir mais quem vive com dor, com limitação, com esperança e com resiliência. É preciso incluir a perspetiva da experiência no coração da inovação.

Como doente, e como cidadão, acredito numa medicina que reconhece que cada pessoa é mais do que o seu ADN. Uma medicina que olha nos olhos, que respeita as escolhas, que cuida com ciência e com empatia. Só assim poderemos dizer, com verdade, que a medicina do futuro é personalizada. ●

1. Presidente da Direção da Plataforma Saúde em Diálogo

Aproximar Distâncias: como as Políticas Públicas moldam o Acesso a Tratamentos de Fertilidade



Eduardo de Brito Castela¹, Neuza Mendes²

Será concebível que num país com um sólido percurso de políticas públicas de saúde e com um elevado grau de digitalização e interoperabilidade tecnológica, ainda persistam falhas que comprometem a equidade e a transparência no acesso aos cuidados? Poderá um sistema nacional, que serve cerca de 11 milhões de habitantes, ter utentes que desconhecem o tempo médio de espera para uma intervenção na instituição onde estão inscritos? Que Centros distintos permaneçam sem acesso aos tempos de espera ou aos resultados clínicos de outras unidades congêneres? Ou que continue a ser possível a inscrição simultânea do mesmo utente em múltiplas instituições para o mesmo procedimento, sem qualquer mecanismo de controlo eficaz? Inesperadamente, sim. É o caso dos casais e indivíduos que aguardam tratamentos de Procriação Medicamente Assistida (PMA) em Portugal.

O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE COMO PRIORIDADE POLÍTICA

A melhoria do acesso a cuidados de saúde tem sido uma preocupação dos diferentes Governos Constitucionais,

ora através da dotação de recursos, ora pela criação de incentivos. O XIII Governo Constitucional (1995-1999), afirmava a necessidade de orientar o esforço do país no sentido de garantir a todos o acesso à saúde.

Sob esta égide nasceu o Programa Especial de Acesso aos Cuidados de Saúde que contribuiu para que, três anos depois, o XIV Governo Constitucional (1999-2002) criasse o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC). O governo seguinte sentia já a urgência de encurtar as listas de espera de cirurgias e consultas. Contudo, apenas no programa do XVI Governo Constitucional foi inscrita a intenção de finalizar o PECLEC e de implementar um novo modelo de gestão para os doentes inscritos para cirurgias – o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Nos governos subsequentes (XVIII-XXIII) os objetivos para melhorar a acessibilidade passaram sobretudo pela tentativa de simplificação ou por ganhos de eficiência na gestão. Finalmente, mais um passo foi dado pelo atual Governo Constitucional (XXIV), quando se comprometeu a desenvolver e implementar o Sistema Nacional de Acesso a Consultas e Cirurgias (SINACC).

Este notável e transformador percurso, acompanhado pela evolução das tecnologias de informação e sua implementação no Serviço Nacional de Saúde (SNS), elevou a gestão do acesso aos cuidados de saúde ao leque dos principais indicadores de desempenho das instituições do SNS.

Paralelamente, também a transparência e a prestação de contas têm sido preocupações do Estado. Assim o refletem a promoção de sistemas de benchmarking e de divulgação de resultados (Governo Constitucional XX). Em verdade, o reforço da promoção da divulgação de informação relativa ao desempenho do SNS tem sido uma constante.

A Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde veio reforçar a diafaneidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. Nela se integra a Lei nº 15/2014, que consolida os deveres e direitos dos utentes, e que inclui o direito, entre outros, à informação.

Este foi o caminho percorrido para que, nos dias de hoje, o utente do SNS tenha acesso a informação sobre o seu tempo de espera para determinado procedimento e sobre o tempo médio de espera para especialidade¹ da sua e das restantes Unidades Locais de Saúde (ULS)². Vários indicadores de desempenho estão também disponíveis para consulta no portal Benchmarking das Instituições do SNS³.

A PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA NO SNS

Em 1986, fruto do elevado sentido de partilha científica e de abertura de espírito, nasceu em Lisboa o primeiro bebé português concebido a partir de fertilização in vitro (FIV). Com ele madrugou a extraordinária jornada da Procriação Medicamente Assistida (PMA) no SNS. Paralelamente às discussões éticas, filosóficas e religiosas que a acompanham, a PMA em Portugal expandiu-se e consolidou-se e, nesta área, e de acordo com os

mais recentes dados europeus, o país encontra-se num patamar técnico-científico semelhante ao dos países mais desenvolvidos (European IVF Monitoring Consortium for the European Society of Human Reproduction and Embryology, 2023). Em 2022 nasceram 3.673 crianças em Portugal decorrentes de PMA, correspondendo a 4.4% do total de crianças do país nascidas nesse ano (Conselho Nacional de PMA, 2025). O nosso país ocupa o 8º lugar no ranking do Atlas Europeu de Políticas de Tratamento de Fertilidade, que avalia a equidade de acesso, segurança e eficácia de tratamentos de PMA em 49 países europeus (The European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2024).

A complexidade científica, ética e jurídica da aplicação destas metodologias justifica a existência de uma variada panóplia de enquadramentos legais. Em Portugal, a PMA foi regulada em 2006 pela Lei nº 32/2006. Em 2016 foi aprovado o alargamento dos beneficiários a todas as mulheres. A introdução de várias alterações tem tentado uma melhor adequação às necessidades da população; em 2011 surge o Banco Público de Gâmetas (BPG) e em 2017, na tentativa de mitigar as crescentes listas de espera de ovócitos e espermatozoides de dador, são criados dois polos afiliados ao mesmo.

Ao mesmo tempo, e à semelhança do que se passa no resto da Europa, o país envelhece. E os dados das estatísticas da União Europeia mostram que o faz a um ritmo alarmante. O número de nascimentos tem vindo a diminuir desde os anos 60. Até ao final da 1ª metade do século XXI, cerca de metade da população portuguesa terá mais de 55 anos (Eurostat, 2024). Para esta crise demográfica contribui significativamente o adiamento da parentalidade, que tem implicações diretas sobre o potencial reprodutivo, sobretudo da mulher. Ao reduzir-se a probabilidade de conceção natural, amplifica-se a potencial necessidade de recorrer a técnicas de PMA. É por isso cada vez mais evidente a importância de aliar o investimento em PMA às mais clássicas políticas de natalidade da Europa, que combinam subsídios à natalidade, abonos mensais, acesso a creches e aumento das licenças parentais.

REFLEXÃO

O percurso das políticas públicas de

saúde em Portugal revela um esforço contínuo para garantir acessibilidade, transparência e eficiência no SNS. A PMA, pela sua natureza científica, ética e socialmente sensível, exige que estes princípios se mantenham plenamente aplicados.

O SNS financia apenas até 3 tratamentos de PMA de 1ª linha (inseminação intrauterina) e até 3 tratamentos de PMA de 2ª linha (FIV)⁴ por casal ou mulher em projeto monoparental. Além disso, as mulheres têm de ter menos de 42 anos ou menos de 40 para poderem usufruir destes procedimentos, respetivamente. O número de filhos anteriores do casal também é tido em consideração, bem como, e em alguns Centros, outras características associadas ao sucesso dos tratamentos, como o índice de massa corporal da mulher. Os potenciais beneficiários enfrentam ainda longas listas de espera. Aproximam-se em muitas instituições de 1 ano para a realização de PMA de 2ª linha com gâmetas próprios, ao que se acrescem listas de espera entre os 3 e os 4 anos se são necessários gâmetas de dador, atribuídos pelo BPG.

O tempo de espera representa não apenas um desafio organizacional, mas uma perda de oportunidade clínica, sobretudo atendendo à relação entre idade e fertilidade feminina.

Não obstante todas as singularidades, a PMA tem de se manter alinhada com os princípios de equidade e informação que hoje norteiam o sistema. Não podem existir lacunas éticas ou políticas numa área da saúde com uma evolução de que só nos podemos orgulhar. Tudo o que constitua uma barreira à gestão de lista de espera, discrimina a infertilidade de outras doenças e, acima de tudo, limita a liberdade de escolha informada dos utentes.

Num país que enfrenta uma crise demográfica sem precedentes, ignorar a centralidade da fertilidade no debate sobre saúde pública é negligenciar o futuro coletivo. A PMA não pode ser vista como um luxo ou uma exceção: é uma resposta médica legítima a uma condição clínica, pelo que deve ser assegurada com a mesma dignidade que qualquer outra intervenção terapêutica.

Neste contexto, o atual programa do Governo Constitucional propõe-se

a organizar uma resposta pública no SNS com vista ao aumento da natalidade e maior acesso às técnicas de PMA. Saúda-se a iniciativa. Produzirá resultados sustentáveis se acompanhada por medidas de transparência, monitorização e responsabilização.

Garantir aos utentes da PMA acesso à informação, previsibilidade nos tempos de espera e a monitorização centralizada de listas de espera é mais do que uma questão de gestão — é um imperativo democrático. Se o acesso à saúde é, como afirmam sucessivos governos, uma prioridade política, então é tempo de incluir a fertilidade nesse compromisso. Cuidar da saúde reprodutiva é garantir a renovação da sociedade. E cada nascimento é uma vitória do SNS. ●

REFERÊNCIAS

1. Informação disponível em <https://www.sns24.gov.pt/pt/servico/lista-de-espera-para-cirurgia>
2. Informação disponível para consulta, cirurgia e urgência em <https://tempos.min-saude.pt/cirurgia>
3. Informação disponível em <https://benchmarking-acss.min-saude.pt>
4. Neste texto, o termo FIV engloba tanto os procedimentos clássicos de FIV como os realizados por Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), uma técnica específica de FIV.

- Assembleia da República. Programas dos Governos Provisórios e Constitucionais: Apresentação e Debate. Lisboa: Assembleia da República, 2020. Atualizado em fevereiro de 2021. Disponível em: https://ficheiros.parlamento.pt/DILP/Publicacoes/Legislação/46_ProgramasGoverno/46.fevereiro_2021.pdf. Acesso em: 30 out. 2025.
- Assembleia da República.. Programas dos Governos Provisórios e Constitucionais. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Fiscalizacao/Paginas/ProgramaDoGoverno.aspx>. Acesso em: 30 out. 2025.
- European IVF Monitoring Consortium (ELM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE): Smeenk J, Wyns C, De Geyter C, Kupka M, Bergh C, Cuevas Saiz I, De Neubourg D, Rezabek K, Tandler-Schneider A, Rugescu I, Goossens V. ART in Europe, 2019: results generated from European registries by ESHRE. *J. Hum. Reprod.* 2023 Dec 4:38(12):2321-2338. doi: 10.1093/humrep/dead197. PMID: 37847771; PMCID: PMC10694409.
- Conselho Nacional de PMA (CNPMA). Relatório da Atividade em PMA 2022. Março de 2025; Assembleia da República.
- The European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. European Atlas of Fertility Treatment Policies 2024.
- Eurostat. Population Structure and Ageing – Statistics Explained. 2024. <https://doi.org/10.2908/TPS00010>

1. Administrador Hospitalar, Centro de Medicina Reprodutiva da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS S. José

2. Ginecologista, Subespecialista em Medicina da Reprodução, Centro de Medicina Reprodutiva da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ULS S. José; Professora Auxiliar Convidada; NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa

Ana Povo

Secretária de Estado da Saúde

“O SNS precisa de estabilidade”

Médica cirurgiã e professora universitária, **Ana Povo** manifesta otimismo e orgulho no sistema de saúde português, mas refere que “há espaço para melhorias, nomeadamente no acesso, no investimento, na gestão de recursos e na organização dos cuidados. A Secretaria de Estado da Saúde acrescenta que “o SNS precisa de estabilidade”, que diferencia “de imobilismo”, e remata que é preciso “corrigir o que não está a funcionar, reforçar a governação clínica e garantir uma verdadeira articulação com os cuidados de saúde primários, com a saúde pública e com o setor social e privado”.

Quais foram os maiores desafios ao transitar da prática clínica e académica para funções no Governo?

A transição da prática clínica e académica para funções governativas foi, sem dúvida, uma das transições mais marcantes da minha carreira. São contextos muito diferentes, cada um com a sua lógica própria, mas todos partilham um propósito comum: melhorar a vida das pessoas. Ainda assim, houve desafios muito claros que exigiram adaptação e humildade, visão e ponderação, e muito trabalho. O primeiro grande desafio foi a escala das decisões. Na clínica e na academia, o impacto é profundo, mas circunscrito a um doente, a uma equipa, ou a um projeto. No Governo, cada decisão tem repercussões nacionais, sociais e económicas. É necessário pensar em sistemas, antecipar consequências e equilibrar múltiplos interesses legítimos, sem nunca perder o foco no bem comum.

O segundo desafio foi a velocidade e complexidade do processo político. O ambiente governativo exige respostas rápidas, negociação permanente e uma capacidade de comunicação muito mais ampla. A evidência científica continua a ser essencial, mas tem de conviver com fatores sociais, orçamentais e institucionais. O grande exercício de governar é transformar o conhecimento técnico em políticas públicas exequíveis, compreensíveis e justas.

Outro desafio importante foi a necessidade de liderar através da colaboração. Na academia e na clínica, a autonomia é maior. No Governo, ninguém trabalha sozinho. O sucesso depende de equipas multidisciplinares, de diálogo permanente com diferentes setores e de uma escuta ativa da sociedade. Aprendi que a governação é, acima de tudo, a arte de criar condições para que todos possam trabalhar nas melhores soluções, para que o Estado funcione melhor ao serviço das pessoas.

Por fim, o maior desafio – e também a maior motivação – foi assumir um sentido absoluto de serviço público. A responsabilidade de representar os cidadãos, salvaguardar o interesse coletivo e construir e promover soluções sustentáveis exige uma ética de trabalho diferente, mais rigorosa e mais abrangente. Mas é também profundamente gratificante. Esta transição ensinou-me que a política, quando feita com rigor e propósito, é uma extensão natural da missão de cuidar.

Qual a sua visão atual sobre o estado geral do sistema de saúde em Portugal? Como descreve a visão estratégica da Secretaria de Estado da Saúde para a coordenação assistencial e para o funcionamento em rede do sistema de saúde português?

Permitam-me começar por afirmar, de forma clara e inequívoca que tenho um imenso orgulho do nosso sistema de

saúde, especialmente do nosso Serviço Nacional de Saúde. Portugal garante acesso universal a cuidados de saúde de elevada qualidade, cuidados estes que são prestados por profissionais altamente qualificados. Isto reflete-se em resultados concretos nos principais indicadores internacionais, que ninguém pode negar e que merecem ser mencionados: esperança de vida acima da média mundial, uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil colocando o nosso país entre os melhores desempenhos da Europa e do mundo, taxa de suicídio e taxa de obesidade inferior à média da OCDE, elevada cobertura vacinal da população com uma taxa de vacinação infantil quase total (e melhor que a média da OCDE) e uma cobertura robusta do rastreio do cancro da mama. Noutros indicadores relevantes como a taxa de mortalidade por causas preveníveis, a taxa de mortalidade para causas tratáveis, bem como internamentos evitáveis, Portugal destaca-se com resultados substancialmente melhores do que a média da OCDE. É preciso reconhecer que o sistema funciona.

Não quero com isto dizer que está tudo perfeito e que não existam problemas. Muito longe disso. Há claramente espaço para melhorias, nomeadamente no acesso, no investimento, na gestão de recursos e na organização dos cuidados. Mas instalou-se, entre nós, uma percepção ▶





negativa sobre o funcionamento do SNS. Na média europeia, Portugal destaca-se na modernização e acesso digital e é um dos países com maior despesa de saúde em % do PIB. O desafio agora é fazer o sistema funcionar melhor, de forma mais integrada e mais próxima das pessoas. Recordo que dispomos de uma rede de cuidados de saúde primários de excelência, que cobre todo o país, e com cerca de 85% da população com médico de família atribuído.

Sim, é objetivamente verdade, embora tenhamos de continuar a trabalhar para que esta cobertura seja total. Mas não podemos negar que temos uma excelente cobertura e que dispomos de um sistema de saúde que se equipara aos melhores do mundo.

Contudo, e apesar disto, muitos utentes manifestam dificuldades no acesso aos

cuidados de saúde primários e acabam por recorrer diretamente aos cuidados hospitalares. Como consequência, acabamos por ter um modelo de cuidados de saúde excessivamente hospitalocêntrico, com o serviço de urgência a funcionar como porta de entrada no sistema, o que gera a forte pressão que hoje conhecemos sobre estes serviços.

A minha visão é clara: para melhorarmos esta resposta é necessário voltar a colocar o foco nos cuidados de saúde primários. Estes têm de ser a principal porta de entrada no SNS. O médico de família deve ser o principal gestor da saúde das pessoas, ao longo de todas as fases da vida. E não falo em gestão de doença crónica, falo antes em gestão da saúde das pessoas.

Por outro lado, é fundamental que os

Para melhorarmos esta resposta é necessário voltar a colocar o foco nos cuidados de saúde primários

profissionais de saúde coloquem de lado os seus corporativismos e trabalhem verdadeiramente em equipa, com partilha de funções, tal como acontece em qualquer país do mundo. E falo precisamente dos EUA e de Inglaterra, sistemas de saúde que conheço bem.

GESTÃO EFICIENTE DE RECURSOS

Passados quase dois anos sobre a implementação das ULS, qual o balanço que faz do novo modelo de organização em ULS, nomeadamente em termos de integração de cuidados?

Sempre fui muito crítica desta reforma, bem como do modo como foi feita a generalização do modelo de ULS. Sou crítica não apenas em relação à opção ideológica ou conceptual subjacente à reforma, mas ainda mais crítica quanto à forma como esta foi executada: de forma apressada e pouco madura.

Sou e continuo a ser!

Formei-me como cirurgiã numa ULS. Se me perguntarem se evidencie a existência de uma maior integração de cuidados de saúde a minha resposta é Não, a minha evidência prática não o demonstra!

E porque sou tão crítica deste modelo? Simplesmente, porque acredito que o modelo de cuidados de saúde deve estar assente nos cuidados de saúde primários - onde se previne a doença, promove a saúde e a literacia - e não num modelo centrado sobretudo na resposta hospitalar.

Como foram criadas as novas ULS?

Limitando-se a colocar no conselho de administração hospitalar já existente mais dois vogais: o diretor clínico de cuidados primários e um vogal representante da ou das autarquias. Ou seja: mantivemos toda a arquitetura de cuidados e gestão a nível do hospital ou centro hospitalar. E depois falamos em cuidados de saúde integrados? Mas necessitamos de dois diretores clínicos: um para os cuidados hospitalares e outro para os cuidados de saúde primários? Questiono, porquê?

Para criar uma falsa imagem de que estes últimos estão também no centro da decisão? E já agora, porque não incluir também um diretor clínico de saúde pública? E porque apenas um diretor de enfermagem? E, digam-me, qual é o verdadeiro poder do vogal que representa os municípios na tomada de decisão? Critico a forma como a reforma foi realizada, porque não ficou verdadeiramente garantida nem acautelada a governação de respostas de cuidados, nomeadamente na área da promoção da saúde e prevenção da doença, assim como não se assegurou a articulação com o setor privado e social, quando se extinguiram as ARS e transferiram as suas funções para as ULS.

E principalmente, nunca se deveria ter avançado com uma reforma estrutural desta dimensão com um governo em gestão e com eleições agendadas.

Devo dizer que no inverno de 2024 visitei as 39 ULS e encontrei verdadeiros exemplos de funcionamento. Não irei negar! Importa até valorizar, mas também identifiquei fragilidades estruturais e muitas outras questões a melhorar, que só serão ultrapassadas com uma revisão séria do modelo. Contudo, também acredito, em prol da estabilidade do sistema de saúde, que não podemos estar permanentemente a fazer reformas disruptivas.

Acredito que o SNS precisa de estabilidade, mas estabilidade não pode ser sinónimo de immobilismo. Precisamos de corrigir o que não está a funcionar, reforçar a governação clínica e garantir uma verdadeira articulação com os cuidados de saúde primários, a saúde pública e com o setor social e privado.

A integração de cuidados não acontece por decreto nem por reorganização administrativa. Exigia-se um processo de maior reflexão, análise e ponderação cuidadosa. Hoje, o SNS está a lidar com os efeitos de uma reforma precipitada, e a nossa responsabilidade é corrigi-los com rigor e responsabilidade.

Os recentes resultados do Índex Nacional do Acesso ao Medicamento Hospitalar 2025 revelaram dados preocupantes: o acesso global ao medicamento hospitalar em Portugal desceu para 54%, confirmando a tendência de descida que se verifica desde 2020 e as ruturas de fornecimento de medicamentos permanecem como uma das áreas mais críticas identificadas pelo Índex. A intenção do governo de cortar mais de 200 milhões de euros em despesa, com particular incidência



na área do medicamento não poderá constituir um agravamento da situação e colocar em risco a qualidade dos cuidados prestados?

Antes de mais, quero felicitar a APAH pela criação de um índice de acesso ao medicamento a nível hospitalar. Estes instrumentos são fundamentais para uma reflexão e decisão séria e informada, e saliento que não só este como outros relatórios nacionais e internacionais são alvo de análise pelo meu Gabinete.

Da análise que realizámos, destaco um ponto essencial: a grande maioria (81%) dos hospitais portugueses garante acesso precoce a medicamentos inovadores, mesmo enquanto decorre o processo de avaliação de medicamento e decisão de financiamento. Isso demonstra um forte compromisso com os doentes. Relativamente às ruturas de medicamentos, os dados mais recentes mostram uma evolução positiva. Gostaria de salientar, com dados concretos, que em 2024 houve menos 20% de ruturas face a 2023. E já em 2025, a percentagem de apresentações de medicamentos sem rutura aumentou significativamente de 79,6% para 86,5%. Verificámos ainda que aproximadamente 30% das ruturas notificadas são potenciais, ou seja, não se chegam a efetivar, e, portanto, não criam quaisquer constrangimentos no abastecimento do mercado.

Reducir despesa não significa reduzir acesso nem o número de medicamentos dispensados, nem tão pouco comprometer o acesso a terapias inovadoras. Pelo que

me recuso a falar em cortes. O que significa é que temos de ser mais eficientes na utilização dos nossos recursos: promover uma maior utilização primordial de medicamentos genéricos e biossímilares, reforçar a utilização consciente de medicamentos, reduzir o desperdício, aumentar o cumprimento das normas da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e das normas de orientação clínica.

É precisamente com esse objetivo que estamos a preparar um pacote legislativo no âmbito do medicamento: garantir melhor acesso, mais inovação e uma utilização mais eficaz e eficiente dos recursos.

URGÊNCIA HOSPITALAR DIFERENCIADA

No que diz respeito à vacinação, qual o trabalho que sido feito em termos de promoção da saúde e prevenção de doença, nomeadamente na área das doenças infecciosas?

A vacinação é, sem qualquer sombra de dúvida, um dos instrumentos mais eficazes da promoção da saúde e da prevenção da doença. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um dos grandes sucessos do nosso SNS, e um exemplo claro de política pública baseada em evidência científica.

Qualquer tomada de decisão relativamente à introdução de novas vacinas ou à definição de estratégias de imunização do PNV deve ser encarada como um investimento com ganhos ▶



claros, mensuráveis e inquestionáveis na saúde das populações.

De todas as medidas tomadas neste âmbito, gostaria de destacar duas muito concretas. A primeira, tomada logo em 2024, foi a decisão de lançarmos a primeira campanha de imunização sazonal contra o Vírus Sincicial Respiratório nas crianças. Logo no primeiro ano atingimos uma cobertura de cerca de 85% das crianças elegíveis.

A nível de ganhos em saúde os resultados foram muito expressivos: uma redução de cerca de 25% nos internamentos até 2 anos e, em particular, uma redução de aproximadamente 85% em bebés até aos 3 meses, assim como uma redução de cerca de 40% nos bebés entre os 3 e os 6 meses, que são as faixas etárias pediátricas mais vulneráveis.

A segunda medida foi a atualização da estratégia de vacinação contra o HPV: vamos alargá-la, em 2026, à população entre os 18 e os 26 anos, de ambos os sexos. Com esta decisão, posicionamos Portugal como um dos países mais avançados na eliminação da infecção por HPV e na prevenção dos cancros associados, como o cancro do colo do útero e o cancro da orofaringe. Trata-se de um investimento relevante, de aproximadamente 51 milhões de euros em quatro anos, mas com retorno inequívoco em saúde, quer em qualidade de vida quer em sustentabilidade futura do sistema.

O SNS tem enfrentado desafios em tempos de espera nas urgências e a 'guerra' com os tarefeiros ameaça agravar a situação, prevendo-se a possibilidade de um inverno sem precedentes. Quais são as soluções estruturais que o Governo está a promover para reduzir os tempos de espera nas urgências e garantir o acesso eficaz aos cuidados de forma a responder a possíveis surtos epidémicos? Que aprendizagens foram retiradas da gestão de crises em anos recentes e como se refletem na política atual?

Sempre descrevi o serviço de urgência como um local que se mantém inalterado, independentemente do nível de procura, e digo inalterado tanto ao nível dos recursos humanos, como ao nível do espaço físico. Conheço muito bem esta realidade: foi precisamente num serviço de urgência de 24 horas que realizei a minha última atividade clínica. Terminei a minha urgência numa quinta-feira de manhã e tomei posse como Secretária de Estado da Saúde no dia seguinte. Por isso, posso dizer que existe algo que é pouco falado e pouco reconhecido pela população em geral: Portugal é dos poucos países do mundo com um modelo de urgência hospitalar com cuidados altamente diferenciados, com presença física permanente de profissionais, nomeadamente médicos, de diferentes especialidades. Mas, estará isto correto? Não creio. Sem dúvida que é uma mais-

Portugal tem verdadeiramente um dos melhores serviços públicos de saúde do mundo

-valia clínica, mas naturalmente influencia os padrões de procura dos serviços de urgência e perverte o modelo de entrada no sistema.

Posto isto, os problemas das urgências não se resolvem exclusivamente dentro das urgências. A resposta tem de ser estrutural. Teremos de trabalhar em várias frentes, nomeadamente na criação de um novo modelo de governação dos serviços de urgência e, para isto, acredito que a nova especialidade de medicina de urgência contribuirá em muito. Temos igualmente de trabalhar em tudo aquilo que está a montante e a jusante dos serviços de urgência e que é amplamente conhecido: garantir uma resposta a situações agudas ao nível dos cuidados de saúde primários, garantir uma consulta aberta hospitalar para observação de doentes crónicos com agudizações clínicas, garantir vagas de curta duração ao nível da urgência para permanência até ao máximo de 48h, garantir vagas ao nível do internamento, de forma a que nenhum doente permaneça mais de 24 horas no serviço de urgência. Estas medidas vão muito além da própria organização dos cuidados de saúde. Devo referir que a garantia de vagas ao nível do internamento está muito relacionada com o nível de internamentos indevidos e depende de uma resposta necessariamente articulada com a Segurança Social.

Por fim, quero voltar a referir: num sistema estático, com recursos finitos, o tempo de espera estará sempre dependente do nível de procura. Todos temos de estar conscientes desta situação, é assim em todo o mundo, por isso é que existe o chamado "code black". Esta consciência tem de ser coletiva, e estar presente quando recorremos ao serviço de urgência. O que temos sempre de garantir é a resposta adequada e atempada às situações verdadeiramente urgentes, sem comprometer os resultados clínicos.

DEVOLVER A CONFIANÇA NO SNS

Portugal tem vindo a assumir um papel pioneiro na promoção de hábitos alimentares mais saudáveis. O Prémio 2025 Task Force Award, atribuído recentemente a Portugal pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), distingue o trabalho pioneiro que o país tem desenvolvido, na última década, no controlo e prevenção da obesidade. Que medidas específicas estão desenhadas para reforçar a prevenção e melhor controlo das doenças crónicas em Portugal?

Primeiro permitam-me referir que a promoção da saúde e a prevenção da doença começa muito antes da entrada no sistema de saúde. Começa primordialmente na sociedade e, como tal, não pode estar confinada apenas às políticas de saúde, muito pelo contrário. Exige políticas públicas transversais a diferentes áreas e setores e, por isso, interministeriais. Acrescento que, em muitos casos, estas políticas devem mesmo ser descentralizadas.

Ou seja, a sociedade é o primeiro agente de saúde, interveniente na adoção de comportamentos que promovam a saúde. E aqui falo não apenas de hábitos alimentares equilibrados, mas também de estilos de vida ativos, da prática regular de atividade física e da criação de ambientes que promovam escolhas e comportamentos saudáveis. O programa recentemente apresentado pelo Governo na área do desporto, no qual a área governativa da saúde também participa, é um bom exemplo dessa abordagem integrada.

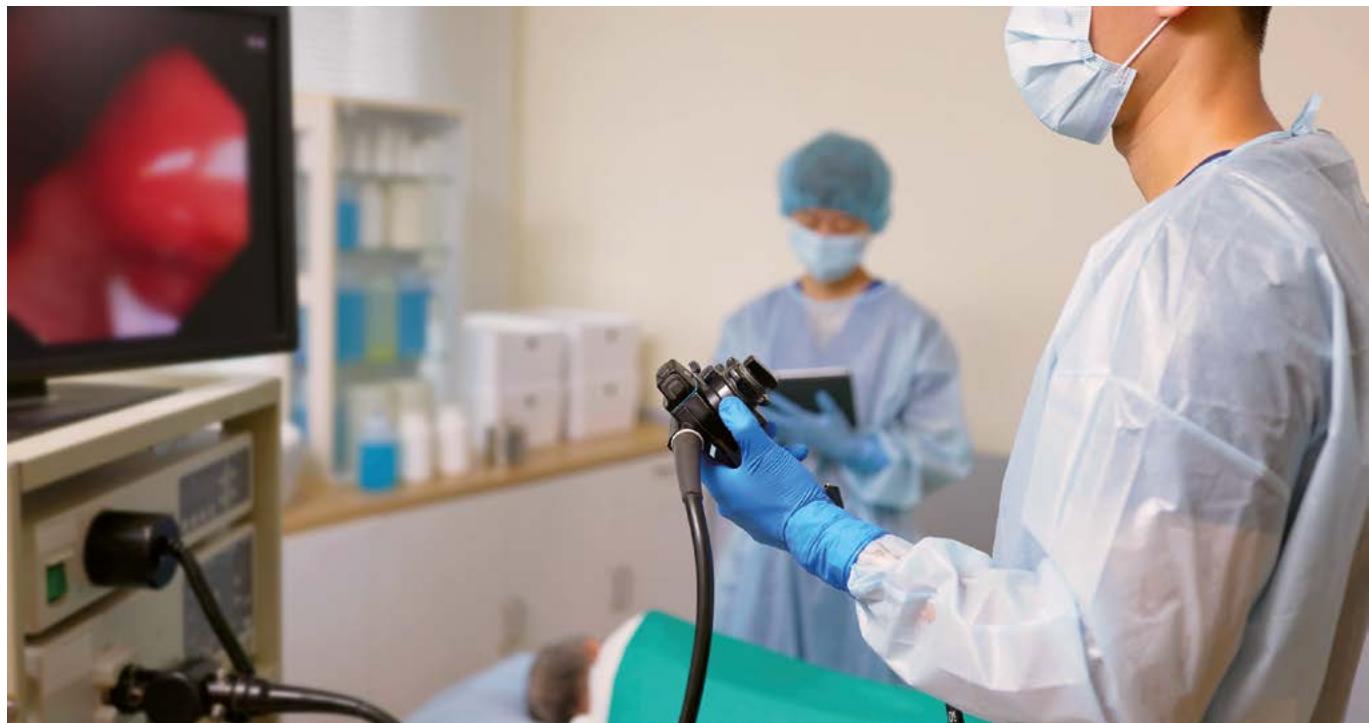
Depois temos a prevenção primária no sentido mais clássico, onde se incluem além das vacinas todos os rastreios de base populacional. Analisando os números relativamente aos rastreios, concluímos que sempre que existe uma estratégia nacional bem definida, como é o caso do rastreio do cancro da mama, a cobertura nacional é mais equitativa. O mesmo não acontece com os restantes rastreios, nomeadamente os oncológicos, como é o caso do cancro do colon e reto, onde ainda existem assimetrias regionais importantes na cobertura. Mas, olhando para a adesão verifica-se semelhanças com o rastreio do cancro da mama. Ou seja, quando a população tem acesso, existe adesão. Nos últimos anos praticamente nada se fez nesta área. Nós já atualizámos as normas relativas ao rastreio do cancro da mama, ao rastreio do cancro do colo do útero e, recentemente, ao



rastreio do cancro do cólon e reto. Relativamente a este último, estamos a trabalhar, juntamente com DGS e DE-SNS, no desenvolvimento de uma mesma estratégia nacional. Já avançámos também com o projeto-piloto de rastreio do cancro do pulmão na ULS de Gaia-Espinho e para breve avançaremos na ULS de Santa Maria. Pode parecer que está a ser feito pouco, mas a verdade é que estamos a recuperar tudo aquilo que não foi feito nos últimos 8 anos. Por fim, temos a prevenção secundária: garantir que as pessoas com doença crónica conseguem viver mais e melhor. Neste aspeto, a DGS está a revisitar vários modelos de cuidados integrados, nomeadamente na diabetes, na doença renal crónica e na obesidade. Criámos também recentemente um grupo de trabalho que integra as associações de pessoas que vivem com doença, para olharmos mais atentamente para esta problemática, porque ninguém melhor do que os próprios para ajudar a desenhar respostas mais eficazes e mais humanas.

Que mensagem gostaria de deixar aos profissionais de saúde e à população portuguesa sobre o futuro do sistema de saúde em Portugal? O que podemos esperar do serviço público de saúde para as próximas décadas?
Portugal tem verdadeiramente um dos

melhores serviços públicos de saúde do mundo, que garante acesso universal a cuidados de qualidade e com capacidade de oferecer tratamentos inovadores. São poucos os tratamentos, que não sejam experimentais, que se façam num qualquer ponto do mundo e não se façam também no nosso país. Reconheço, contudo, que enfrentamos desafios complexos. Por um lado, temos uma população envelhecida, e que continua a envelhecer, com elevada carga de doença e maior procura por cuidados de saúde, e por outro, temos escassez de recursos humanos e, não menos importante, a questão da sustentabilidade do próprio sistema. Estes desafios, que não são novos nem exclusivos do nosso país - são europeus e globais - não são de resolução fácil e rápida, exigem muitas vezes a tomada de decisões políticas difíceis, responsáveis e nem sempre consensuais, como por exemplo a regulamentação do trabalho em prestação de serviços. O nosso compromisso é muito exigente, mas inequívoco: garantir a melhor resposta de saúde aos portugueses e devolver-lhes a confiança no nosso SNS. Garantir um acesso universal e equitativo, garantir que as pessoas vivam mais e melhor é para isso, e apenas para isso, que trabalhamos todos os dias no Ministério da Saúde. •



Análise de Custo-efetividade do Rastreio de Base Populacional do Cancro do Cólon e Reto: discussão e apresentação dos resultados numa ACES (Parte 2)

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

A Economia da Saúde deve ser conceptualizada como o estudo da afetação de recursos no setor saúde, utiliza métodos de avaliação económica para determinar o melhor uso desses recursos. Procedeu-se a uma análise de Custo-efetividade do rastreio de base populacional do cancro do cólon e reto (RBP-CCR) num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em 2022. Com os dados obtidos do sistema SiiMa realizou-se um estudo transversal. As variáveis estudadas foram o sexo, a idade e o tipo de lesão histológica, consideraram-se como custos diretos o custo do kit de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e da colonoscopia. Os dados foram analisados nos programas SPSS e Excel para Mac. Dos resultados destaca-se que 2.156 utentes realizaram a PSOF, sendo 113 resultados positivos

(com média de idade 65 anos e maioritariamente homens, $p>0,05$); 97 apresentaram algum tipo de lesão da mucosa (4 utentes com cancro do cólon e reto (CCR) por biópsia; incidência = 18,55 por 10.000). Os custos diretos do RBP-CCR foram de 1.744,81 € por cada ano de vida ganho por pessoa com CCR no ACES em estudo. Concluiu-se que, apesar do custo por ano de vida ganho por pessoa diagnosticada ser elevado, o rastreio é custo-efetivo, na medida em que permite também identificar patologias pré-neoplásicas e, assim, reduzir os custos e o número de casos de CCR.

INTRODUÇÃO

A Economia pertence ao grupo das ciências sociais e o seu objetivo é analisar as atividades destinadas à obtenção de bens e serviços orientados para satisfazer as necessidades humanas, estabelecendo uma relação entre o ser humano e o seu entorno (Ávila y Lugo, 2004).

Um dos ramos desta ciência é a Economia da Saúde (ES) que, nas últimas décadas, tem ganho maior autonomia (Barros, 2023), disponibilizando instrumentos mensuráveis aos gestores, facilitando a toma das decisões face às necessidades da sociedade (Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira, & Ferraz, 2006). A ES procura maximizar os benefícios a partir de recursos limitados (eficiência económica) e alcançar a eficiência distributiva, quando os recursos de um determinado programa em saúde, são utilizados para maximizar os benefícios para a sociedade. Uma forma de concretizar este objetivo é através das análises de custos, que procuram determinar se os efeitos e os benefícios esperados de um determinado programa ultrapassam os custos dos recursos utilizados, sendo estes programas implementados quando existe benefício líquido positivo (benefícios totais superiores aos custos totais esperados) (Frederico, 1999). A importância destas análises é

verificar o uso de novas tecnologias que, em geral, implicam custos mais elevados na prevenção, no rastreio e no tratamento de doenças (Azevedo & Sousa-Pinto, 2019).

O Rastreio de base populacional do cancro de cólon e reto (RBP-CCR), baseia-se na realização de duas provas diagnósticas em série, aumentando, assim, a sensibilidade do programa.

Os utentes realizam inicialmente a PSOF, pelo método imunoquímico fecal (TIF), sendo o exame repetido em caso de má técnica de colheita. Num segundo momento, aos utentes com PSOF positivos são propostos para colonoscopia total, com o objetivo de identificar possíveis lesões da mucosa pré-malignas e malignas, que são biopsiadas para estudo histológico. O objetivo do presente trabalho é realizar uma análise de custo-efetividade do RBP-CCR, identificando se os custos são justificáveis pelos anos de vida ganhos pelos doentes com esta doença, num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), em 2022.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com os dados do RBP-CCR de 2022. Os critérios de inclusão e exclusão dos indivíduos encontram-se definidos no Despacho n.º 8254/2017, de 18 de setembro. Os dados foram obtidos do sistema SiiMa (plataforma de gestão de programas de rastreio de base populacionais).

Foram estudadas as variáveis idade, sexo e tipo de lesão histológica; recorreu-se a estatística descritiva (percentagens, desvio padrão e proporções). Calculou-se a taxa de incidência do CCR por 10.000 utentes rastreados no ACES; para cada utente com confirmação histológica de CCR foi calculado os anos de vida ganhos, com base nos seguintes pressupostos:

a) A esperança de vida esperada à nascença de 83,52 anos para mulheres e 78,05 anos para homens, conforme o Instituto Nacional de Estatística em 2022; **b)** Sobrevida global a 5 anos de 63% para CCR, considerando todos os estádios combinados (www.oncoguia.org.br), aplicando a fórmula (Total de anos ganhos) $\times 0,63$;

c) O custo direto considerado foi a soma dos custos, em euros (€), de cada prova diagnóstica (kit do PSOF e colonoscopia), com os valores extraídos do documento “Termos de referência para a contratação dos cuidados de saúde do SNS 2022”.

Para obter o custo do rastreio para cada

IDADE	HOMENS N (%)	MULHERES N (%)	TOTAL N (%)			
50 - 54	9	(14,06 ^a ;69,23 ^b)	4	(8,16 ^a ;30,77 ^b)	13	11,50^a
55 - 59	5	(7,81 ^a ;41,67 ^b)	7	(14,29 ^a ;58,33 ^b)	12	10,62^a
60 - 64	12	(18,75 ^a ;50,00 ^b)	12	(24,49 ^a ;50,00 ^b)	24	21,24^a
65 - 70	13	(20,31 ^a ;68,42 ^b)	6	(12,24 ^a ;31,58 ^b)	19	16,81^a
70 - 74	25	(39,06 ^a ;55,56 ^b)	20	(40,82 ^a ;44,44 ^b)	45	39,82^a
Total	64	(56,64^b)	49	(43,36^b)	113	

Tabela 1: Distribuição da idade dos utentes que realizaram a PSOF no ACES em estudo para o rastreio de base populacional do CCR, 2022

a: percentagem de coluna; b: percentagem da fila

RESULTADO HISTOLÓGICO	COLONOSCOPIA N (%)
Lesões não polipoïdes e/ou adenomas	14 (14,43)
Lesões polipoïdes	39 (40,21)
Adenomas	17 (17,53)
Adenomas e pólipos	23 (23,71)
Neoplasia	4 (4,12)
Total	97

Tabela 2: Resultado histológico das biópsias realizadas por Colonoscopia no rastreio de base populacional para CCR, 2022

ano de vida ganho por pessoa utilizou-se a seguinte fórmula:

$$(\Sigma \text{ Custos totais (€)})$$

$$(\Sigma \text{ Anos de vida ganhos})$$

RESULTADOS

Em 2022, foram realizadas 2.320 PSOF na população entre 50 a 74 anos dos concelhos do ACES (N=78450), sendo 164 (7,61%) repetidas, para um total de 2.156 utentes (1.224 mulheres [56,77%] e 932 homens [43,23%]). Identificaram-se 113 utentes com resultados positivos (5,24%; homens 64 [6,87%] e mulheres 49 [4,00%]; $p>0,05$, média de idade para ambos os sexos de 65 anos [DP 7,25]. Observou-se que, após os 60 anos, existe maior proporção de utentes a realizar o RBP-CCR, sendo o grupo etário dos 70 a 74 anos aquele com maior número de participantes (Tabela 1). Das 113 colonoscopias realizadas, 97 (85,84%) utentes apresentaram algum tipo de lesão da mucosa. O relatório histológico mostrou que 14 (14,43%) utentes não apresentavam lesões, a lesão polipoide foi a mais frequente ($n=39$; 40,21%) e 4 (4,12%; 50% homens) tiveram diagnóstico de CCR (taxa de incidência de 18,55 casos por 10.000 utentes rastreados). (Tabela 2). ▶

O RBP-CCR contribui para a prevenção e a deteção precoce do CCR, sendo o custo-benefício ultrapassável, pelo facto de diminuir custos a médio e longo prazo no SNS, aos utentes e às suas famílias, verificando ser custo-efetivo

ITEM	DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO POR UNIDADE	PREÇO TOTAL
1	Kits PSOF	2320	3 €	6 960 €
2	Colonoscopia	113	397 €	44 861 €
Total				51 821 €

Tabela 3: Custos diretos do Rastreio de base populacional para o CCR no ACES em estudo, 2022

UTENTE	ANOS CUMPRIDOS	SEXO	ESPERANÇA DE VIDA PARA 2022	ANOS GANHOS
1	64	Feminino	83,52	19,52
2	68	Masculino	78,05	10,05
3	70	Feminino	83,52	13,52
4	74	Masculino	78,05	4,05
Total de anos ganhos 47,14 anos				
Sobrevida a 5 anos 63% 29,70 anos				

Tabela 4: Cálculo dos anos ganhos para os utentes que realizaram o rastreio de base populacional do CCR no ACES em estudo, 2022

Cálculo do custo direto do RBP-CCR no ACES em estudo (ano 2022)

O custo da PSOF por TIF foi de 3€ por Kit e da colonoscopia 397€ por exame. Assim, o custo direto total do RBP-CCR no presente estudo foi de 51.821€. (Tabela 3).

Cálculo de anos de vida ganhos para os doentes com CCR

As idades dos utentes com CCR no momento do diagnóstico foram 64, 68, 70 e 74 anos, tendo sido calculados 29,70 anos de vida ganhos, após ponderação pela sobrevida a 5 anos (Tabela 4).

Custo-benefício

Ao substituir os valores na fórmula proposta:

(51 821 €)

(29,70 anos ganhos)

Obteve-se um valor de 1.744,81€ por cada ano de vida ganho por pessoa.

DISCUSSÃO

A proporção de utentes inscritos no ACES em estudo que realizaram o RBP-CCR foi baixa (2,75%). Esta observação pode dever-se a diferentes circunstâncias que devem ser estudadas noutras trabalhos, sendo que se destaca a organização e acessibilidade aos serviços de saúde e propriamente ao RBP-CCR. A maior participação de mulheres no RBP-CCR pode dever-se ao facto do

sexo feminino ser mais prevalente nas faixas etárias estudadas, assim como, à sua participação noutras rastreios de base populacional (p. ex. colo de útero e mama) que facilita a consciencialização da importância de participar nestas atividades do SNS, no entanto, poderiam existir fatores socioculturais e económicos que deverão ser objeto de investigação em outros trabalhos. Isto pode explicar também uma maior participação nas faixas etárias mais avançadas que poderia estar relacionado com a procura dos serviços de saúde nessa população.

Assim, deve destacar-se a importância de estabelecer estratégias para facilitar e convencer a realização do RBP-CCR na população-alvo. Neste trabalho, tanto na proporção de resultados positivos como na incidência de casos de CCR, não foram observadas diferenças entre homens e mulheres. Esta situação contrasta com o observado noutras trabalhos, onde se identifica uma maior proporção de utentes masculinos afetados pela doença (Papadakis, M, 2023). Alguns dos fatores de risco observados, como o consumo de gorduras animais e o tabagismo, podem estar relacionados com o género, mas mais investigações ter-se-ão de realizar para clarificar esta possibilidade na população estudada. O estudo histológico, na população estudada, evidencia, maioritariamente, lesões pré-malignas, assim, o RBP-CCR é relevante e de importância para diminuir a incidência do CCR devido à possibilidade de excisar estas lesões, dando assim, à colonoscopia um papel

importante para a deteção e tratamento precoce do CCR.

Em relação à análise de custo-efetividade realizada pode-se referir que o SNS está disposto a pagar 1.744,81€ por ano de vida ganho da pessoa, no entanto, apesar dos custos elevados, deve considerar-se que além de diagnosticar precocemente o CCR, podem identificar-se lesões pré-malignas como foi explicado anteriormente, o que acarreta benefícios acrescentados ao SNS, aos utentes e às suas famílias. Assim, pode verificar-se que o RBP-CCR, é custo-efetivo devido ao argumento antes exposto.

CONCLUSÕES

O RBP-CCR contribui para a prevenção e a deteção precoce do CCR, sendo o custo-benefício ultrapassável, pelo facto de diminuir custos a médio e longo prazo no SNS, aos utentes e às suas famílias, verificando ser custo-efetivo. Este trabalho poderia apresentar outros resultados segundo o ano estudado. Além disso, o trabalho pode dar origem a questões éticas a debater se os anos de vida ganhos de um utente merece custos elevados para o SNS. ●



Aceda à primeira parte
deste artigo publicado
na versão anterior
da RGH

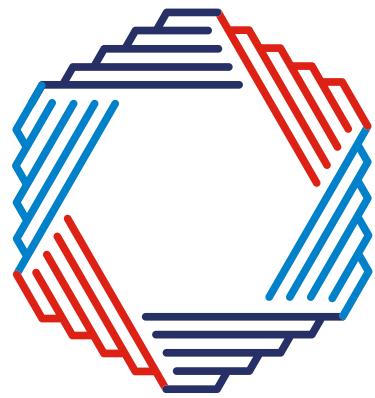
REFERÊNCIAS

- Ávila y Lugo, J. (2004). Introducción a la Economía. México DF: Plaza y Valdés S.A. de C.V.
- 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.
- Barros, P. P. (2023). Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos. Coimbra: Edições Almeida S.A., Ed4ª.
- Frederico, M. (1999). "Avaliação económica de saúde". Referência, (2), 35–39.
- Moraes, E., Campos, G. M., Figlie, N. B., Laranjeira, R. R., & Ferraz, M. B. (2006). "Conceitos Introdutórios de Economia da Saúde e o Impacto Social do Abuso de Álcool". Revista Brasileira de Psiquiatria, 28(4), 321–325. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000700014>
- Papadakis, M., McPhee, S. & Rabow, M. (2023). Current: Medical Diagnosis & Treatment. United States of America. Mc Graw Hill.

1. Assistente Hospitalar em Medicina Interna. Hospital Doutor José Maria Grande, Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.

2. Enfermeira. ULS Estuário do Tejo.

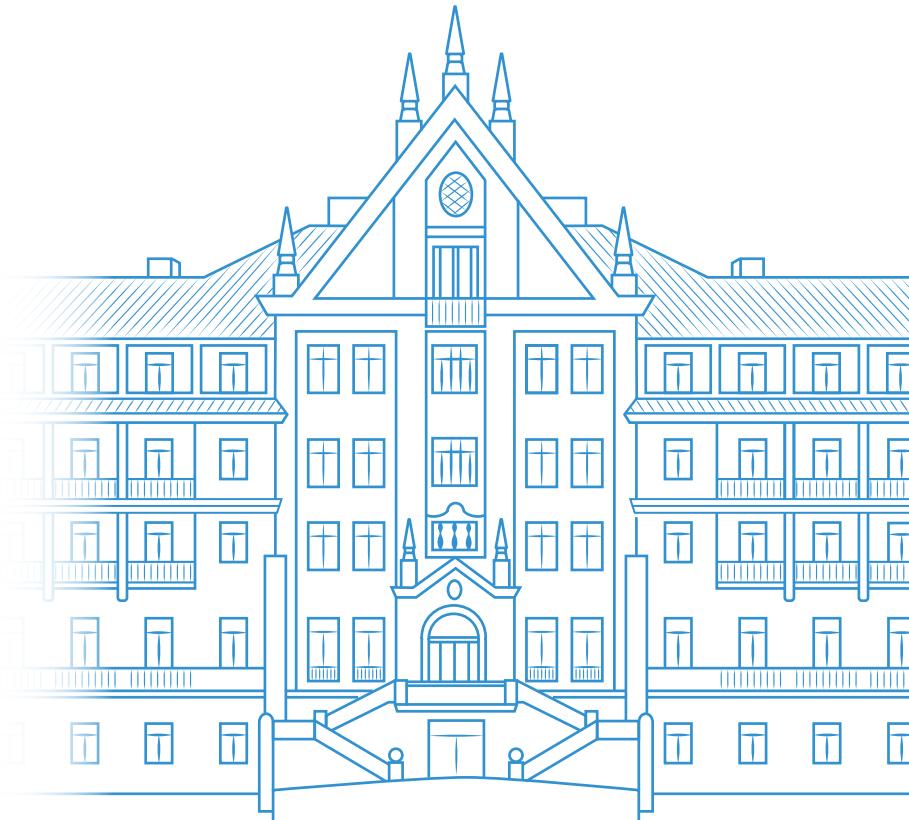
3. Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, ISLA – Santarém.)



17^a Conferência DE VALOR **APAH** 2026

Cuidados de saúde primários para todos

Pousada Serra da Estrela
Covilhã
15 e 16 maio



Organização

APAH
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Secretariado

ad médic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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



O Enfermeiro de Oncologia (EO): Uma Resposta Sustentável para os Cuidados Oncológicos em Portugal

Ana Filipa Gonçalves Semedo¹

RESUMO

O artigo propõe a criação do EO em Portugal, inspirado no modelo internacional do Clinical Nurse Specialist (CNS), destacando a sua relevância para melhorar a qualidade, segurança e eficiência dos cuidados. Com base em um estudo com profissionais portugueses e britânicos, demonstra-se ampla aceitação do modelo e defende-se o reconhecimento formal do EO pela Ordem dos Enfermeiros, como passo essencial para a humanização e sustentabilidade dos cuidados oncológicos.

INTRODUÇÃO

O cancro é uma das principais causas de mortalidade em Portugal e na Europa, com um aumento previsto de 24% nos novos casos até 2035, exigindo modelos de saúde mais centrados na pessoa e eficientes.

Neste contexto, o EO, com competências clínicas avançadas, assume um papel crucial na transformação dos cuidados oncológicos. A sua formalização, regulamentação e formação específica são essenciais para maximizar o impacto. O artigo destaca a importância estratégica da integração formal do EO no sistema de saúde português, evidenciando os seus impactos operacionais e financeiros para a gestão em saúde.

IMPORTÂNCIA ESTRATÉGICA

O artigo descreve um estudo desenvolvido no âmbito da formação em Administração Hospitalar que avaliou a viabilidade de implementar o modelo de Enfermeiro com Experiência na Área Oncológica em Portugal (Semedo, 2021). A metodologia envolveu revisão bibliográfica, análise documental e aplicação de um questionário a 59 enfermeiros portugueses e britânicos (4 CNSs), que avaliaram a concordância com as competências propostas para o EO em três domínios: direitos do doente, equipa profissional e sistema.

Os resultados (apresentados na **Tabela I**) revelaram elevada

concordância nos três domínios avaliados (2,7; 2,6; 2,8 numa escala de 0-3), validando a pertinência das competências propostas. Todos os participantes identificaram o modelo do CNS como o mais adequado para Portugal e apontaram benefícios da implementação do EO, como maior produtividade, menos readmissões e melhores indicadores de qualidade dos cuidados.

Em síntese, o EO afirma-se como agente transformador dos cuidados oncológicos, com ganhos comprovados em eficiência, gestão de sintomas e acompanhamento do doente, embora persistam necessidades de formação e reconhecimento formal como enfermeiro especialista para consolidar plenamente este papel.

ENQUADRAMENTO LEGAL E ESTRATÉGICO

O Regulamento n.º 395/2025 reconhece os Enfermeiros com Competências Acrescidas em Oncologia, criando base para a valorização do EO.

No entanto, defende-se a sua evolução para Enfermeiro Especialista, refletindo a complexidade e autonomia da prática. Alinhado com a Organização Mundial de Saúde este modelo reforça a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS), promovendo gestão precoce de sintomas, redução de complicações e internamentos, e maior autonomia e comunicação com doentes e cuidadores.

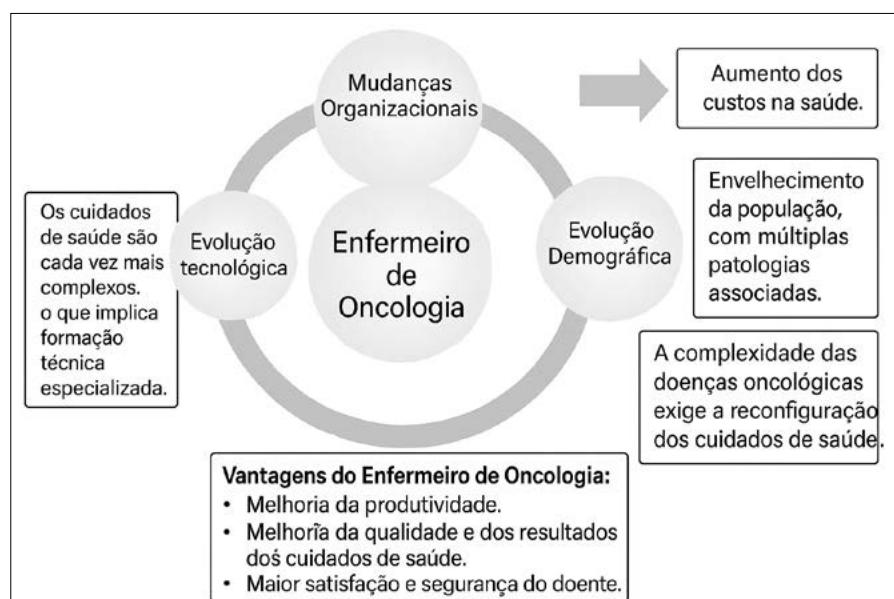
MODELO PROPOSTO: O EO - ENQUADRAMENTO ACADÉMICO E REFLEXÃO ESTRATÉGICA

A literatura internacional evidencia que o modelo do CNS é altamente custo-efetivo, permitindo reduções superiores a 15% nos custos hospitalares por episódio (Frontier Economics, 2010). Com base neste modelo, o EO pode promover o descongestionamento das urgências, otimizar a organização das consultas externas e aumentar a eficiência dos fluxos assistenciais.

Conforme ilustrado no **Esquema I**, o EO é um profissional com formação avançada em oncologia, que assegura o acompanhamento clínico e psicosocial do doente em todas as fases da doença. O **Esquema I** destaca os principais fatores que justificam a criação deste papel: mudanças organizacionais, evolução demográfica e avanços tecnológicos, que em conjunto exigem

DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	NÍVEL DE CONCORDÂNCIA
Direitos do doente	2.7	0.3	Elevado
Equipa profissional	2.6	0.4	Elevado
Sistema de saúde	2.8	0.2	Muito Elevado

Tabela I: Resultados médios dos 59 questionários aplicados (escala 0-3)



Esquema I: As razões da implementação do Enfermeiro de Oncologia

uma reconfiguração dos cuidados de saúde.

O EO atua na gestão de sintomas, educação terapêutica, coordenação de cuidados, apoio emocional e investigação clínica, contribuindo para maior produtividade, melhores resultados clínicos e maior satisfação do doente.

Entre 2019-2022, a Consulta de Enfermagem do Digestivo Alto do Instituto Português de Oncologia de Lisboa obteve resultados significativos, reduzindo o internamento em 5-7 dias, o tempo de espera em 25% e aumentando a satisfação dos utentes em 30%, reforçando o papel essencial do EO na continuidade e deteção precoce de complicações (Casaca, 2020).

Modelos semelhantes em Unidades de Saúde Familiar revelam ainda melhor gestão de doenças crónicas e menores taxas de internamento evitável (ARS Norte, 2020). Apesar dos desafios persistentes, nomeadamente a escassez de recursos humanos e a falta de reconhecimento formal, o EO,

conforme delineado no **Esquema I**, afirma-se como elemento estratégico na modernização dos cuidados de saúde, reforçando a integração, eficiência e humanização na oncologia.

INTEGRAÇÃO DO EO: IMPACTO ESTRATÉGICO E ECONÓMICO NOS SNS

Para os gestores de saúde, a integração do EO é uma estratégia essencial que melhora resultados clínicos, aumenta a satisfação dos doentes e reforça a eficiência operacional, otimizando recursos, reduzindo custos e promovendo a sustentabilidade do SNS.

A integração do EO gera ganhos clínicos, económicos e organizacionais, potenciando eficiência, satisfação dos doentes e sustentabilidade. Segundo o relatório da Frontier Economics (2010), as poupanças variam entre €66-€12.542 por doente (**Tabela 2**), refletindo menor número de internamentos, melhor coordenação de cuidados e redução da mortalidade hospitalar.

Para além das poupanças diretas, o EO proporciona benefícios intangíveis de elevada relevância, nomeadamente: ▶

MEDIDAS IMPLEMENTADAS PELO CNS	TIPO DE CANCRO	REDUÇÃO DOS CUSTOS POR PACIENTE (£)	COMENTÁRIOS	FASE DO TRATAMENTO
Aumento do diagnóstico realizado por CNS em Nurse Led Clinics	Mama, Cabeça e PESCOÇO, Próstata	€67	Equivale ao custo de 2 consultas médicas	Diagnóstico Tratamento
Cuidados liderados pelo CNS durante a radioterapia	Próstata	€316	Equivale ao custo de 5 consultas clínicas	Diagnóstico Tratamento
Clínicas lideradas por CNS no pós-tratamento	Mama, Colorretal, Cabeça e PESCOÇO	€100	Equivale a 3 consultas clínicas	Pós-tratamento (1º ano)
Redução das visitas ao médico de família	Colorretal, Cabeça /PESCOÇO, Pulmão, Próstata	€66	Equivale a 1,1 consultas	Pós-tratamento (2º-3º ano)
Diminuição da taxa de recorrência	Mama/Colorretal	€12.542	Custo anual médio de recorrência evitada	Pós-tratamento (2º-3º ano)
Redução de consultas de rotina	Mama, Pulmão, Próstata	€150	Equivale ao custo de 1 consulta médica	Pós-tratamento (2º-3º ano)
	Colorretal	€216	Equivale a 2 consultas clínicas	
	Cabeça / PESCOÇO	€100	Equivale a 3 consultas clínicas	
Redução de óbitos hospitalares	Mama, Colorretal, Cabeça/ PESCOÇO, Pulmão, Próstata	€805	Equivale ao custo de 3 dias de internamento	Cuidados Paliativos

Tabela 2: Poupanças anuais (estimativas) alusivas ao papel do CNS nos cancros: mama, cabeça, e pescoço, pulmão, colorretal e próstata
(Fonte: Frontier Economics (2010))

- Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.
- Aumento da satisfação e confiança de doentes e profissionais.
- Otimização da organização do trabalho de enfermagem e redistribuição de tarefas.
- Maior flexibilidade e resiliência das equipas multidisciplinares.
- Reforço da comunicação interprofissional e da continuidade assistencial.

A atuação do EO traduz-se também em ganhos operacionais significativos, observáveis através de:

- Redução do tempo médio de internamento.
- Deteção precoce de complicações.
- Aumento da adesão terapêutica.
- Seguimento estruturado, diminuindo contactos não programados e pressão sobre serviços de urgência.

Do ponto de vista da gestão hospitalar, o EO constitui uma oportunidade estratégica para reorganizar cuidados e racionalizar recursos. A sua integração promove eficiência e melhoria contínua, com impacto direto em:

- Redução de internamentos, readmissões e complicações.
- Gestão terapêutica otimizada e uso racional de recursos.
- Melhoria dos principais Key

Performance Indicators institucionais.

- Aumento da produtividade e diminuição da rotatividade das equipas.
- Poupança média anual superior a 3.000€ por doente (Frontier Economics, 2010).

Em Portugal, a implementação do modelo do EO revela-se viável e estratégica, totalmente alinhada com as prioridades do SNS e com a transformação sustentável da saúde, promovendo:

- Acompanhamento proativo e personalizado.
- Cuidados centrados no doente.
- Valorização da prática avançada em enfermagem.
- Envolvimento ativo de doentes e cuidadores em todas as etapas do percurso oncológico.

CONCLUSÃO

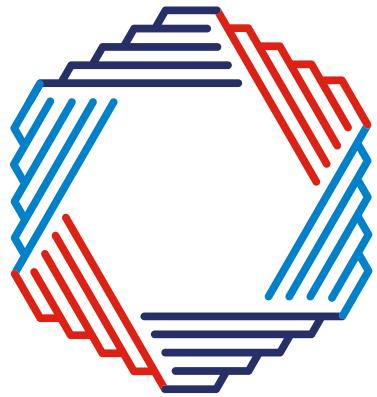
A valorização do EO é um marco estratégico na transformação dos cuidados oncológicos em Portugal. Combina eficiência clínica, sustentabilidade financeira e humanização dos cuidados, reforçando a modernização do SNS e uma oncologia centrada no doente. O EO é essencial no percurso do doente oncológico, acompanhando-o do diagnóstico ao seguimento, assegurando transições seguras, autonomia e

articulação dos cuidados. A sua formalização é vital para gerar ganhos clínicos e organizacionais e reforçar a sustentabilidade do SNS. ●

REFERÊNCIAS

- Temido, Marta (2014). "Exequibilidade de uma Revisão da Combinação de Papéis de Médicos e Enfermeiros no Setor da Saúde". IHMT, Universidade Nova de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crónica. Lisboa: OE.
- NHS England (2022). Specialist Cancer Nurses: Delivering for Patients. NHS England Publications.
- Casaca, Rui et al. (2020). Unidade Digestivo Alto 2007-2019. Vol. 1. 2020.
- World Health Organization (2012). Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Interventions through Task Shifting. WHO Press.
- Frontier Economics for Department of Health (2010). One to One Support for Cancer Patients. Department of Health.
- Semedo, Ana Filipa G. (2021). "Enfermeiro com Experiência na Área Oncológica". Trabalho de Campo do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte) (2020). Relatório de Monitorização das Unidades de Saúde Familiar (USF): Indicadores de Desempenho 2019. ARS Norte.

1. Lead Clinical Nurse Specialist Uro-Oncology
The Royal Marsden NHS Foundation Trust;
Vice Chair – NICE Guidelines Committee for
Kidney Cancer; MSc in Clinical Leadership in
Cancer, Palliative and End of Life Care;
Non-specialist Committee Chair – NICE
(The National Institute for Health and Care
Excellence)



18^a Conferência DE **VALOR APAH** 2026

Eficiência dos cuidados de saúde

SDivine Fátima Hotel
Fátima
09 e 10 outubro



Organização

APAH
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Secretariado

ad médic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

3

Perguntas a Antonietta Ávila

Administradora Hospitalar
ULS Santa Maria

1 Como descreve o seu percurso?

O meu percurso tem sido construído na área da administração hospitalar e da gestão de unidades de saúde, sempre com a preocupação de compreender o sistema no seu todo e de melhorar a forma como as decisões se refletem nos cuidados prestados. Sou licenciada em Economia pela Nova SBE, com especialização em Administração Hospitalar pela ENSP-UNL, e pós-graduada em Controlo de Gestão e Finanças Empresariais pelo ISEG-UL. Ao longo dos anos, fui complementando esta base com formação em liderança, auditoria e governação em saúde, procurando responder às exigências reais da gestão no contexto do Sistema Nacional de Saúde.

Iniciei a carreira na banca, experiência que me deu ferramentas importantes de análise financeira e disciplina na decisão, mas foi na saúde que encontrei o verdadeiro sentido do meu percurso profissional. Desempenhei funções em diferentes contextos e níveis organizacionais, como assessora económico-financeira, Auditora Interna e responsável pelo Serviço de Auditoria Interna e, atualmente, administradora hospitalar na ULS Santa Maria, EPE.

Esta diversidade permitiu-me desenvolver uma visão integrada da gestão, próxima da realidade concreta dos serviços, dos profissionais e dos cidadãos.



Paralelamente, exercei atividade docente em auditoria em saúde e participei em associações profissionais, mantendo uma ligação permanente à reflexão e ao desenvolvimento do conhecimento nesta área.

A minha prática tem sido orientada pela consciência de que gerir em saúde é servir uma missão exigente: dar resposta a uma procura crescente, com os recursos disponíveis, garantindo sustentabilidade, qualidade e confiança no sistema.

2 Quem foi ou continua a ser a sua maior inspiração?

A minha maior inspiração encontra-se, acima de tudo, nos profissionais que diariamente entram nos hospitais e nas unidades de saúde

para cuidar de pessoas doentes. São médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes e tantos outros que, apesar da pressão, da escassez de recursos e das dificuldades acumuladas, continuam a exercer o seu trabalho com dedicação, sentido de responsabilidade e humanidade. É impossível trabalhar na gestão hospitalar sem sentir profundo respeito por quem está na linha da frente do cuidado.

Ao longo do meu percurso, tive também a oportunidade de aprender com líderes e gestores que me mostraram que administrar uma organização de saúde implica assumir um peso significativo de responsabilidade.

Cada decisão tem impacto real na vida das pessoas, nas condições de

ENQUADRAMENTO DOS PRINCIPAIS PROJETOS DESENVOLVIDOS OU EM DESENVOLVIMENTO

Administrar em saúde é também ajudar a construir um futuro mais equilibrado, sustentável e humano

trabalho das equipas e na confiança que a sociedade deposita no sistema de saúde. Na gestão em saúde, muitas decisões são tomadas em contextos imperfeitos, onde o rigor e a ética são determinantes.

Esses exemplos reforçaram em mim a importância da ética, da transparência e da accountability. Num contexto de crescente escrutínio, transformação tecnológica e desafios financeiros, liderar exige coerência, capacidade de decisão e respeito pelas pessoas.

Inspira-me a ideia de que é possível fazer melhor, criar ambientes de trabalho mais saudáveis e contribuir para um sistema de saúde sustentável. A verdadeira liderança, na minha perspetiva, constrói-se no equilíbrio entre exigência e humanidade, entre rigor técnico e empatia.

3 Que conselhos daria à próxima geração de Administradores Hospitalares?

À próxima geração de administradores hospitalares diria que a gestão em saúde exige preparação, humildade e um forte sentido de missão. Gerir unidades de saúde significa tomar decisões complexas, muitas vezes em contexto de escassez, procurando sempre fazer o melhor uso possível dos recursos disponíveis, sem comprometer a qualidade dos cuidados.

Ao longo da minha carreira, estive envolvida em projetos orientados para o reforço da sustentabilidade, da responsabilidade e da qualidade da gestão das unidades de saúde. Enquanto Auditora Interna, responsável pelo Serviço de Auditoria no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, participei na implementação e consolidação de sistemas de controlo interno, gestão de risco e conformidade. A auditoria interna foi assumida como uma ferramenta de apoio à gestão e à melhoria contínua, contribuindo para decisões mais informadas, antecipação de riscos e reforço da confiança organizacional.

Posteriormente, entre 2018 e 2021, exercei funções como coordenadora-adjunta da Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde, com enfoque na análise de risco, no controlo da despesa e no apoio à decisão estratégica, num contexto particularmente exigente do ponto de vista financeiro. Este trabalho evidenciou a importância de alinhar o planeamento, a execução e a responsabilidade na utilização dos recursos.

Atualmente, na ULS Santa Maria, EPE, estou envolvida em projetos que articulam gestão, auditoria, governação clínica e transformação digital. Estes projetos têm permitido responder à pressão assistencial, à escassez de profissionais e à necessidade de garantir sustentabilidade a médio e longo prazo, com foco na eficiência dos processos, na segurança da informação e na qualidade dos cuidados prestados.

Em paralelo, a atividade docente tem permitido contribuir para a formação de profissionais preparados para a complexidade da gestão em saúde.

No seu conjunto, estes projetos traduzem uma orientação estratégica focada na qualidade dos cuidados, sustentada por princípios de responsabilidade e sustentabilidade, contribuindo para o reforço de uma cultura de saúde centrada nas pessoas.

É imprescindível investir em conhecimento técnico — gestão financeira, auditoria, controlo interno, análise de dados e governação clínica — mas isso, por si só, não é suficiente. A capacidade de liderar pessoas, de ouvir, de comunicar e de valorizar talentos é determinante para a sustentabilidade das organizações.

O futuro da saúde não se constrói apenas com mais tecnologia ou mais investimento, mas de escolhas mais conscientes e responsáveis. A digitalização e os dados devem ser

instrumentos ao serviço da melhoria dos cuidados e do trabalho dos profissionais, e não um fim em si mesmos.

Por fim, considero essencial que se promova uma mudança de olhar sobre o sistema de saúde. Precisamos de avançar para uma cultura que valorize a saúde, a prevenção e a literacia, rompendo com uma lógica excessivamente centrada na doença. Administrar em saúde é também ajudar a construir um futuro mais equilibrado, sustentável e humano. ●

Barómetro de Integração de Cuidados

Integração para transformar: 2026, o ano decisivo para os Cuidados de Saúde em Portugal

Miguel Amado¹

A integração de cuidados tomou-se, nos últimos anos, uma das reformas estruturantes mais determinantes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O avanço decisivo ocorreu em 2024 com a universalização das Unidades Locais de Saúde (ULS), integrando hospitais, cuidados primários e cuidados continuados numa única entidade de gestão. Esta transformação pretendeu romper com décadas de fragmentação, duplicações, rupturas na continuidade assistencial e ausência de coordenação efetiva entre equipas e níveis de cuidados — problemas identificados repetidamente pelos profissionais e amplamente sentidos pelos cidadãos.

Hoje, dois anos após o início desta reforma e no início de 2026 — ano crítico para a execução dos fundos do PRR e para a entrada em vigor das principais obrigações do European Health Data Space (EHDS) — Portugal encontra-se numa encruzilhada: ou consolida e acelera a integração, convertendo o modelo ULS em verdadeiro motor de transformação, ou corre o risco de ficar pela reorganização formal, sem impacto substantivo nos percursos de cuidados.

A EVOLUÇÃO MEDIDA: O QUE NOS DIZ O BARÓMETRO DA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

O Barómetro da Integração de Cuidados da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) — a principal ferramenta anual de medição da percepção dos profissionais sobre o grau de integração — permite compreender este momento com visão objetiva. A edição mais recente revela uma média global de 3,29 (em 5), acima dos 3,02 apurados no ano anterior. Trata-se de um progresso significativo, mas ainda distante do potencial que o modelo ULS encerra.

O Barómetro avalia seis dimensões fundamentais:

- **Normativa (3,56)** — a dimensão mais valorizada, refletindo um alinhamento regulatório robusto;
- **Informação (3,32)** — um progresso visível, mas insuficiente, sobretudo devido a dificuldades de interoperabilidade efetiva;
- **Clínica (3,15)** — uma evolução positiva, embora longe de configurar percursos verdadeiramente integrados;
- **Sistémica (2,78)** — uma das áreas mais frágeis, demonstrando carências de articulação entre entidades centrais e locais;
- **Administrativa (2,67)** — processos ainda pesados e pouco harmonizados;
- **Financeira (2,64)** — a dimensão mais crítica, com falta de transparência, modelos de financiamento desajustados e ausência de contabilidade analítica transversal.

O Barómetro revela também que as ULS criadas após 2024 aproximam-se rapidamente das mais antigas, mostrando capacidade de adaptação; as ULS que, historicamente, apresentavam maior nível de integração estagnaram, sugerindo que a reorganização estrutural, por si só, não garante melhoria contínua; existem diferenças regionais claras, com Norte e Alentejo a evidenciarem percepções mais favoráveis face ao Algarve e Lisboa e Vale do Tejo e que os administradores hospitalares apresentam avaliações mais positivas nas dimensões administrativa e financeira, ao passo que os médicos se mostram mais exigentes, especialmente na dimensão clínica.

Este retrato confirma que a base estrutural foi lançada, mas que o modelo ainda não se traduz de forma consistente na prática quotidiana das equipas.

A REFORMA ESTRUTURAL NÃO CHEGA: INTEGRAR É TRANSFORMAR CULTURAS, PROCESSOS E INCENTIVOS

A criação das ULS permitiu dotar o SNS

de uma arquitetura organizacional coerente. Mas a integração não se faz por decreto. Requer que profissionais com culturas, histórias e incentivos distintos passem a trabalhar de forma coordenada, com objetivos partilhados e com uma visão comum da trajetória de cuidados do cidadão.

Durante décadas, o percurso de um utente — especialmente de doentes crónicos ou pessoas vulneráveis — foi marcado pela ausência de um fio condutor: episódios desconexos, duplicação de exames, falhas de comunicação, referênciação sem retorno e pouca visibilidade dos custos e resultados. Integrar significa garantir continuidade real, partilha de informação relevante e responsabilização conjunta.

É por isso que os resultados do Barómetro, particularmente na dimensão clínica, revelam a urgência de desenvolver percursos clínicos integrados com envolvimento de todos os profissionais; assegurar referênciação com retorno obrigatório e acompanhamento proativo; criar equipas multidisciplinares articuladas, com regras claras de corresponsabilidade e introduzir ferramentas de monitorização contínua dos ganhos em saúde.

Sem estes mecanismos — e sem incentivos alinhados — a integração permanece um ideal mais do que uma realidade.

O PAPEL DA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL: CONDIÇÃO INDISPENSÁVEL PARA A INTEGRAÇÃO

A integração informacional é o alicerce da integração clínica. O SNS tem investido na modernização tecnológica, com teleconsulta, registo clínico eletrónico, evolução das plataformas da SPMS e desenvolvimento de ferramentas de Inteligência Artificial aplicadas ao apoio ao diagnóstico, triagem e gestão operacional.

Mas a interoperabilidade plena — aquela que permite a um médico de família aceder ao percurso hospitalar completo

ou a um especialista conhecer em detalhe a evolução do doente no centro de saúde — continua por concretizar.

O EHDS, cuja aplicação plena terá de estar garantida até ao final de 2027, representa simultaneamente uma exigência e uma oportunidade: forçará Portugal a adotar padrões de interoperabilidade e segurança digital compatíveis com o quadro europeu.

A SPMS, nos moldes atuais ou previstos no programa de governo desempenhará aqui um papel estratégico.

Porém, terá de alinhar-se com a ARTE e com o CTO do Estado; garantir uma arquitetura digital do Estado coerente; evitar duplicações e desencontros entre projetos tecnológicos e centrar o desenvolvimento na utilização real pelas equipas e não apenas na componente técnica.

Uma integração sem dados partilháveis é uma integração incompleta.

A FRAGILIDADE PERSISTENTE: O FINANCIAMENTO

A dimensão financeira continua a ser o maior entrave à integração. O atual modelo assenta em incentivos de produção isolados por unidades ou serviços, que não encorajam a cooperação e levam, muitas vezes, à otimização local em detrimento do interesse global do cidadão.

Para que a integração seja sustentável, é necessário:

- Evoluir para **capitação ajustada ao risco**;
- Criar **modelos de pagamento por percurso clínico**, e não por episódio;
- Implementar **contabilidade analítica transversal** ao SNS;
- Disponibilizar **dashboards financeiros e operacionais em tempo real**;
- Assegurar total transparência nos custos e nos resultados.

Sem isto, os profissionais continuarão a sentir que trabalham em “casas separadas”, mesmo quando os organogramas dizem o contrário.

A GRANDE VARIÁVEL: AS PESSOAS

Nenhuma reforma de integração funciona sem uma estratégia robusta de gestão da mudança. Integrar implica:

- transformar práticas enraizadas;
- redefinir papéis e responsabilidades;
- criar equipas que nunca trabalharam juntas;
- reforçar liderança e literacia digital;
- envolver profissionais desde o desenho das soluções.



Apresentação dos Resultados do Barómetro da Integração de Cuidados

A evidência internacional é clara: a integração falha sempre que as equipas não se apropriam das mudanças. E falha também quando o cidadão não é visto como parte ativa do seu próprio percurso de saúde.

Por isso, a literacia em saúde assume um papel estratégico. Um utente informado comprehende melhor o seu tratamento, reconhece sinais de agravamento, procura cuidados de forma adequada e reduz pressão sobre o sistema.

Integrar é, também, integrar o cidadão.

2026: UMA JANELA DE OPORTUNIDADE QUE NÃO SE REPETIRÁ

O período até 2026 concentra vários processos críticos:

- Fim do PRR e necessidade de assegurar que o investimento não fica limitado a obras e equipamentos;
- Revisão da Lei de Bases da Saúde;
- Relançamento das PPP;
- Implementação inicial das obrigações do EHDS;
- Redefinição do papel da SPMS enquanto plataforma de dados e IA do setor público;
- Consolidação do modelo ULS.

O risco é claro: sem orientação estratégica, os investimentos podem não gerar verdadeira integração clínica, informacional e sistémica.

Mas a oportunidade é única: nunca como agora houve tanta convergência entre reforma legal, pressão financeira, incentivos

europeus e exigência social de um SNS mais próximo, mais ágil e verdadeiramente centrado na pessoa.

CONCLUSÃO: INTEGRAR PARA TRANSFORMAR, TRANSFORMAR PARA CUIDAR MELHOR

Portugal está perante um ponto de viragem. O modelo ULS criou as bases; os profissionais reconhecem melhorias; a digitalização está em aceleração; e a reforma do Estado cria um enquadramento favorável à mudança. Mas a integração não pode ficar pela metade.

2026 será decisivo. É o momento de:

- **Consolidar a governação** e clarificar papéis entre entidades;
- **Acelerar a interoperabilidade** e preparar o SNS para o EHDS;
- **Reformar o financiamento**, alinhando incentivos com percursos e resultados;
- **Fortalecer a gestão da mudança**, garantindo que as equipas são protagonistas e não meras recetoras da transformação;
- **Reforçar o envolvimento do cidadão**, devolvendo-lhe autonomia e capacidade de decisão.

Integrar não é reorganizar: é mudar a forma como cuidamos, cooperamos e decidimos. É garantir que cada pessoa tem um percurso contínuo, seguro e humano. É transformar o SNS num sistema verdadeiramente centrado nas pessoas — mais justo, mais eficiente e preparado para o futuro. •

2ª Edição Barómetro da Integração de Cuidados



Com o apoio
Institucional:

Com o apoio
Técnico:

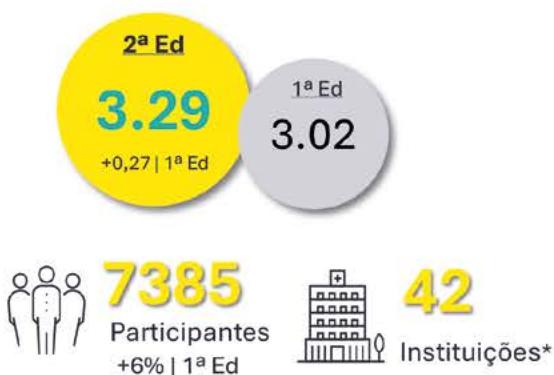


OBJETIVOS E METODOLOGIA

O Barómetro da integração de Cuidados tem como o intuito de determinar o grau de percepção de integração de cuidados de profissionais de saúde, a nível nacional.

O questionário é constituído por **53 afirmações, divididas por 6 dimensões**, que foram avaliadas numa escala de **1 a 5 de acordo com o nível de concordância** ou “NS – Não Sei” caso o inquirido não tenha informações suficientes para avaliar conscientemente uma questão.

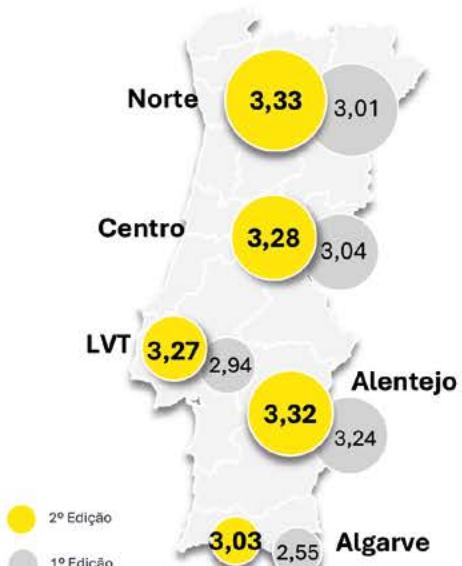
PRINCIPAIS RESULTADOS



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

A **dimensão Normativa** obteve a **melhor classificação** e também **foi a que mais melhorou face à edição anterior**, evidenciando o alinhamento regulatório e procedural das várias unidades de saúde que constituem as ULS. Por outro lado, a **dimensão Financeira**, volta a destacar-se pela **baixa classificação**, como também pelo **reduzido índice de resposta** (45%) entre os vários grupos profissionais, sugerindo potencialmente falta de visibilidade com a gestão financeira e a distribuição de recursos no seio das ULS.

AVALIAÇÃO POR REGIÃO



AVALIAÇÃO POR SEGMENTO



AVALIAÇÃO POR GRUPO PROFISSIONAL

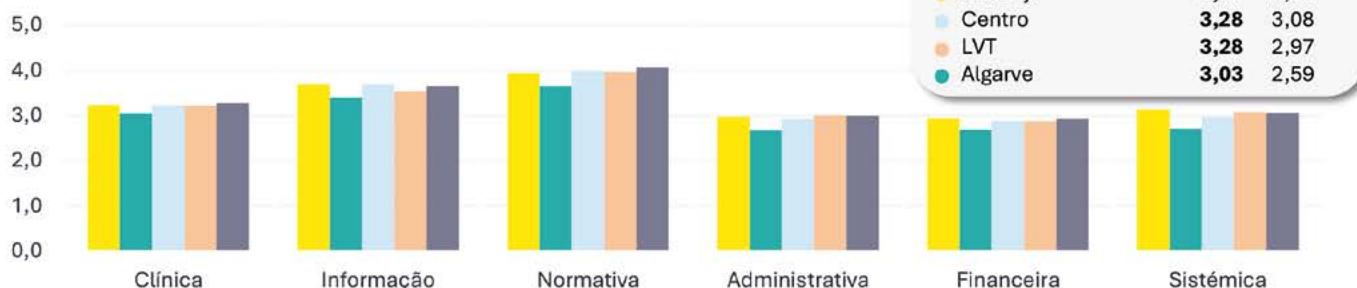


Os diferentes grupos profissionais dentro do Sistema Nacional de Saúde têm percepções diferentes da integração de cuidados, influenciadas pelos seus papéis e pelas Unidades em que trabalham.

Os Administradores Hospitalares mostraram um maior domínio nas dimensões Administrativas e Financeiras, às quais atribuíram pontuações elevadas, apesar da baixa média nacional. Na dimensão Clínica, são os Enfermeiros e os Médicos quem mostram maior conhecimento, sendo os Médicos aqueles cuja percepção de integração é pior.

2ª Edição Barómetro da Integração de Cuidados

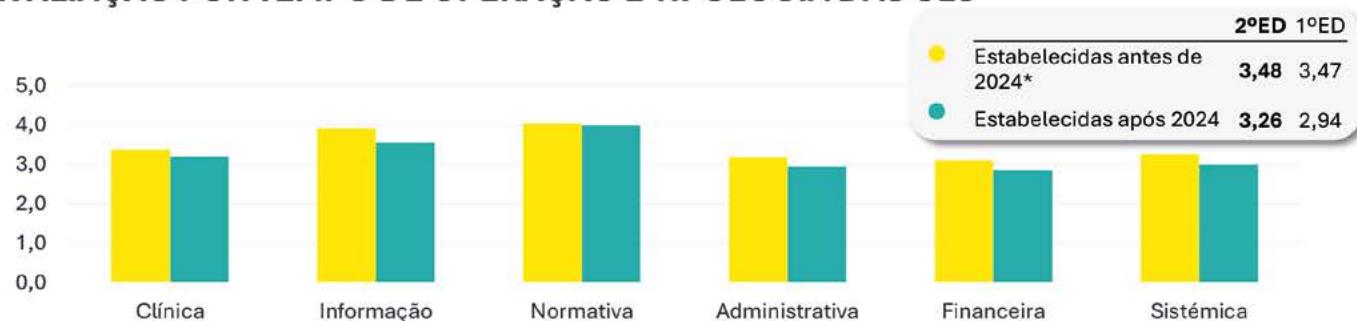
AVALIAÇÃO POR REGIÃO



A percepção da integração dos cuidados varia em função da região do país:

1. Os resultados da 2ª edição do Barómetro demonstram maior percepção de integração em todas as regiões em comparação com a 1ª edição.
2. O Algarve é a região que apresenta, em todas as dimensões, uma percepção de integração inferior.
3. Verifica-se uma distribuição das avaliações relativas uniforme, sendo evidente a menor percepção de integração na dimensão Financeira, de Norte a Sul do país.

AVALIAÇÃO POR TEMPO DE OPERAÇÃO E TIPOLOGIA DAS ULS



A percepção de integração é superior nas unidades com operação anterior a 2024, contudo, observa-se uma aproximação das avaliações médias, sugerindo que a criação das ULS mais recentes está a contribuir para uma maior percepção de integração. Verifica-se ainda que a opinião relativa das várias dimensões é consensual, independentemente da maturidade e tipologia da instituição.

AVALIAÇÃO POR AFIRMAÇÕES

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

As 5 afirmações com melhor nível de concordância

1	"As equipas de trabalho são constituídas por profissionais com diferentes formações académicas (enfermagem, técnicos de saúde, administrativos, auxiliares, etc)"	4,42
2	"Existe uma intranet comum a toda a ULS"	4,34
3	"Todos os profissionais dispõem de email e de acesso aos contactos dos restantes profissionais da ULS."	4,27
4	"A ULS tem um regulamento interno que foi aprovado e se encontra em vigor."	4,21
5	"As principais unidades funcionais da ULS têm um regulamento interno específico"	4,08

As 5 afirmações com menor nível de concordância

53	"Existe disponível a todo o momento, informação sobre os custos de cada doente ao longo de todo o processo de produção na ULS (episódio)"	1,93
52	"Na minha ULS conheço os custos totais das principais patologias da área de influência"	1,96
51	"A remuneração dos profissionais contém incentivos dirigidos à coordenação e cooperação entre as diferentes unidades funcionais que integram a ULS"	2,23
50	"Conheço os objectivos, as actividades, a monitorização efectuada e os resultados alcançados pelas outras unidades funcionais da ULS."	2,35
49	"Existe uma política salarial e de incentivos que é global para a ULS"	2,35

*As ULS estabelecidas antes de 2024 são: ULS de Matosinhos, ULS da Guarda, ULS do Baixo Alentejo, ULS do Alto Minho, ULS de Castelo Branco, ULS do Nordeste, ULS do Litoral Alentejano e ULS do Alto Alentejo

Variação de posição da afirmação face à 1ª edição

Barómetro de Integração de Cuidados

Opinião de Daniel Gaio Simões, Diretor da Bayer Portugal

O Barómetro de Integração de Cuidados (BIC) é uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), com o objetivo de medir e identificar as áreas de maior e menor percepção dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sobre a integração de cuidados nas suas unidades.

A 2ª edição do estudo foi realizada com o apoio da Bayer Portugal, apoio técnico da EY Portugal e Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e apoio institucional da Portuguese Association for Integrated Care (PAFIC), tendo avaliado a percepção de quase 8.000 profissionais do SNS. As conclusões apontam para uma melhoria ligeira na percepção da integração de cuidados, contudo persistem fragilidades na coordenação entre unidades, com ausência de incentivos à cooperação e de política salarial integrada.

No seguimento da apresentação de resultados da 2ª edição do BIC que decorreu no passado mês de novembro, em Vila Nova de Gaia, no âmbito da 16ª Conferência de VALOR APAH, quisemos ouvir a opinião de Daniel Gaio Simões, Diretor Geral da Bayer Portugal, sobre a evolução dos resultados, o que falta e pode ser feito para melhorar a sustentabilidade financeira das unidades e corrigir assimetrias regionais, quais as áreas prioritárias e o papel dos stakeholders da saúde, de forma a garantir uma efetiva integração de cuidados.

O Barómetro revela uma melhoria de 9% na percepção de integração de cuidados, mas o valor de 3,29 (em 5) indica que há ainda um caminho significativo a percorrer. Na sua perspetiva, enquanto agente que trabalha diariamente com as instituições do SNS, o que explica esta evolução e o que ainda falta?

O novo modelo governativo do SNS assente nas Unidades Locais de Saúde apresenta-se como uma transformação organizacional e cultural profunda, ainda recente. A melhoria da percepção da

integração é um sinal encorajador - o ganho de 9% não é irrelevante numa média de 3,29 que já é moderadamente positiva.

Na minha opinião, já foi feito um trabalho operacional meritório pelos profissionais do SNS com diferentes experiências de integração dependendo da ULS. Por exemplo, assistimos a fusões de equipas oriundas de realidades distintas dos cuidados primários e hospitalares, com redefinições na sua forma de trabalho. Também a pandemia acelerou protocolos de colaboração, telemedicina e coordenação logística, deixando ferramentas e práticas que agora se consolidam.

Como qualquer mudança, exige aprendizagem, capacitação e adaptação progressiva. Parece-me importante que continue a ganhar escala, investimento em infraestruturas digitais e recursos humanos, bem como mecanismos sustentáveis de governação e incentivos alinhados.

A relação entre instituições do SNS e os diversos parceiros do ecossistema de Saúde também é chave nesta transformação.

A Indústria Farmacêutica pode ser parceira valiosa na operacionalização de soluções (digitais, programas de adesão terapêutica e de investigação em contexto real), devidamente orientadas para ganhos em saúde e em eficiência do SNS, alinhados com as prioridades deste. A mudança é possível; exige, é certo, persistência e cooperação entre todos os atores.

A dimensão financeira mantém-se como a mais frágil e é também aquela onde os profissionais revelam maior desconhecimento. O que pode fazer o ecossistema de saúde — nas suas diversas componentes — para contribuir para maior transparência e sustentabilidade?

Os dados do 2.º Barómetro da Integração de Cuidados mostram uma imagem clara: a dimensão financeira continua a ser a mais vulnerável, com a pontuação média mais baixa (2,89) e, simultaneamente, o menor índice de resposta (45%).

Isto evidencia um desconhecimento generalizado entre os profissionais, com exceção dos administradores hospitalares, revelando proatividade e maior percepção nesta área como referido no relatório do Barómetro.

Daqui decorrem prioridades operacionais concretas, tais como aumentar a visibilidade dos custos por doente e das principais patologias, criar dashboards interoperáveis e acessíveis que mostrem em tempo real o impacto clínico e económico das decisões tomadas pelas diferentes unidades, acelerar modelos de contratação baseados em valor (contratos por resultados, partilha de risco), implementar políticas claras de remuneração e incentivos, e investir na literacia financeira adaptada aos diferentes grupos profissionais. Também aproveitar mecanismos já valorizados (por exemplo, a intranet comum e o acesso facilitado a contactos) e a experiência das ULS com maior maturidade operacional pode ser o caminho para traduzir transparência em eficiência, mesmo com recursos limitados.

São estes elementos, juntamente com o envolvimento ativo dos administradores, que permitirão minimizar a lacuna de conhecimento e reforçar a sustentabilidade financeira do sistema.

O Algarve apresenta a percepção mais baixa de integração, enquanto o Norte lidera. Do ponto de vista de quem colabora com instituições de todo o país, que fatores podem estar na origem destas diferenças?

As diferenças entre regiões refletem uma combinação de fatores estruturais e de maturidade organizacional: unidades existentes antes de 1 de janeiro de 2024 tendem a ter processos, normas e sistemas de informação mais consolidados, valorizando a percepção de integração dos cuidados, o que pode explicar os resultados mais altos do país da região Norte.

Sendo este um processo novo para o Sul, é expectável que as heterogeneidades sentidas (inclusive na maturidade das

plataformas digitais, gestão financeira e monitorização de resultados) amplifiquem percepções divergentes, bem como diferenças demográficas e socioeconómicas que alteram padrões de procura e de prestação de cuidados. Embora o Algarve apresente a avaliação média mais baixa em termos de integração, o facto de ter registado o maior progresso relativo, uma melhoria na percepção da ordem dos 17%, é um indicador claríssimo de que intervenções dirigidas e consistentes dão resultados. Esse aumento demonstra que as lacunas existentes podem ser atenuadas sob uma liderança local focada em implementações operacionais e na partilha de práticas eficazes. É esse potencial de recuperação, visível mesmo nas regiões com menor avaliação, que me deixa confiante: com a colaboração estruturada entre instituições, disseminação das soluções que já funcionam e alinhamento de incentivos, podemos transformar diferenças regionais em oportunidades de convergência e melhoria sustentada do SNS.

As ULS anteriores a 2024 apresentam resultados superiores, mas a distância está a diminuir. Que condições considera essenciais para acelerar esta convergência e garantir uma integração efetiva?

Os números mostram que as ULS estabelecidas antes de 2024 continuam a apresentar melhores percepções de integração (média de 3,48 versus 3,26 nas mais recentes), mas essa distância está a reduzir, um sinal claro de que a curva de aprendizagem existe e é efetiva. Para reduzir assimetrias, é essencial uma estratégia bem definida a nível local e regional, com a partilha de boas práticas pelas ULS mais maduras (normas, manuais, dashboards) e a sua conversão em implementações replicáveis, oferecendo mentoria às ULS em maior estado de desenvolvimento.

A esta base técnica e organizacional deve somar-se o investimento nas pessoas, os principais agentes de qualquer mudança! Apostar na formação de gestão e em programas de retenção e redistribuição de talento, contribuindo para o reforço dos recursos humanos, e desenhar pilotos regionais com indicadores financeiros e clínicos comuns, que alinhem incentivos entre todos os atores. Assim, alinhando normas, dados, pessoas e incentivos, a trajetória de melhoria já em curso torna-se escalável e sustentável, convertendo a diferença atual numa convergência efetiva.



Com quase 7.400 profissionais participantes, este estudo oferece uma radiografia única do SNS. Olhando para estes dados, que áreas considera prioritárias e como podem os diferentes parceiros do setor da saúde contribuir para a mudança?

Os resultados obtidos, com uma amostra nacional representativa de mais de sete mil profissionais, oferecem um diagnóstico claro: há progresso com espaço de melhoria no âmbito clínico, que é o verdadeiro motor dos ganhos em saúde, e se mantém numa posição intermédia apesar do crescimento marginal (cerca de 3%). A dimensão normativa é um terreno que irá permitir à dimensão clínica prosperar. É recomendado que a prática clínica esteja explicitamente orientada para resultados mensuráveis e centrada no doente, na oferta de inovações terapêuticas e remoção de barreiras para a sua célere adoção, onde e quando fazem a diferença.

As condições habilitadoras são administrativas e financeiras: desburocratizar, simplificar e partilhar

processos operacionais. Paralelamente, gerar informação financeira granular (custo por doente, por patologia), criar dashboards acessíveis e formar clínicos e gestores em literacia financeira permitirá fundamentar decisões informadas, gerindo os recursos públicos como se fossem o nosso próprio orçamento familiar. Com a Clínica empoderada por Processos Administrativos ágeis e por Finanças transparentes, orientadas por valor, aceleramos a integração com ganhos reais para utentes e para o SNS. Cada stakeholder do setor da Saúde desempenha um papel fundamental na articulação necessária à valorização deste sistema em Portugal. É através do foco no doente e do estabelecimento de sinergias que damos uma trajetória de rápida e sustentável melhoria ao SNS. O envolvimento ativo dos profissionais na definição de objetivos e estratégias pode ajudar a alinhar as práticas com as necessidades do sistema de saúde. Há motivos reais para acreditar: com liderança, dados e processos alinhados, a mudança é possível — e já começou. ●

Fórum do Medicamento

Desafios do financiamento da inovação no novo modelo de ULS



A 17.^a edição do Fórum do Medicamento, uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o apoio da AstraZeneca, que tem como objetivo promover a discussão associada à gestão da tecnologia do medicamento, decorreu no dia 21 de novembro de 2025, no Centro Cultural de Belém, em Lisboa.

À semelhança das edições anteriores, esta edição do Fórum foi presidida por Francisco Ramos, Professor da Escola Nacional de Saúde Pública e a moderação esteve a cargo de Paula Rebelo, Jornalista da RTP.

Para além da apresentação dos resultados da última edição do Índice Nacional do Acesso ao Medicamento Hospitalar, esta edição centrou-se no debate sobre os desafios do financiamento da inovação no novo modelo das Unidades Locais de Saúde (ULS).

O primeiro painel “Financiar a inovação no novo modelo de ULS: Desafios e Oportunidades na Integração de

“Cuidados” contou com a participação de Helmut Hildebrandt, Farmacêutico e CEO da OptiMedis que nos veio falar da sua experiência e do trabalho pioneiro desenvolvido na Alemanha ao longo dos últimos 20 anos, com um dos modelos de cuidados integrados mais bem-sucedidos da Europa.

Seguiu-se um debate com a participação de Anabela Isidro (AICIB), José Fragata (NOVA Medical School) e Rosa Matos (ULS São José), onde foram analisados os impactos organizacionais, financeiros e clínicos decorrentes da transformação estrutural do SNS e da integração progressiva dos modelos de cuidados.

A segunda parte do programa foi dedicada à apresentação pública dos resultados da última edição do “Índex

Nacional de Acesso ao Medicamento Hospitalar”, uma iniciativa APAH com o suporte científico da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, sob a coordenação da Professora Sofia de Oliveira Martins e colaboração da Professora Ana Advinha, com o apoio da Ordem dos Farmacêuticos e da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares, que analisa o acesso à inovação, a gestão do circuito do medicamento e as principais barreiras identificadas pelos profissionais do SNS.

Ana Sampaio, (Plataforma Saúde em Diálogo), Humberto Martins (Ordem dos Farmacêuticos), Luís Cunha Miranda (Ordem dos Médicos), Rosário Trindade da AstraZeneca) e Rui Ivo (INFARMED), analisaram os resultados deste último estudo (dados relativos a 2024). •



FÓRUM DO MEDICAMENTO

21 NOVEMBRO 2025
CENTRO CULTURAL DE BELÉM

PROGRAMA

MODERAÇÃO | Paula Rebelo, Jornalista da RTP

09H30 ABERTURA
Francisco Ramos, Chairman, Escola Nacional de Saúde Pública

**09H45 FINANCIAR A INOVAÇÃO NO NOVO MODELO DE ULS:
DESAFIOS E OPORTUNIDADES NA INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**
Helmut Hildebrandt, Optimedis

10H15 DEBATE
Anabela Isidro, AICIB
José Fragata, NOVA Medical School
Rosa Matos, ULS São José

11H00 PAUSA

**11H20 RESULTADOS DO ÍNDICE NACIONAL DE
ACESSO AO MEDICAMENTO**
Ana Advinha, Universidade de Évora
Sofia de Oliveira Martins, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

11H40 DEBATE
Ana Sampaio, Plataforma Saúde em Diálogo
Humberto Alexandre Martins, Ordem dos Farmacêuticos
Luís Cunha Miranda, Ordem dos Médicos
Rosário Trindade, AstraZeneca
Rui Ivo, INFARMED

12H40 CONCLUSÕES
Francisco Ramos, Chairman, Escola Nacional de Saúde Pública

12H50 ENCERRAMENTO
Xavier Barreto, APAH

ORGANIZAÇÃO: **APAH**
PATROCÍNIO: **AstraZeneca**



"É importante melhorar o circuito do medicamento para que tenhamos uma utilização de fármacos inovadores mais eficiente e mais produtiva (...) é fundamental otimizar o circuito do medicamento, garantir que o dinheiro é bem gasto".
Xavier Barreto

"Há uma grande oportunidade neste momento para reorganizar os cuidados de saúde a nível local, de modo a serem mais centrados no paciente e nas suas necessidades."
Helmut Hildebrandt

Conheça os resultados da última edição do Índice Nacional de Acesso ao Medicamento Hospitalar na próxima edição da RGH.

Prémio Healthcare Excellence

Mais de uma década de inovação com o Healthcare Excellence



Lucie Perrin¹

Mais de uma década após a sua criação, o Prémio Healthcare Excellence consolidou-se como uma plataforma que reconhece, valoriza e inspira mudanças concretas no setor da saúde em Portugal. Desde o início, o prémio procurou distinguir iniciativas que combinam inovação, sustentabilidade e impacto real na vida de doentes, profissionais e instituições. Não se trata apenas de celebrar resultados, mas de destacar processos e metodologias que transformam práticas, melhoram fluxos de trabalho, reforçam a comunicação entre equipas e contribuem para criar soluções replicáveis em diferentes contextos. A maturidade alcançada ao longo destes anos demonstra a dinâmica e a capacidade de adaptação das equipas que, em todo o país, procuram responder de forma criativa e eficiente aos desafios do setor.

A longa parceria com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) tem sido fundamental para o percurso de crescimento e consolidação do prémio.

Os administradores hospitalares assumem um papel central na concretização de qualquer transformação significativa no setor da saúde. São eles que asseguram a articulação entre equipas, a gestão

equilibrada dos recursos, o desenvolvimento de estratégias organizacionais e a criação de condições propícias à implementação de novas abordagens. Muitas das melhorias que hoje observamos nas instituições nasceram de decisões de gestão que permitiram testar soluções, promover a formação interna, ajustar processos e introduzir práticas inovadoras. O seu trabalho, muitas vezes discreto, é essencial para garantir que a inovação não se esgota numa boa ideia, mas se transforma em resultados concretos e duradouros.

Neste sentido, os projetos distinguidos pelo Healthcare Excellence têm mostrado que a inovação não depende exclusivamente de avanços tecnológicos ou de grandes investimentos. Depende, muitas vezes, de uma análise cuidada da realidade, da capacidade de envolver equipas multidisciplinares e de uma abordagem sistemática aos problemas quotidianos. São inúmeros os exemplos de iniciativas que melhoraram circuitos de doentes, reduziram tempos de espera, simplificaram processos administrativos, reforçaram a humanização dos cuidados ou promoveram uma utilização mais eficiente da informação clínica. Soluções simples e bem estruturadas podem ter um impacto profundo na vida das pessoas e no funcionamento das instituições, demonstrando que a inovação está, tantas vezes, ao alcance de quem conhece o terreno e procura alternativas com sentido prático.

O contexto atual torna este trabalho ainda mais relevante. O sistema de saúde português enfrenta pressões crescentes: limitações de recursos, aumento da procura, maior complexidade dos cuidados, envelhecimento demográfico e necessidades emergentes de organização. Para além destes desafios estruturais, os profissionais são diariamente confrontados com exigências acrescidas em termos de gestão do tempo, comunicação, integração de informação e necessidade de garantir cuidados seguros e de qualidade. É neste cenário que a inovação assume um papel decisivo. Investir em inovação não significa apenas financiar tecnologia ou desenvolver novos tratamentos; significa sobretudo promover uma cultura de melhoria contínua, apoiar equipas motivadas e criar espaço para testar e implementar soluções que melhorem o desempenho das organizações.

A sustentabilidade do sistema de saúde depende da capacidade de utilizar os recursos de forma eficiente e responsável. Projetos que simplificam circuitos, evitam redundâncias, promovem uma melhor comunicação entre serviços, facilitam o acesso dos doentes ou reforçam a prevenção e a literacia em saúde têm impacto direto na sustentabilidade a médio e longo prazo. A inovação, neste contexto, é não apenas desejável, mas indispensável.

É uma resposta estruturante aos desafios que enfrentamos, permitindo que as instituições mantenham a sua capacidade de resposta sem comprometer a qualidade dos cuidados. Os projetos distinguidos pelo Healthcare Excellence têm mostrado, de forma consistente, que a inovação pode simultaneamente melhorar resultados clínicos, elevar a experiência dos doentes e contribuir para um uso mais responsável dos recursos.

Para a AbbVie, este prémio representa uma oportunidade de reconhecer publicamente o trabalho de profissionais que, de forma dedicada e criativa, procuram transformar a saúde em Portugal. Acreditamos que a inovação



terapêutica só concretiza todo o seu potencial quando existe um sistema preparado para a integrar. Isso significa ter processos ajustados, equipas capacitadas, fluxos bem definidos e uma organização que valoriza o conhecimento e a melhoria contínua. É também por isso que iniciativas como o Healthcare Excellence são tão importantes: porque ajudam a criar o contexto adequado para que a inovação se traduza em benefícios reais para os doentes e para o sistema.

A história do prémio revela uma evolução feita de colaboração, partilha e aprendizagem. As iniciativas distinguidas, vindas de diferentes regiões e realidades, mostram a diversidade e o talento existentes nas instituições de saúde portuguesas. Mesmo em contextos desafiante, as equipas encontram formas criativas de melhorar processos, de reforçar a comunicação, de otimizar recursos e de garantir cuidados mais eficientes e humanos. A capacidade de adaptar estes projetos a diferentes realidades é uma das grandes forças do prémio e demonstra que, quando devidamente apoiadas, as boas práticas têm um impacto multiplicador significativo.

Olhando para o futuro, o sistema de saúde enfrenta desafios que exigem adaptação contínua e capacidade de resposta rápida. O envelhecimento da população, o aumento das doenças

Reconhecer e apoiar a inovação, é reforçar a confiança no futuro da saúde em Portugal

crónicas, a crescente complexidade dos cuidados e a necessidade de resiliência face a crises sanitárias ou pandemias colocam novas exigências às instituições e aos profissionais. Adaptar-se a estas mudanças passa por antecipar necessidades, planear estratégias sustentáveis e promover uma cultura organizacional que impulsiona a inovação como elemento estruturante do sistema. Projetos como os distinguidos pelo Prémio Healthcare Excellence mostram que é possível responder a estes desafios de forma criativa, prática e eficaz, demonstrando que a transformação na saúde não é apenas desejável, mas essencial para garantir cuidados de qualidade e um sistema preparado para o futuro.

Celebrar mais de uma década de Healthcare Excellence é, por isso, reconhecer um legado de aprendizagem, evolução e progresso, mas também reafirmar a importância de continuar a investir na inovação como caminho para a sustentabilidade. Acreditamos que Portugal tem profissionais qualificados, instituições resilientes, capacidade técnica e visão estratégica para continuar a evoluir. O prémio demonstra que existe

maturidade e vontade para enfrentar desafios complexos com criatividade e rigor.

À medida que avançamos para o futuro, torna-se ainda mais importante promover iniciativas que valorizem a colaboração, a inovação e a cultura de melhoria contínua. O Healthcare Excellence tem sido um motor para esta transformação, dando visibilidade a soluções que melhoram o presente e preparam o sistema para o futuro. Continuaremos empenhados em reforçar esta missão, ao lado da APAH, dos administradores hospitalares e de todos os profissionais de saúde que diariamente contribuem para um sistema de saúde mais robusto, mais sustentável e mais centrado nas pessoas. Porque reconhecer e apoiar a inovação é, em última análise, reforçar a confiança no futuro da saúde em Portugal. ●

1. Diretora Geral da AbbVie

Prémio Healthcare Excellence 2025 - Vencedor

CTU da ULS Coimbra: uma nova arquitetura para os Ensaios Clínicos Académicos em Portugal

Maria João Leitão¹, Matilde Jóia²,
Eduardo Freitas³, João Sargent Freitas⁴,
Jorge Teixeira⁵

A criação e operacionalização da Clinical Trials Unit do Centro Académico e Clínico de Coimbra (CTU-CACC) representa um marco para a investigação clínica académica na Unidade Local de Saúde de Coimbra (ULS de Coimbra) e um exemplo de transformação estrutural capaz de gerar impacto real na vida dos doentes. Esta iniciativa, vencedora do Prémio APAH Healthcare Excellence 2025, nasce de uma lacuna nacional bem identificada: apesar da excelência científica a nível de investigação fundamental e clínica, não existia uma estrutura dedicada ao apoio completo aos Ensaios Clínicos da Iniciativa do Investigador (ECIs) que facilite a translação efectiva dos resultados desta investigação para a prática com os doentes.

O QUE SÃO OS ENSAIOS CLÍNICOS DA INICIATIVA DO INVESTIGADOR (ECIS)?

Os ECIs representam a etapa final da investigação clínica, onde o conhecimento gerado em laboratório ou na prática clínica é testado em condições reais, com o objetivo de responder a perguntas pragmáticas que têm impacto direto na vida dos doentes. São estudos promovidos por instituições académicas ou entidades sem fins lucrativos, centrados nas necessidades dos serviços clínicos e nas dúvidas que emergem da prática diária.

A nível europeu, os ECIs são uma prioridade estratégica: permitem explorar novas abordagens terapêuticas, aperfeiçoar diagnósticos, comparar estratégias já existentes e, sobretudo, produzir evidência independente que guie políticas de saúde e decisões clínicas. Os ECIs têm assumido uma crescente representatividade no plano europeu em relação aos ensaios clínicos da

indústria farmacêutica, embora em Portugal segundo os últimos dados disponíveis não ultrapassem os 8%. O seu desenvolvimento exige competências técnicas, regulatórias e metodológicas específicas, que nem sempre estão disponíveis nas instituições do SNS.

A LACUNA NACIONAL E O CONTEXTO LOCAL

Em Portugal, poucas instituições dispõem de equipas dedicadas com capacidade técnica para apoiar investigadores a conceber, submeter, implementar e analisar ensaios clínicos académicos complexos. Na ULS de Coimbra esta lacuna era evidente: em 2023, existiam apenas dois ECIs em curso.

A necessidade de criar uma estrutura capaz de aproximar a investigação dos cuidados de saúde, transformar ideias clínicas em projetos rigorosos e reforçar a capacidade nacional de investigação translacional tornou-se evidente. Foi neste contexto que surgiu a CTU-CACC, com financiamento do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) no âmbito do projeto Health from Portugal.

A CRIAÇÃO DA CTU: MISSÃO, ESTRUTURA E EQUIPA

A CTU-CACC iniciou atividade a 1 de setembro de 2024, integrando a ULS de Coimbra e a Universidade de Coimbra

"Implementação de uma Unidade de Ensaios Clínicos Académicos na ULS Coimbra: Modelo de Apoio Integrado para Investigação Translacional com Impacto Real na Saúde dos Doentes."

numa estratégia comum para potenciar a investigação clínica académica. A sua missão é clara: transformar questões clínicas relevantes - identificadas por médicos, investigadores e doentes - em ensaios clínicos robustos, eticamente sólidos e rapidamente transponíveis para a prática clínica. A unidade é coordenada pelo Professor Doutor João Sargent Freitas (MD, PhD) e conta com uma equipa inteiramente dedicada: Matilde Jóia, (Bioestatística, MSc), Maria João Leitão (Assistente de investigação, MSc) e Eduardo Freitas, (Gestor de projetos, PhD). A equipa garante apoio contínuo desde o desenho inicial até à análise final dos estudos.

COMO FOI IMPLEMENTADA A CTU-CACC?

A metodologia de implementação seguiu um modelo de profissionalização progressiva: após a constituição de uma equipa com competências complementares foi necessário criar procedimentos institucionais para definir o enquadramento dos ECIs e clarificar as etapas de apoio. A divulgação dos serviços da CTU-CACC passou por realização de comunicações nos institutos de investigação do ecossistema da Universidade de Coimbra, bem como por presenças programadas em reuniões dos múltiplos serviços clínicos. Também a integração da articulação com as plataformas regulatórias nacionais (Infarmed, CEIC, RNEC) e europeias (CTIS, EMA) se tornou indispensável assim como a articulação com a rede nacional de infraestruturas de investigação (PtCRIN) e com gabinetes institucionais locais para inovação e investigação.

SERVIÇOS PRESTADOS AOS INVESTIGADORES

A CTU-CACC posiciona-se como um ponto único de apoio a investigadores que pretendam promover um ECI, não imputando qualquer custo aos seus serviços, que incluem: consultoria científica e metodológica, preparação

de protocolos e desenho do estudo, acompanhamento da submissão a Comissões de Ética e preparação para submissão a autoridades reguladoras, data management e análise estatística, apoio à publicação do protocolo e dos resultados, entre outros.

RESULTADOS AO FIM DE SEIS MESES DE ATIVIDADE

O impacto da CTU é já mensurável e expressivo: 20 ensaios clínicos da iniciativa do investigador em acompanhamento, mais de 3000 doentes previstos para inclusão nos ensaios em randomização ou em submissão, abrangência da atuação em mais de 12 áreas clínicas (alguns em translação com a UC), incluindo AVC, insuficiência cardíaca, oncologia, saúde reprodutiva, neonatologia, saúde mental, reabilitação neurológica e cuidados de saúde primários. Alguns dos ensaios em curso são ainda multicêntricos, com envolvimento de centros internacionais. Quanto ao tipo de intervenção, os ensaios clínicos em acompanhamento, compreendem intervenções com dispositivos médicos, medicamentos, suplementos e regimes nutricionais e estratégias comportamentais ou neuropsicológicas. Estes resultados demonstram não só a capacidade técnica instalada, mas também o entusiasmo e a adesão dos serviços clínicos.

VALOR ACRESCENTADO PARA O SNS: SUSTENTABILIDADE E REPLICABILIDADE

A CTU-CACC demonstra que é possível criar dentro do SNS um modelo eficiente e sustentável para apoiar ECIs. Entre os principais contributos incluem-se: o aumento das oportunidades terapêuticas e de reabilitação para doentes que já frequentam os serviços da ULS de Coimbra, a criação de competências, nomeadamente no domínio da plataforma europeia CTIS e das rotinas de farmacovigilância, a aproximação entre a ULS de Coimbra e a Universidade de Coimbra, promovendo sinergias académicas e clínicas e ainda a possibilidade de liderança nacional e internacional em ensaios clínicos promovidos por instituições públicas. Num modelo inovador, a CTU-CACC integra ainda os doentes no processo de decisão, desde a definição das perguntas clínicas até à construção dos materiais de estudo, reforçando a relevância e aplicabilidade dos projetos. A maioria dos ensaios clínicos em acompanhamento integram PROMs (Patient Reported Outcome Measures), estratégias de



avaliação da satisfação, bem-estar e impacto do estudo na qualidade de vida dos doentes.

Do ponto de vista organizacional, a CTU-CACC reforçou a articulação interinstitucional, apoiou projetos financiados por entidades como o EIT Health, e iniciou a formação de estagiários e estudantes da Universidade de Coimbra, promovendo literacia em investigação clínica.

IMPACTO INSTITUCIONAL E SIGNIFICADO DO PRÉMIO APAH

A atribuição do Prémio APAH Healthcare Excellence 2025 à CTU-CACC sediada na ULS de Coimbra reconhece a qualidade, o rigor e a visão estratégica desta iniciativa. O prémio valoriza não apenas a implementação de uma unidade nova, 100% académica e com modelo específico, replicável e alinhado com as prioridades nacionais e europeias de investigação clínica, mas também a retenção de profissionais dedicados à investigação clínica.

Ao demonstrar que uma unidade deste tipo pode ser desenvolvida dentro de uma ULS e em estreita articulação com o meio académico, a CTU-CACC oferece um roadmap para outras instituições com vocação universitária.

CONCLUSÃO

A CTU-CACC é, hoje, uma peça central

do ecossistema translacional da ULS de Coimbra e da Universidade de Coimbra. Em apenas seis meses, tornou-se um catalisador para a produção de ensaios clínicos independentes, orientados para as necessidades reais dos doentes e dos serviços.

Este prémio celebra, assim, uma mudança estrutural: a consolidação de um modelo que coloca a investigação ao serviço da saúde pública, reforçando a capacidade científica nacional e abrindo caminho para um futuro onde mais perguntas clínicas relevantes poderão ser transformadas em soluções que melhoram a vida dos doentes. ●

Abreviaturas não especificadas:

RNEC- Registo Nacional de ensaios clínicos
CEIC- Comissão de Ética para a Investigação Clínica
CTIS- Clinical Trials Information System
EMA- European Medicines Agency
AVC- acidente vascular cerebral
SNS- Sistema Nacional de Saúde

1. Assistente de investigação da CTU-CACC (ULS de Coimbra)
2. Bioestatística da CTU-CACC (ULS de Coimbra)
3. Gestor de projetos da CTU-CACC (Universidade de Coimbra)
4. Coordenador da CTU-CACC (ULS de Coimbra)
5. Administrador Hospitalar (ULS de Coimbra)

Prémio Healthcare Excellence 2025 - 1ª menção honrosa

Serviço Móvel de Saúde: Inovação em Saúde Social

Ferreira, Maria Amélia¹; Gomes, Mariana²; Ribeiro, Joana²; Pinto, Lília³

O envelhecimento demográfico afirma-se como um dos maiores desafios do século XXI, com implicações profundas na sustentabilidade dos sistemas de saúde e de proteção social (World Health Organization, 2021). Este fenómeno adquire contornos de maior gravidade em territórios de baixa densidade e dispersão geográfica, de tipo rural, como é o caso do concelho de Marco de Canaveses. Aqui, a população idosa enfrenta barreiras significativas no acesso a cuidados de saúde, exacerbadas pela escassez de transportes públicos e parcenos recursos financeiros.

Ao isolamento físico soma-se, frequentemente, o isolamento emocional e social (Holt-Lunstad et al., 2015). A literatura internacional corrobora que a solidão não é apenas uma condição subjetiva, mas um determinante de saúde, com impacto direto na morbilidade e mortalidade. Estudos indicam que o isolamento social está associado a maior risco de doenças cardiovasculares, declínio cognitivo e depressão (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Valtorta et al., 2016). Neste contexto, a resposta tradicional, centrada na institucionalização ou na prestação de cuidados fragmentados, revela-se profundamente insuficiente.

Internacionalmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2025) assinalou, recentemente, a conexão social como prioridade global de saúde pública, alertando que o isolamento é um importante fator de risco equiparável aos "novos gigantes geriátricos" (Gyasi & Phillips, 2025). Estudos recentes em comunidades rurais, como os de Allen et al. (2024), demonstram que as unidades móveis de saúde que integram a componente social são a ferramenta mais eficaz para viabilizar o "aging in place", respondendo não apenas às grandes patologias, mas às necessidades diárias de suporte que permitem ao idoso permanecer na sua casa, com



qualidade e durante o maior tempo possível.

O projeto "Serviço Móvel de Saúde: Inovação em Saúde Social" (SMS-ISS), desenvolvido pela Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses (SCMMC), surge como uma resposta inovadora a este paradigma. O programa visa mitigar o isolamento e promover o envelhecimento no domicílio (aging in place), através de uma intervenção integrada e de proximidade, que une a dimensão da saúde à dimensão social para potenciar ganhos em saúde.

METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

O Programa SMS, com um histórico de 10 anos de intervenção, evoluiu no biênio 2024-2025 para uma estrutura de "Inovação em Saúde Social". A sua metodologia assenta na deslocação de uma equipa multidisciplinar ao domicílio dos utentes, colmatando a resposta insuficiente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na região, introduzindo uma vertente de inovação na prestação dos cuidados.

Esta intervenção está reforçada pela resposta disponível no Hospital Santa Isabel, hospital de proximidade, integrado na estrutura da SCMMC.

A inovação central do modelo reside na integração de cuidados de saúde mental no contexto domiciliário, para além das respostas na área social e de estimulação motora. A equipa foi reforçada com médicos especialistas (Psiquiatria e Neurologia), psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e psicomotricistas. As visitas domiciliárias são realizadas diariamente, permitindo a avaliação holística das necessidades da pessoa idosa.

Além da componente clínica/farmacológica, o projeto incorpora intervenções não-farmacológicas, inovadoras e eficientes, que potenciam a estimulação cognitiva, física e social, e promovem a literacia em saúde junto dos cuidadores informais. O recurso a tecnologias de informação, nomeadamente teleconsultas, permitiu manter o acompanhamento regular mesmo em situações de maior dificuldade de acesso físico.

A intervenção está alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), nomeadamente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), ODS 10 (Redução das Desigualdades) e ODS 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis), promovendo um modelo de comunidade que valoriza e integra os seus membros mais velhos.



Intervenção multidisciplinar no domicílio

RESULTADOS

A monitorização do projeto, realizada através de uma metodologia de pré- e pós-teste com instrumentos validados (como Mini Mental State Examination – MMSE e a Geriatric Depression Scale – GDS), evidenciou ganhos em saúde expressivos na população intervencionada.

Destacam-se alguns indicadores de impacto, nomeadamente Saúde Mental: 60% dos idosos apresentaram melhorias na sua saúde mental, com uma redução da sintomatologia depressiva; Saúde Cognitiva: verificou-se diminuição do défice cognitivo em cerca de 50% das pessoas mais velhas; Isolamento Social: 27% das pessoas mais velhas reportaram diminuição do sentimento de solidão; Qualidade de Vida: cerca de 20% de aumento na percepção global da qualidade de vida.

Em termos de métricas assistenciais, o projeto realizou mais de 5000 visitas domiciliárias, 1950 intervenções de Psicologia e mais de 1000 consultas médicas de especialidade. Observou-se ainda redução no recurso às urgências hospitalares e a consultas não programadas, validando a eficácia da intervenção preventiva e de proximidade.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A pertinência do modelo SMS-ISS é reforçada pelas mais recentes orientações de política pública. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, que aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável

2023-2026, destaca explicitamente a necessidade de respostas de proximidade que garantam uma vida independente.

O SMS-ISS demonstra - de modo inequívoco - que é possível romper com a dicotomia entre saúde e ação social. Ao levar cuidados diferenciados a zonas rurais e isoladas, o projeto não só melhora os indicadores clínicos individuais, como promove a coesão territorial e social.

A replicabilidade deste modelo é uma das suas maiores mais-valias. A experiência acumulada e sistematizada no "Manual de Boas Práticas" (SCMMC, 2025) desenvolvido em parceria com a Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde permite que outras instituições adotem esta abordagem.

O envelhecimento não deve ser encarado como um problema, mas como uma conquista que exige novas soluções. Como orientação recente da OMS, o objetivo é "adicionar vida aos anos" (World Health Organization, 2025; United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2023). O "SMS-ISS" prova que, através de parcerias eficazes e da visão centrada na pessoa, as instituições de saúde e do setor social podem liderar a transformação necessária para garantir o processo de um envelhecimento digno e ativo.

Em conclusão, este projeto valida a tese de que intervenções de base comunitária, quando suportadas por

REFERÊNCIAS

- Allen, J. C., Rickards, T. S., Roberts, C. L. H., & Baird, E. S. (2024). "Aging in Place and 'The Little Things': Prioritizing Mobile Health and Social Care in Rural Communities". *Journal of Aging & Social Policy*, 37(6).
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., & Smith, J. P. (2015). "Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses". *The Lancet*, 385(9968), 649–657.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). "Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation". *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Gyasi, R. M., & Phillips, D. R. (2025). "The new geriatric giants: How do loneliness and social isolation contribute to probable depression in older adults?". *Journal of Biosocial Science*.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). "Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review". *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2024). Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 9, 12 de janeiro de 2024. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/14-2024-5609929>
- Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses. (2025). Serviço Móvel de Saúde, Manual de Boas Práticas [e-book]. https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2025/07/20250625_spls_e-book-sms_v07.pdf
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2023). *World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World*. New York: United Nations.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). "Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies". *Heart*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. WHO.
- World Health Organization. (2025). *From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies*. Geneva: WHO Commission on Social Connection.

Agradecimentos

Este programa de intervenção foi implementado com o apoio de candidaturas da Fundação Belmiro de Azevedo, Portugal Inovação Social, Fidelidade Comunidade, Fundação Calouste Gulbenkian, BPI Fundação la Caixa. As autoras agradecem a colaboração da equipa multidisciplinar da SCMMC. Agradecem aos investidores sociais, por serem motor de transformação social. Agradecem, ainda, aos beneficiários a disponibilidade com que respondem aos desafios da equipa multidisciplinar

1. Médica, Professora Catedrática Aposentada da FMUP, Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses
2. Psicólogas na Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses
3. Psicóloga na Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses, Gestora do Projeto, Estudante de Doutoramento da FMUP

profissionais altamente diferenciados, geram valor em saúde, eficiência na utilização de recursos e, acima de tudo, contribuem de forma decisiva para a humanização nos cuidados prestados à população sénior. ●

Prémio Healthcare Excellence 2025 - 2ª menção honrosa

“Via Azul”

Andreia Dias¹, Isabel Soares¹, Carla Silva¹,
Marta Covelo¹, Fausto Ramos¹, Eurico Gaspar¹



A estrutura e o modo de funcionamento do serviço de urgência pediátrica (SUP), revelam-se insuficientes para responder de forma adequada às necessidades específicas das crianças com Perturbação do Espetro do Autismo (PEA)¹.

As suas características fenotípicas, incluindo dificuldades na comunicação e interação social, alterações no processamento sensorial e rigidez na adesão a rotinas, tendem a intensificar-se num contexto marcado pela imprevisibilidade, presença de múltiplos estímulos sensoriais (ruído, luminosidade, toque, odores), elevada rotatividade de profissionais e exigência de uma comunicação imediata, clara e objetiva^{2,3}.

Nestas condições, o SUP pode assumir-se como um ambiente particularmente exigente e potencialmente desregulador do ponto de vista emocional, tanto para estas crianças como para as suas famílias, favorecendo a ocorrência de comportamentos disruptivos e dificultando a colaboração com as equipas de saúde⁴.

A prevalência de PEA tem aumentado de forma significativa, estimando o

Centers for Disease Control and Prevention que afete uma em cada 41 crianças. Simultaneamente, sabe-se que as crianças com PEA recorrem ao serviço de urgência com maior frequência do que as crianças neurotípicas, tornando a prestação de cuidados neste contexto uma realidade diária desafiante⁵.

O PROJETO “VIA AZUL PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PARA CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO”

O projeto “Via Azul”, desenvolvido e implementado na Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, surge como resposta estruturada a estas necessidades, apoiado na humanização do atendimento e na adaptação sensorial do ambiente⁶. Inspirado em recomendações internacionais e fundamentado na análise de lacunas existentes nos serviços de urgência, o modelo foi pensado e desenhado para oferecer um percurso clínico personalizado, centrado na criança e na família, sustentado por equipas capacitadas e por um ambiente fisicamente preparado para minimizar estímulos adversos.

O modelo assenta em quatro pilares interligados: formação dos profissionais, espaço físico sensorialmente adequado, plataforma digital interativa e circuito clínico individualizado⁷.

1. Formação dos profissionais

A formação abrange todos os membros da equipa que contactam com a criança, nomeadamente, assistentes técnicos, triadores, enfermeiros, médicos e técnicos auxiliares de saúde. Esta formação engloba aspectos relacionados com as características clínicas da PEA, estratégias de comunicação aumentativa e alternativa, técnicas de regulação sensorial e formas de aumentar a previsibilidade do percurso clínico⁷. A uniformização das práticas é particularmente relevante num ambiente com rotatividade elevada de profissionais, assegurando uma cultura assistencial consolidada.

2. Espaço físico sensorialmente adequado

A adaptação de um espaço físico versátil e individualizado permite o controlo dos estímulos sensoriais segundo as características de cada criança². Este espaço funciona como núcleo do percurso clínico, permitindo que

a criança permaneça num ambiente previsível durante a maior parte do tempo de permanência no serviço. São ainda disponibilizados objetos de regulação sensorial previamente selecionados pelos cuidadores e adequados ao perfil sensorial da criança. Esta personalização é possível porque a versatilidade do modelo permite recolher e atualizar informação específica sobre cada utente, evitando soluções padronizadas que muitas vezes não respondem às necessidades reais.

3. Plataforma digital: ponte entre cuidadores e equipa clínica

A plataforma digital permite um papel ativo dos cuidadores em todo o processo e uma comunicação interativa com os profissionais de saúde⁷. São disponibilizados vídeos e pictogramas que representam o ambiente clínico e os procedimentos mais frequentes, permitindo que a criança visualize antecipadamente o que irá encontrar, contribuindo para reduzir a ansiedade e aumentar a previsibilidade. Para os profissionais, permite o acesso imediato ao perfil sensorial e comunicacional da criança e adaptar a abordagem de forma contínua.

4. Circuito clínico individualizado

O registo na Via Azul é realizado após identificação clínica da PEA e consentimento dos cuidadores.

O percurso inclui encaminhamento para o espaço físico sensorialmente adaptado às características da criança, minimizando deslocações desnecessárias e reforçando previsibilidade através de explicação prévia de cada passo e uso de suportes visuais⁶. A equipa clínica envolvida é reduzida ao mínimo necessário, promovendo estabilidade e relação terapêutica.

IMPLEMENTAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICO

A integração do modelo exigiu um período inicial de adaptação, durante o qual foram testadas rotinas, ajustados fluxos e recolhidas as percepções e experiências tanto das famílias como dos profissionais.

Esta fase foi essencial para que a Via Azul se tornasse parte orgânica do funcionamento quotidiano do serviço. O acesso rápido ao perfil da criança, a existência de um ambiente sensorialmente ajustado



e práticas clínicas uniformizadas contribuíram para a redução de comportamentos disruptivos e para a melhoria da comunicação interna.

AVALIAÇÃO DO IMPACTO

A monitorização inicial revelou níveis muito elevados de satisfação. Todos os pais e cuidadores (100%) classificaram a experiência como boa ou muito boa, destacando a tranquilidade da criança, a comunicação clara e o ambiente adequado. Entre os profissionais de saúde, 89% referiram satisfação entre boa e excelente, e 100% consideraram o modelo benéfico tanto para as famílias como para as próprias equipas, reforçando o seu valor clínico e organizacional.

REFLEXÕES E DESAFIOS FUTUROS

Apesar do impacto positivo, a implementação enfrenta desafios como a manutenção da formação contínua, a atualização dos perfis sensoriais e a monitorização sistemática de indicadores. A expansão progressiva do modelo a outros contextos, como consultas externas, internamento ou bloco operatório, surge como oportunidade para reforçar a equidade no acesso a cuidados adaptados, prática alinhada com recomendações internacionais⁸⁹.

A experiência adquirida demonstra que a humanização é parte essencial da qualidade clínica

A experiência adquirida demonstra que a humanização é parte essencial da qualidade clínica: a regulação sensorial, a comunicação eficaz e a previsibilidade dos procedimentos beneficiam simultaneamente a criança, a família e os profissionais.

CONCLUSÃO

A Via Azul constitui um modelo estruturado de cuidados concebido para responder às necessidades específicas de crianças com PEA em contexto de urgência. A sua implementação procura melhorar a qualidade dos cuidados prestados e promover uma experiência hospitalar mais positiva tanto para a criança como para a sua família. Esta abordagem representa um ponto de partida estratégico para a integração de práticas clínicas inclusivas e ajustadas às necessidades, com potencial de expansão a múltiplos níveis e cenários do sistema de saúde. ●

REFERÊNCIAS

1. Benemann V, Brum MCB. Cuidados ao paciente pediátrico autista em unidades de emergência hospitalar: uma revisão integrativa. 2024.
2. Tomchek SD, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism. Am J Occup Ther. 2007;61 (2):190-200.
3. Wolpert KH et al. Medical management of children with autism in the emergency department. 2022.
4. Muskat B et al. Autism comes to the hospital: experiences of patients, parents and health-care providers. Autism. 2015;19(4):482-490.
5. Karpur A et al. The impact of healthcare disparities on individuals with ASD: a scoping review. Autism. 2019;23(5):1027-1040.
6. NHS England. Sensory-friendly resource pack. 2023. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/long-read/sensory-friendly-resource-pack/>
7. Sadatasaifi H et al. Designing a sensory toolkit for children with autism spectrum disorder in the Pediatric Emergency Department. 2023.
8. Hamdan SZ et al. Autism-friendly healthcare: a narrative review of the literature. 2024.
9. National Development Team for Inclusion (NDTI). It's not rocket science – Learning from autistic people's experiences. 2025. Disponível em: <https://www.ndti.org.uk>

1. Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro

Conferência de VALOR APAH

16.ª edição dedicada à “Saúde em todas as políticas”



Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) realizou nos dias 7 e 8 de novembro de 2025, no Boeira Garden Hotel Porto, em Vila Nova de Gaia, a 16.ª Conferência de VALOR APAH.

Subordinada ao tema “Saúde em todas as políticas”, esta edição contou com a participação de especialistas de diversas áreas que durante dois dias se reuniram para debater o papel transversal da saúde na construção de sociedades mais saudáveis e resilientes e como eixo estruturante de todas as políticas públicas. As sessões contaram com a moderação da jornalista Paula Rebelo.

O programa arrancou com a sessão dedicada ao tema “Urban health and local leadership: Building healthier cities” apresentada por Glòria Carrasco, do Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal).

As Conferências de VALOR APAH constituem um espaço privilegiado de debate sobre os temas mais relevantes da actualidade na área da gestão da saúde, reunindo em cada edição diversos stakeholders e líderes nacionais e internacionais



O painel “Comunidade, cuidados e confiança: Parcerias locais com impacto” contou com a participação de Ana Marques da Silva, da Médicos do Mundo; Duarte Vital Brito, da ULS de Lisboa Ocidental; Ema Paulino, da Associação Nacional das Farmácias e Ponciano Oliveira, do Grupo Misericórdias de Saúde. Este painel mostrou-nos que a transformação acontece no terreno, nas parcerias entre instituições, autarquias, organizações sociais e cidadãos e que o cuidado se constrói na proximidade.

O programa incluiu também a apresentação dos resultados da 2.ª edição do Barómetro de Integração de Cuidados, um instrumento que mede percepções e revela o caminho para um sistema verdadeiramente integrado. Os resultados do estudo apresentado por Miguel Amado, Partner da EY, revelaram progresso, mas também uma realidade que ainda precisa de maturação – a



Integração de Cuidados é um processo em construção, que deve evoluir a partir das equipas e das comunidades, conforme reforçou Álvaro Almeida, Diretor Executivo do SNS.



Destaque também para a entrega do Prémio Coriolano Ferreira, uma iniciativa conjunta da APAH e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa, com o apoio da IQVIA, que contou com a presença da família do Professor Coriolano Ferreira e que distinguiu este ano Sara de Albuquerque Marques como melhor aluna do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da ENSP, no ano de 2024.

O Prémio Eduardo Sá Ferreira, uma iniciativa APAH que visa reconhecer trabalhos de investigação, foi atribuído pela primeira vez ao Administrador Hospitalar Maurício Alves, enquanto autor do artigo "Use of Artificial Intelligence tools in supporting decision-making in hospital management", publicado em Outubro de 2024 na revista BMC Health Services Research. Este momento contou igualmente com a presença da família do Dr. Eduardo Sá Ferreira.

O primeiro dia da Conferência ficou ainda marcado pelo Anúncio do Vencedor e Menções Honrosas da 12ª edição do Prémio Healthcare Excellence.

O segundo dia da Conferência arrancou com a sessão "Integrated care and the role of civil society" apresentada por Jose M. Martin-Moreno, da Universidad de Valencia.

O painel "Saúde e Autarquias: Criação de soluções locais", que contou com a participação de Taveira Gomes, da ULS Matosinhos; David Hunter, da Newcastle University; e Kira Fortune da Healthy Cities Network – OMS Europa, reforçou a importância das políticas locais inovadoras e de soluções partilhadas, assentes na liderança e na capacidade de implementação.



Presidida por Elia Costa Gomes, Administradora Hospitalar, a 16.ª edição da Conferência de VALOR APAH fica marcada por dois dias de debate intenso e de partilha de experiências que permitiram reforçar três mensagens:
 1º A Saúde é uma construção coletiva e deve estar no centro de todas as políticas públicas;
 2º A confiança — entre cidadãos, profissionais e instituições — é o alicerce da integração e da mudança;
 3º A proximidade é o novo centro do valor: é nos territórios, com as pessoas, que a transformação acontece. •



Reveja o Programa da 16ª Conferência de VALOR APAH

Patrocinadores

Medtronic

Roche

BAYER

SIEMENS Healthineers

GILEAD Creating Possibilities

SANDOZ

astellas

Johnson & Johnson Innovative Medicine

Generis[®]

Prémio Eduardo Sá Ferreira

O futuro em cada dia: desafios e oportunidades da Inteligência Artificial na gestão e administração hospitalar

Maurício Alves¹

Em outubro de 2024 publiquei na BMC Health Services Research o artigo “Use of Artificial Intelligence tools in supporting decision-making in hospital management”. Nesse estudo quisemos ouvir gestores hospitalares sobre algo muito simples, mas decisivo: como era (é?) o processo de tomada de decisão nas organizações de prestadores de cuidados de saúde e que espaço poderia a Inteligência Artificial (IA) ocupar nesse âmbito. Recentemente, esse trabalho foi reconhecido pela APAH, com o Prémio Eduardo Sá Ferreira, o que pode sinalizar que a discussão sobre IA deixou de ser uma curiosidade tecnológica e ao invés, passou a ser um tema central da gestão e administração em saúde.

Este texto não pretende recontar em detalhe esse estudo, mas usá-lo como ponto de partida. O foco é outro: como enquadrar, com base na evidência recente da Organização Mundial da Saúde, da OCDE e de tendências internacionais para 2026, os principais desafios e oportunidades da IA para quem gera unidades e sistemas de saúde – administradores, conselhos de administração, decisores políticos e equipas de gestão.

DO ARTIGO AO RETRATO DOS GESTORES

As entrevistas realizadas para o artigo da BMC desenharam um retrato que muitos de nós reconhecemos sem esforço. A decisão nas organizações continua, em grande medida, dependente de informação fragmentada, relatórios que chegam tarde, folhas de cálculo artesanais e sistemas que não “falam” uns com os outros¹. Mesmo onde existem soluções de business intelligence, é frequente estas reproduzirem a organização em silos: vemos listas de doentes por serviço, custos por centro de responsabilidade, tempos de espera por linha de produção



– mas raramente conseguimos, num único olhar, ligar percursos, recursos, resultados e custos ao longo do tempo.

Ao mesmo tempo, os gestores entrevistados têm uma percepção muito clara do potencial da IA. Falam de previsão de procura, de gestão de camas, de blocos operatórios mais eficientes, de logística mais inteligente, de apoio à negociação de contratos-programa e de ferramentas para planejar recursos humanos com base em dados e não apenas em histórico¹. A ideia de uma IA como “copiloto” da gestão não é vista como ameaça, mas como oportunidade.

Mas essa vontade de avançar convive com um realismo saudável. Os entrevistados identificaram barreiras muito concretas: sistemas pouco interoperáveis, dados incompletos ou pouco fiáveis, falta de competências digitais e de literacia em IA nos quadros de gestão e nas equipas clínicas, dúvidas sobre responsabilidade jurídica e ética, e ausência de estratégias institucionais claras para orientar a adoção de IA. Sem a resolução prévia destes nós, qualquer projeto ou tentativa de integração de ferramentas “inteligentes”

corre o risco de aumentar complexidade sem gerar valor.

UM CONTEXTO INTERNACIONAL EM ACELERAÇÃO

Enquanto estes desafios são sentidos no terreno, o contexto à nossa volta mudou (e continuará a mudar) rapidamente. O primeiro relatório da Região Europeia da OMS sobre IA em saúde mostra que a maioria dos países já tem estratégias nacionais de IA, mas apenas uma pequena minoria publicou estratégias específicas para IA em saúde, com objetivos claros, mecanismos de acompanhamento e foco pragmático na transformação dos sistemas e serviços². Ao mesmo tempo, as oportunidades de formação estruturada em IA para profissionais de saúde e gestores continuam limitadas, e muitos países ainda estão a dar os primeiros passos na criação de enquadramentos jurídicos específicos para IA em saúde, incluindo normas de responsabilidade e de supervisão pós-implementação².

Em paralelo, um estudo recente da OCDE sobre competências digitais e de IA nas profissões de saúde, baseado na

análise de ofertas de emprego, mostra que a procura de competências digitais cresce de forma consistente em praticamente todas as ocupações da saúde³. A referência explícita a competências de IA ainda é minoritária, sobretudo nas funções assistenciais, mas aumenta de forma visível em funções ligadas a análise de dados, gestão de informação e desenvolvimento de soluções. Mesmo quando a palavra “IA” não aparece, as tarefas pedidas aos profissionais mostram que a tecnologia já está a reconfigurar silenciosamente o trabalho em saúde³.

Do lado da investigação, surgem alertas importantes sobre o impacto da IA na forma como pensamos e decidimos. Estudos em tarefas de raciocínio lógico mostram que, quando as pessoas utilizam sistemas de IA, melhoram o seu desempenho objetivo, mas passam a sobreestimar mais o resultado, avaliando-se pior do que quando trabalham sem IA: mais confiança, menos lucidez sobre os próprios erros⁴. Para quem gera organizações de saúde, isto significa que introduzir IA sem trabalhar a literacia crítica e a capacidade de questionar o sistema (ferramenta) pode criar culturas

de sobreconfiança perigosa.

Simultaneamente, uma revisão recente sobre alinhamento de inteligência artificial “superinteligente” em saúde mostra que sistemas poderosos podem otimizar métricas mal especificadas – por exemplo, reduzir mortalidade em cuidados intensivos evitando admitir doentes mais graves – ilustrando como objetivos técnicos mal definidos podem colidir com a missão clínica e ética das organizações⁵.

2026: DA PROVA DE CONCEITO À ESCALA RESPONSÁVEL

Um contributo recente para esta discussão vem de um artigo de Max Mamoyco, que compilou previsões de 14 especialistas internacionais sobre tendências de IA em saúde para 2026⁶. A leitura é reveladora para quem pensa a gestão e a administração hospitalar.

A “mente emprestada” é descrita como o novo normal: o raciocínio clínico e organizacional passa a ser cocriado por humanos e máquinas, deixando de residir numa única cabeça para se distribuir por redes de pessoas e sistemas⁶. O desafio

deixou de ser “se a IA pensa bem”, para passar a ser “como preservamos agência e responsabilidade humanas quando externalizamos partes do pensamento”.

O aumento da utilização de modelos generativos multimodais para apoio à decisão clínica, documentação automática e plataformas preditivas em saúde pública, com IA integrada em registos eletrónicos e fluxos assistenciais em tempo real, parece inevitável e difícil de antecipar⁶. Para a administração hospitalar (ou gestão em saúde), isto significa que a IA deixará de estar confinada a projetos-piloto e passará a ser (deverá ser?) uma camada estrutural de muitos processos, da prescrição eletrónica à codificação, da triagem à gestão de risco.

Outros contributos incidem naquilo que “ninguém vê, mas todos experienciam”: o trabalho interno. A verdadeira revolução da IA acontecerá nos bastidores – conformidade, revisão documental, verificações de políticas, controlo de versões, transparência, auditorias – automatizando fluxos que hoje consomem horas de equipas ▶



CAMINHO DOS HOSPITAIS

SAVE THE DATE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL
GESTÃO COLABORATIVA DA SAÚDE: A EFICIÊNCIA DA PROXIMIDADE

 **30 DE JANEIRO DE 2026**

 **HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA**



Maurício Alves com a família de Eduardo Sá Ferreira, filhas, esposa e neta.

inteiras⁶. A atenção para tendências com impacto direto na Europa pressupõe: maior exigência na utilização de ferramentas validadas e vontade política de reduzir a dependência de big tech, favorecendo soluções assentes em infraestruturas locais ou europeias⁶.

Os sistemas de saúde “nativamente digitais”, em que a IA deixa de ser uma experiência em desenvolvimento para se tornar infraestrutura, insiste numa ideia central: a melhor tecnologia será a que possibilitar mais tempo, não para fazer mais, mas ao invés fazer melhor e poder tornar a saúde mais humana – libertando profissionais e clínicos de tarefas repetitivas (de baixo ou reduzido valor), devolvendo tempo ao contacto direto e capacitando doentes e utilizadores para compreenderem melhor o seu percurso⁶.

Converge a opinião do desenvolvimento de equipas de agentes de IA a automatizar fluxos de trabalho de ponta a ponta, sistemas que assumem explicitamente a sua própria incerteza e pedem revisão humana quando necessário, micro-automação de tarefas repetitivas nos registos clínicos, integração crescente de modelos e algoritmos (LLM) nos registos eletrónicos e agentes de IA dedicados à área mais administrativa – marcações, faturação, reembolsos – tudo isto integrado, de forma “invisível”, nos fluxos reais⁶.

Por fim, chama-se a atenção para algo que qualquer administrador reconhece: o excesso de pilotos pode tornar-se um problema de gestão. Há demasiadas soluções pontuais, demasiado ruído e pouca capacidade de fazer “apostas grandes” em plataformas que transformem verdadeiramente percursos inteiros⁶. O tempo dos “demos” está a ser substituído pelo tempo da evidência em contexto: mais do que promessas,

procuram-se resultados em hospitais comparáveis, com impacto plausível em qualidade, acesso, custos e satisfação.

QUATRO LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A GESTÃO

Se cruzarmos o que ouvimos dos gestores no estudo da BMC, o que nos dizem a OMS e a OCDE, a evidência sobre alinhamento e metacognição, e as tendências internacionais para 2026, emergem linhas de orientação para quem está à frente de hospitais e sistemas de saúde.

A primeira é a necessidade de explicitar objetivos. Nenhum algoritmo nos salvará se não soubermos, com clareza, o que queremos otimizar. Projetos de IA que partem apenas de indicadores soltos de eficiência correm o risco de chocar com a missão do hospital ou com princípios éticos básicos²⁵. Projetos que nascem de objetivos equilibrados – combinando eficiência, qualidade, segurança, experiência, equidade e sustentabilidade – e que envolvem direção clínica, enfermagem e administração na sua definição, têm muito mais probabilidade de produzir valor real.

A segunda é tratar a governação de dados como responsabilidade de topo. Continuaremos a ver casos de algoritmos que reproduzem desigualdades e enviesamentos sempre que os dados subjacentes refletirem histórias de exclusão ou subutilização de cuidados^{3,5}. Garantir interoperabilidade, qualidade, representatividade e segurança dos dados, assim como mecanismos de auditoria, não é um detalhe técnico; é parte integrante da boa administração hospitalar.

A terceira é investir em competências e em integridade cognitiva. A literacia em IA não pode limitar-se a saber “clicar no sítio certo”. Precisamos de gestores e profissionais capazes de interrogar o sistema, compreender os seus limites, reconhecer sinais de alarme, saber quando confiar, quando duvidar e quando simplesmente desligar^{3,4,6}. Isto implica formação crítica, discussão multidisciplinar e, talvez mais do que tudo, a coragem de admitir incerteza num contexto que tantas vezes determina e valoriza respostas rápidas, e de segurança.

A quarta é clarificar responsabilidade e construir confiança regulatória. Enquanto os enquadramentos legais específicos para IA em saúde amadurecem, os conselhos de administração têm de

definir, dentro das suas instituições, princípios claros: a decisão final continua a ser humana; a IA apoia, mas não substitui; existe sempre uma cadeia de responsabilidade identificável; e há planos de contingência para quando algo corre mal²⁵.

CONCLUSÃO: O FUTURO DECIDE-SE NA PRÁTICA DIÁRIA

O Prémio Eduardo Sá Ferreira atribuído ao artigo sobre IA na decisão em gestão hospitalar foi um marco simbólico importante, mas o verdadeiro teste faz-se agora, todos os dias, nos hospitais e nos sistemas de saúde. A IA já provou que pode gerar valor; 2026 será, provavelmente, o ano em que a questão passa a ser “como a entregamos com responsabilidade, em escala, sem perder a nossa capacidade de pensar”.

Se nós, gestores de saúde e administradores hospitalares, assumirmos a IA como um tema de governação – e não apenas como dossier tecnológico – teremos a oportunidade de a usar para tornar a gestão mais informada, os processos mais fluídos e os cuidados mais humanos. O “futuro em cada dia” constrói-se assim: com dados melhores, objetivos mais claros, equipas mais capacitadas e a humildade de reconhecer que, mesmo rodeados de algoritmos poderosos, continua a ser nossa a responsabilidade de decidir. •

REFERÊNCIAS

1. Alves M, Seringa J, Silvestre T, Magalhães T. Use of Artificial Intelligence tools in supporting decision-making in hospital management. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1282. doi:10.1186/s12913-024-11602-y.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Artificial intelligence is reshaping health systems: state of readiness across the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Report No.: WHO/EURO/2025-12707-52481-81028.
3. Manca F, Eslavi D. Digital and AI skills in health occupations: What do we know about new demand? OECD Artificial Intelligence Papers. 2025;36. doi:10.1787/5fbda42ab-en.
4. Fernandes D, Villa S, Nicholls S, Haavisto O, Buschek D, Schmidt A, et al. AI makes you smarter but none the wiser: The disconnect between performance and metacognition. *Comput Human Behav.* 2025 Oct;Epub ahead of print.
5. Ueda D, Walston SL, Kurokawa R, Saito T, Honda M, Iima M, et al. Artificial superintelligence alignment in healthcare. *Jpn J Radiol.* 2025;Epub ahead of print.
6. Mamoco M. 2026 AI healthcare trends from 14 leading AI influencers [Internet]. LinkedIn; 2025 Dec 3 [citado 2025 Dez 3]. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/2026-ai-healthcare-trends-from-14-leading-influencers-max-mamoco-5iu0e/>

1. Adjunto do Conselho de Administração da ULS Alto Alentejo e Administrador Hospitalar



Prémio 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.

Prémio Coriolano Ferreira

O impacto da Especialização em Administração Hospitalar na minha carreira enquanto arquiteta

Sara de Albuquerque Marques

Os hospitais representam um dos tipos de edifícios mais exigentes do ponto de vista técnico, funcional e económico, combinando complexidade tecnológica, ritmos operacionais ininterruptos e uma multiplicidade de atividades que evoluem continuamente no tempo. Esta natureza intrinsecamente dinâmica contrasta, muitas vezes, com a rigidez inerente à construção, que tende a ser relativamente permanente, criando uma tensão constante entre o que o edifício é e o que, em termos de necessidades assistenciais, dele se exige. Sempre me interessaram precisamente os desafios que surgem desta interseção entre o físico e o funcional, entre a dimensão espacial e a atividade que ela suporta. E foi nesse interesse, e também no meu desconhecimento, que encontrei a motivação para explorar a arquitetura hospitalar.

O meu percurso inicial em Arquitetura levou-me a trabalhar em diferentes tipologias, desde planeamento urbano até projetos de interiores, permitindo-me observar de perto aquilo que constitui a prática mais comum da profissão. Apesar de ter retirado aprendizagens relevantes de cada uma dessas experiências, era nos projetos mais complexos, com maiores constrangimentos e múltiplos fatores em simultâneo, que encontrava um estímulo especial. Foi essa predisposição para a resolução de problemas, aliada ao facto de a arquitetura hospitalar ser uma área praticamente ausente do ensino formal e do quotidiano da maioria dos ateliers, que despertou a minha curiosidade. Fascinava-me a escala, a especialização e o ambiente altamente regulado destes edifícios, mas fascinava-me sobretudo o facto de não saber nada sobre eles.

Numa primeira tentativa de aprofundar este interesse, procurei formação específica, apenas para perceber que



em Portugal não existiam programas universitários dedicados à arquitetura hospitalar e que a literatura disponível era reduzida. Foi nesse contexto que encontrei a Escola Nacional de Saúde Pública e, ao conhecer o legado histórico e a credibilidade do curso de Especialização em Administração Hospitalar, percebi que a abordagem mais sólida não seria começar pela arquitetura em si, mas antes pela compreensão do hospital enquanto organização. Aprender como funciona um hospital em todas as suas dimensões, clínica, operacional, financeira e organizacional, pareceu-me a uma via verdadeiramente robusta para poder, no futuro, projetar melhores infraestruturas.

A minha intenção inicial era de natureza académica: queria contribuir para colmatar a ausência de conhecimento estruturado sobre arquitetura hospitalar em Portugal. Contudo, esta motivação coexistia com um receio evidente: não tinha formação em gestão nem em saúde, e a probabilidade de não dominar conteúdos profundamente técnicos era real. Ainda assim, fui acolhida no curso com uma abertura que garantiu que essa falta de background nunca se tornasse um

obstáculo. Pelo contrário, a diversidade de percursos entre os estudantes tornou-se rapidamente um dos aspetos mais enriquecedores da formação.

Contactei a ENSP, expus a minha vontade, e aconselharam-me o Curso de Especialização em Administração Hospitalar, para o qual me candidatei. O curso revelou-se transformador desde o início. A profundidade das matérias, a interdisciplinaridade e a exposição constante à realidade concreta das instituições de saúde permitiram-me compreender dimensões do sistema hospitalar que eram, até então, completamente distantes do meu universo profissional. Destaco especialmente o impacto que a área da economia da saúde teve em mim, uma disciplina para a qual não possuía qualquer preparação prévia e que, no entanto, se tornou um dos meus interesses pessoais mais duradouros. A compreensão das políticas públicas, do financiamento, de indicadores, da organização dos serviços e dos modelos de planeamento não só ampliou o meu conhecimento enquanto arquiteta, mas alterou profundamente a forma como

me posiciono enquanto cidadã perante o sistema de saúde.

Um dos aspetos mais marcantes desta experiência foi, sem dúvida, o contacto direto com profissionais que vivem o hospital diariamente e que compreenderam desde o início a relevância das minhas perguntas enquanto arquiteta. A turma com que tive a sorte de me cruzar foi decisiva para a minha aprendizagem, e penso que sem ela o meu percurso não teria sido tão enriquecedor. Através de conversas informais, visitas de estudo e da partilha generosa da experiência por parte dos meus colegas, fui exposta a uma visão prática e operacional da realidade hospitalar à qual dificilmente teria acesso noutro contexto.

Compreender a perspetiva de quem trabalha no terreno, que conhece as tensões, as necessidades, os fluxos e os constrangimentos do dia a dia, tornou-se fundamental na forma como hoje interpreto qualquer desafio de projeto.

Foi também através do curso que tive a oportunidade de iniciar atividade num escritório de arquitetura especializado na área hospitalar, o mais experiente do país neste tipo de projetos. Essa entrada no terreno foi o ponto de viragem no meu percurso. Percebi que preferia dedicar-me à prática profissional em vez de seguir a via académica que inicialmente planeava. Desde então, tive a oportunidade de trabalhar em projetos públicos, colaborar com uma instituição privada no âmbito do estágio curricular e participar em projetos internacionais, incluindo para países lusófonos. Esta experiência prática, conjugada com o enquadramento conceptual fornecido pelo curso, constituiu uma combinação rara e valiosa, permitindo-me entender de forma integrada a arquitetura, a gestão, a operação e a estratégia.

A principal transformação que o curso trouxe ao meu trabalho enquanto arquiteta reside no entendimento de que um hospital tem uma dimensão empresarial, com múltiplos intervenientes



e necessidades muitas vezes concorrentes. Compreender a importância da eficiência dos fluxos, a centralidade da segurança do doente e o impacto das condições físicas no desempenho assistencial tornou-me uma projetista mais informada e mais consciente do alcance das minhas decisões. Passei a reconhecer que a qualidade do ambiente construído não é apenas uma questão arquitetónica, mas um fator determinante para a qualidade dos cuidados e para a experiência de todos os ocupantes.

Ser distinguida como melhor aluna do curso foi um privilégio que recebo com enorme gratidão. Este reconhecimento só foi possível pela forma como fui acolhida pelos colegas e professores, que sempre valorizaram a diversidade de percursos e contribuíram para que integrasse plenamente uma área que, à partida, não era a minha. Esta distinção demonstra que o curso é capaz de formar não apenas gestores, mas também profissionais de áreas tangenciais que podem contribuir para a evolução das infraestruturas de saúde. Mostra igualmente que as soluções de carreira não são rígidas e que a curiosidade pode ser um ponto de



partida para um contributo real num setor fundamental.

Acredito que esta articulação entre gestão hospitalar e arquitetura tem potencial para enriquecer profundamente a forma como se projetam infraestruturas de saúde. No futuro, espero continuar a contribuir para este diálogo interdisciplinar, ajudando a construir edifícios que respondam de forma mais eficaz às necessidades dos profissionais, dos doentes e da sociedade. •

ENTREGAMOS MELHOR SAÚDE

WWW.OCP.PT



OCP
PORTUGAL
a PHOENIX company

48.º Congresso Mundial dos Hospitais

Da Aprendizagem Global à Ação Local: Reflexões do 48.º Congresso Mundial dos Hospitais

Elsa Baião¹, Patrícia Rego², Teresa Pêgo³

Sob o tema “Global learning, local action for every patient”, realizou-se em Genebra o 48.º Congresso Mundial de Hospitais, entre 10 e 13 de novembro de 2025. No âmbito das suas atividades formativas e de forma a promover a participação dos Administradores Hospitalares portugueses neste Congresso Mundial, a APAH lançou Bolsas para os associados, às quais se candidataram as Administradoras Hospitalares Elsa Baião, Patrícia Rego e Teresa Pego.

A participação no 48.º Congresso Mundial dos Hospitais, constituiu uma oportunidade de elevado valor para uma análise crítica das tendências emergentes nos sistemas de saúde e para a reflexão sobre os desafios que moldarão o futuro da gestão hospitalar.

Através da Bolsa atribuída pela APAH, foi possível integrar debates internacionais, aceder a conhecimento técnico e científico atualizado, conhecer práticas inovadoras, recolher referências para novas abordagens estratégicas e operacionais, fortalecer redes de colaboração, reforçar a capacidade de antecipação face a desafios emergentes, e compreender de forma mais ampla o papel do administrador hospitalar na transformação dos cuidados.

O Congresso constituiu um fórum de aprendizagem única, onde as discussões reforçaram a importância de pensar estrategicamente a modernização dos sistemas de saúde, garantindo que as respostas às necessidades emergentes se traduzam em melhorias reais para doentes, profissionais e organizações.

QUATRO PILARES PARA O FUTURO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O Congresso estruturou-se em torno de quatro pilares centrais — transição digital e inteligência artificial, liderança, sustentabilidade e cuidados centrados no

doente — que funcionaram como linhas orientadoras das várias sessões e debates.

TRANSIÇÃO DIGITAL E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: TENDÊNCIAS E IMPLICAÇÕES ORGANIZACIONAIS

Teresa Pego

A transformação digital foi um dos temas centrais, refletindo o ritmo acelerado da adoção de tecnologias de informação e inteligência artificial no setor da saúde, e que assumiu particular interesse para mim, atentas as funções que desempenho enquanto coordenadora da Unidade Central de Gestão do Acesso da Direção Executiva do SNS. Por esse motivo, dedico-lhe maior atenção neste contexto.

Perspetivas Futuras

Na sessão “Envisioning 2050: The intersection of AI and healthcare” destacou-se o potencial da IA para transformar diagnósticos, tratamentos e gestão clínica. A discussão centrou-se não apenas nos benefícios já identificados, mas também em desafios como a integração tecnológica, a maturidade regulatória e a confiança e literacia digital dos profissionais.

Eficiência Operacional e Hospital Inteligente

Estudos de caso apresentados evidenciaram que a digitalização e a automação de processos contribuem para a redução de carga administrativa, melhoria da precisão documental, otimização de recursos e aumento da resiliência organizacional. A digitalização foi apresentada como uma ferramenta essencial para a sustentabilidade e competitividade dos serviços hospitalares.

Impacto na Estrutura do Trabalho

Foi amplamente defendida a ideia de que a automação permite uma melhor redistribuição de tarefas, uma coordenação mais eficaz de cuidados, reduzindo a variabilidade, promovendo práticas mais consistentes e equitativas e a libertação de tempo para atividades

de maior valor clínico — mais “tempo para a humanização dos cuidados” e para “saving marriages”, como foi mencionado no debate. Este fenómeno reforça a importância da gestão estratégica de recursos humanos na era digital.

IA como Apoio à Decisão Clínica e Administrativa

Casos reais demonstraram que a utilização de ferramentas avançadas de IA e modelos de linguagem contribuem para a capacidade de melhorar a qualidade da informação e da comunicação, apoiar decisões clínicas e administrativas, reduzir variabilidade e agilizar processos críticos. A integração destes sistemas nas práticas e sistemas institucionais foi apresentada como um vetor decisivo para a melhoria da qualidade assistencial.

Reconfiguração e inovação dos Percursos de Cuidados

Foi demonstrado como a utilização de tecnologias digitais permite percursos mais personalizados, integrados e orientados para resultados, com impacto direto na experiência do doente, no tempo de resposta e na sustentabilidade dos serviços de saúde.

Governança e Capacitação

Foi consensualizado nos debates que a implementação de tecnologias digitais exige modelos de governação robustos, forte investimento nas competências digitais, infraestrutura adequada e o desenvolvimento de uma cultura organizacional favorável à inovação.

Liderança como Fator Crítico de Sucesso

O Congresso reforçou que lideranças visionárias e colaborativas são fundamentais para assegurar a adoção ética, segura e eficaz de novas tecnologias, bem como para alinhar objetivos estratégicos, operacionais e clínicos, e garantir que a adoção tecnológica gere valor real, resultados sustentáveis.

As reflexões trazidas do 48.º Congresso

Mundial dos Hospitais apontam para um futuro onde os sistemas de saúde serão digitais, mais sustentáveis, mais inteligentes e mais centrados no doente. Utilizando das palavras do Dr. Charles Wiemer ficamos com a forte convicção que “o futuro da saúde é personalizado, pretidivo e conectado. A inovação pressupõe e exige a colaboração geral e a confiança”. Para a administração hospitalar, esta evolução representa desafios significativos, mas também oportunidades estratégicas: mobilizar equipas, promover inovação, construir organizações mais eficientes, resilientes, humanas e orientadas para resultados de valor.

A minha principal aprendizagem deste encontro internacional é clara: a inovação ganha sentido quando se traduz em ação local e em benefícios concretos para quem recebe e para quem presta cuidados. Com visão estratégica, liderança firme e capacidade de adaptação, é possível transformar conhecimento global em progresso real, eficaz e sustentável, eticamente fundamentado e qualitativamente demonstrado.

LIDERAR COM HUMANIDADE

Elsa Baião

O Congresso Mundial dos Hospitais 2025 confirmou que os sistemas de saúde de todo o mundo estão a atravessar um momento de transformação profunda. As discussões revelaram um consenso global: a evolução dos sistemas de saúde depende de uma visão integrada, na qual a sustentabilidade, a proximidade, a liderança humana e colaborativa e a transição digital segura e inteligente convergem como pilares fundamentais. Participar no Congresso Mundial dos Hospitais de 2025 ultrapassou a simples participação num encontro internacional de especialista. Significou participar num fórum onde a liderança em saúde se reinventa, se humaniza e se projeta para um futuro mais consciente e inclusivo. Num cenário marcado pela convergência entre tecnologia, transformação digital, sustentabilidade e novas formas de cuidados, emergiu um fio condutor dominante: o centro do sistema continua, e continuará sempre a ser, a pessoa. Ao longo das sessões, tornou-se claro que a liderança hospitalar moderna exige mais do que capacidade técnica ou visão estratégica. Exige coragem para escutar, humildade para aprender e compromisso para transformar.

Na sessão plenária sobre o futuro da saúde e da inteligência artificial, líderes de diferentes continentes lembraram que, apesar de algoritmos e modelos



preditivos revolucionarem a prática clínica, o toque humano — aquele que acolhe, tranquiliza e dignifica — não pode ser substituído. A tecnologia, quando bem gerida, amplia valores humanos, não os elimina. Outro momento transformador surgiu nas reflexões sobre modelos de liderança centrados no utente, que revelaram que a escuta ativa, a inclusão do doente nas decisões e a colaboração interdisciplinar podem gerar culturas de cuidado mais seguras, mais transparentes e mais humanas. A apresentação “BeKind Behavior”, do Apollo Hospitals Group, Índia, aprofundou ainda mais esta visão humana, lembrando que a bondade não é um gesto acessório, mas uma competência de liderança essencial. Foi sublinhado que pequenos comportamentos — um olhar atento, uma palavra de reconhecimento, um ato de paciência — têm impacto direto na segurança do doente, no bem-estar das equipas e no clima emocional das organizações. A bondade, enquanto prática intencional, reforça a confiança, promove ambientes de aprendizagem e

alimenta culturas de cuidado, onde todos se sentem valorizados. Esta reflexão serviu como uma recordatória poderosa de que a liderança verdadeiramente transformadora começa no essencial: tratar cada pessoa com dignidade, respeito e empatia.

O Congresso destacou ainda a importância da sustentabilidade, não apenas ambiental, mas também emocional e organizacional. A liderança humanizada vê as equipas como pessoas inteiras e reconhece que a empatia interna é o combustível da excelência externa. Aprender a criar ambientes de trabalho onde o erro é oportunidade e não punição, revelou-se essencial para a segurança e para a qualidade dos cuidados.

Ao ouvir líderes de países tão diversos, ficou evidente que, embora os contextos variem, as necessidades humanas são universais. Todos procuramos confiança, transparência e respeito. E todos beneficiamos quando quem lidera assume uma postura que combina exigência com bondade e estratégia ▶

com cuidado. A verdadeira força de uma instituição de saúde mede-se não apenas pelos seus indicadores, mas pela forma como trata cada pessoa que atravessa as suas portas — doente, familiar ou profissional.

SUSTENTABILIDADE – REPENSAR OS RECURSOS

Elsa Baião

A sustentabilidade destacou-se como uma prioridade transversal nos sistemas de saúde.

Os debates demonstraram que a resposta às alterações climáticas exige ações concretas, desde a descarbonização hospitalar, modelos de gestão que integrem eficiência energética, redução de resíduos, escolhas sustentáveis na cadeia de abastecimento e envolvimento das equipas.

Hospitais de vários países apresentaram projetos que revelam que a transição para cuidados mais ecológicos não só é possível, como gera resiliência, poupança e melhorias na qualidade dos cuidados. Ficou evidente que as instituições de saúde, grandes poluidoras e produtoras de resíduos, têm um papel essencial na proteção do planeta e das populações, e que a sustentabilidade clínica, ambiental e humana é inseparável do futuro dos sistemas de saúde.

Para a função que hoje desempenho como Presidente do Conselho de Administração da ULS Oeste, as aprendizagens deste congresso reforçam a necessidade de liderar com visão estratégica, responsabilidade ambiental, sensibilidade humana e coragem digital. Para os administradores hospitalares, estes temas não são tendências — são competências essenciais para garantir organizações sustentáveis, equipas motivadas e cuidados cada vez mais eficientes, seguros e centrados nas pessoas. A construção de sistemas de saúde resilientes, inovadores e centrados nas pessoas exige líderes comprometidos e, neste campo, todos os Administradores Hospitalares têm um papel significativo a desempenhar, como motores de transformação e de sustentabilidade.

TRANSFORMAR SISTEMAS A PARTIR DO TERRITÓRIO: LIÇÕES DE GENEBA PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS ULS E DOS CUIDADOS DE PROXIMIDADE

Patrícia Rego

Participar no 48.º Congresso Mundial de Hospitais, sob o tema “Global learning, local action for every patient”, foi uma oportunidade privilegiada para

A sustentabilidade destacou-se como uma prioridade transversal nos sistemas de saúde

refletir sobre a transformação dos sistemas de saúde a partir da base — o território, a comunidade e os Cuidados de Saúde Primários (CSP). Enquanto gestora do Departamento de CSP para o Barlavento Algarvio, área que abrange sete concelhos com realidades demográficas e organizacionais diversas, encontrei neste Congresso um espaço de aprendizagem que, mais do que inspirar, permitiu observar aquilo que vários sistemas de saúde mais robustos têm em comum — desde os nórdicos, aos que representaram experiências europeias, americanas, asiáticas e africanas presentes nos painéis: uma aposta consistente na proximidade, na integração e na responsabilidade.

Uma das primeiras mensagens que me marcou surgiu no painel dedicado ao desenvolvimento e bem-estar dos profissionais “Strengthening healthcare talent pipelines”. O que se salientou não foi apenas a necessidade de atrair novos talentos, mas sobretudo a importância de equipas preparadas para trabalhar em contextos comunitários, com competências em gestão de caso, literacia em saúde e intervenção multidisciplinar. Instituições provenientes de regiões como Singapura, Canadá ou Colômbia reforçaram que investir em profissionais capazes de atuar de forma integrada e próxima das pessoas é determinante para a sustentabilidade dos sistemas. Esta visão ecoa diretamente os desafios que vivemos nos CSP portugueses, especialmente numa região como o Algarve, marcada por grande variabilidade sazonal e por uma população envelhecida e dispersa.

O Congresso reforçou igualmente a ideia de que estender o alcance dos cuidados para além das paredes do hospital é tanto necessário quanto desejável. No painel “Extending care reach: innovations in home, hospital and community”, foram apresentados modelos que colocam o domicílio como unidade assistencial central, apoiados por equipas

multidisciplinares e tecnologia inteligente — como aqueles desenvolvidos na Suíça, em regiões espanholas como a Catalunha, ou em sistemas asiáticos como Taiwan. Não se trata de “deslocalizar” cuidados, mas de os reorganizar para garantir continuidade, segurança e autonomia. Esta abordagem revelou-se particularmente relevante para o modelo das Unidades Locais de Saúde (ULS), onde a articulação entre CSP e cuidados hospitalares é condição essencial para percursos assistenciais mais fluidos, especialmente para pessoas com múltipla morbidade. Outra dimensão fundamental foi a integração efetiva das redes de cuidados, destacada no painel “Integrating care networks for safer, coordinated, complex patient care”. Experiências partilhadas por organizações do Reino Unido, Países Baixos, Alemanha, Estados Unidos ou África do Sul demonstraram que a integração não é um conjunto de projetos, mas uma cultura — assente em confiança, informação partilhada, coordenação entre lideranças e objetivos comuns.

Por sua vez, o painel “Empowering patients and families” evidenciou que sistemas que tratam as pessoas como parceiras — e não apenas como destinatárias de cuidados — alcançam melhores resultados, maior segurança e maior confiança. Exemplos europeus, norte-americanos e africanos reforçaram a importância de uma comunicação clara e centrada na pessoa. Nas ULS, este princípio é especialmente relevante, dado que todos os níveis de prestação podem comunicar de forma integrada com doentes e cuidadores.

A principal lição que trago de Genebra é simples: os sistemas de saúde mais resilientes não crescem a partir do hospital, mas a partir do território. São sistemas que investem em proximidade, integração e responsabilidade partilhada. É com esta visão — e com o compromisso de continuar a contribuir para a sua tradução em soluções concretas para a ULS do Algarve e para o SNS — que regresso desta experiência internacional.

Muito obrigada, APAH, pela oportunidade! ●

1. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Oeste
2. Administradora Hospitalar, Unidade Local de Saúde do Algarve, Cuidados de Saúde Primários
3. Coordenadora da Unidade de Gestão do Acesso (UGA), Direção Executiva do SNS



Canal APAH - Gestão em Saúde

@canalapah-gestaoemsauda7070 · 1,7 mil subscritores · 592 vídeos

Este canal é gerido pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), apah.pt e mais 4 links

[Personalizar canal](#)

[Gerir vídeos](#)

[Início](#)

[Vídeos](#)

[Em direto](#)

[Playlists](#)

[Publicações](#)



Visite o Canal APAH no Youtube e tenha acesso gratuito a vídeos, cursos e webinars de excelência na área da gestão de serviços de saúde. Subscreva já!



Resumo de atividades APAH 4.º trimestre de 2025

INICIATIVAS APAH

6 DE OUTUBRO

- 10º episódio do ciclo do podcast APAH “Caminhos da Administração Hospitalar”.

22 DE OUTUBRO E 24 DE NOVEMBRO

- Reunião com Administradores Hospitalares dedicada a esclarecimentos relativos ao processo de revisão da carreira de Administração Hospitalar e ao estado das negociações com a tutela.

7 DE NOVEMBRO

- Sessão de Finalistas da 12.ª edição do Prémio Healthcare Excellence.

- 16.ª Conferência de VALOR APAH, Boeira Garden Hotel Porto, Vila Nova de Gaia.
- Apresentação de Resultados da 2.ª edição do Barómetro de Integração de Cuidados.
- Atribuição do Prémio Coriolano Ferreira.
- Atribuição do Prémio Eduardo Sá Ferreira (1.ª edição).
- 3.ª edição do CEO Circle.

8 DE NOVEMBRO

- 16.ª Conferência de VALOR APAH, Boeira Garden Hotel Porto, Vila Nova de Gaia.

21 DE NOVEMBRO

- 17.ª edição do Fórum do Medicamento.
- Apresentação pública dos resultados da última edição do Índice Nacional de Acesso ao Medicamento Hospitalar.

5 DE DEZEMBRO

- Workshop “Financiamento competitivo – como passar à prática”, promovido pelo Grupo de Trabalho de Investigação em Saúde da APAH e pela AICIB.

REPRESENTAÇÕES APAH EM OUTRAS INICIATIVAS

8 DE OUTUBRO

- Participação de Raquel Chantre, como oradora na sessão “Mais Acesso, Mais Saúde – aproximar o medicamento à população”, no III Congresso Nacional da Distribuição Farmacêutica, a convite da ADIFA – Associação de Distribuidores Farmacêuticos.

11 DE OUTUBRO

- Participação de Xavier Barreto na mesa mesa-redonda “A humanização do Sistema de Saúde”, no 9.º Congresso da APDI – Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino.

15 DE OUTUBRO

- Participação de Xavier Barreto na Sessão Evocativa dos 50 anos da Associação Nacional das Farmácias e assinatura da “Declaração pela Saúde”, iniciativa que reuniu 50 entidades signatárias, entre as quais a APAH.

18 DE OUTUBRO

- Participação de Xavier Barreto na 3.ª edição do evento HF 360°, na mesa-redonda “Rethinking Heart Failure Care in Portugal - Serviços de Saúde, Inovação e Humanização da Prevenção aos Cuidados Avançados - Repensar o Modelo Nacional de Resposta à Insuficiência Cardíaca”.

10 A 13 DE NOVEMBRO

- Participação de Xavier Barreto e Raquel Chantre no 48.º Congresso Mundial de Hospitais, Genebra (Suíça).

A delegação portuguesa contou também com as administradoras hospitalares Elsa Baião, Patrícia Rego e Teresa Pêgo, ao abrigo de Bolsas APAH.

18 DE NOVEMBRO

- Atribuição das Bolsas da 4.ª Edição do Programa Mais Valor em Saúde – Vidas que Valem.

19 DE NOVEMBRO

- Participação de Raquel Chantre na mesa-redonda “Sustentabilidade e Inovação em HD”, integrada na cerimónia comemorativa dos 10 anos da Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta, da ULS Almada-Seixal.

22 DE NOVEMBRO

- Participação de Raquel Chantre nas VI Jornadas Nacionais APCL - Associação Portuguesa Contra a Leucemia, no painel “CAR-T e Medicina de Precisão em Portugal”.

28 DE NOVEMBRO

- Participação de Raquel Chantre no evento anual do Projeto IMPULSO, uma iniciativa promovida pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão Europeia.

6 DE DEZEMBRO

- Participação de Leandro Luís na IV Convenção Internacional dos Enfermeiros e II Encontro de Enfermeiros Gestores,

como preletor na mesa “Os novos modelos de cuidados e a reconfiguração de competências”.

9 DE DEZEMBRO

- Participação de Xavier Barreto no Fórum Regional do Porto integrado nos Estados Gerais da Bioética, uma iniciativa promovida pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) que assinala os 35 anos da instituição.

- Participação de Xavier Barreto no Debate “ULS Universitárias: desafios e oportunidades”, organizado pela Comissão de Trabalhadores do Hospital de Braga (CTHB), dedicado ao papel das ULS universitárias e às dinâmicas que moldam a articulação entre cuidados, ensino e investigação.

REUNIÕES INSTITUCIONAIS

30 DE OUTUBRO

- Audiência com Grupo Parlamentar do Partido Socialista (reunião remota).

31 DE OUTUBRO

- Assembleia-geral Eleitoral da FESAP.

14 DE NOVEMBRO

- Audiência com Presidência da República (reunião remota).

Menos água, mais higiene: o novo desafio dos estabelecimentos de saúde

Cláudia Roque¹

Em hospitais e clínicas, o consumo de água pode atingir 300 a 450 litros por dia e por cama, contra cerca de 137 litros em casa. Este consumo significativo está relacionado com múltiplas necessidades: higiene das mãos, esterilização no bloco operatório, higiene do paciente, que leva mais tempo e às vezes requer a intervenção da equipa de cuidados de saúde (duches), manutenção de superfícies, lavandarias e restauração. No entanto, apesar das ideias preconcebidas, consumir muita água neste contexto não traz necessariamente mais higiene: um excesso de água pode, na verdade, mascarar práticas ineficazes e não impede a estagnação nas canalizações. Isso cria um terreno propício ao desenvolvimento de bactérias como a Legionella, que prolifera em apenas 72 horas.

UM PARADOXO QUE LEVANTA QUESTÕES: MENOS ÁGUA PARA COMBATER MELHOR AS INFECÇÕES

Então, como proceder para responder à questão bacteriológica dos estabelecimentos de saúde sem desperdiçar água?

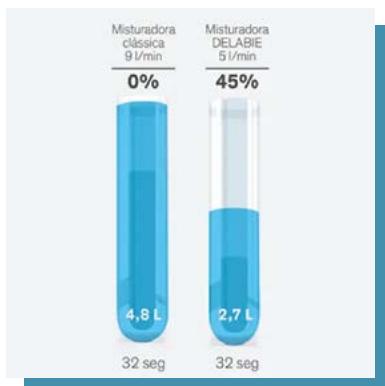
SOLUÇÕES CONCRETAS: QUANDO A INOVAÇÃO REDUZ O CONSUMO

Na prática, é preciso compreender que o elevado consumo de água num estabelecimento hospitalar é normal pelas razões acima mencionadas.

Duches, lavatórios, autoclismos: no entanto, atualmente é possível ajustar com precisão a quantidade de água em função das necessidades, evitando assim o desperdício e garantindo uma verdadeira segurança sanitária.

As misturadoras de duche DELABIE, com um limite máximo de 9 l/min (ref. 2739), integram reguladores de débito que mantêm uma pressão suficiente para a lavagem, evitando o excesso de água. A mesma lógica aplica-se às misturadoras de lavatório DELABIE, cujo débito é geralmente regulado para 5 l/min (ref. 2721T).

Por sua vez, as misturadoras sequenciais ou termostáticas (ref. H9600) misturam água quente e água fria conforme a necessidade, garantindo uma temperatura



estável e reduzindo assim a quantidade de água desperdiçada durante o ajuste da temperatura. Além de melhorar o conforto do utilizador, também reduzem o consumo de energia relacionado com a produção de água quente, contribuindo ao mesmo tempo para limitar a proliferação bacteriana graças a um débito otimizado. No que diz respeito ao protocolo de lavagem das mãos do pessoal de saúde, a tomeira eletrónica é atualmente a mais indicada. Uma solução mural, como a tomeira de lavatório eletrónica mural TEMPOMATIC (ref. 20801T2, por exemplo), deteta as mãos através de infravermelhos. Só abre quando o utilizador se aproxima e fecha automaticamente quando este se afasta, evitando qualquer desperdício de água. Por fim, as descargas de água também podem ser uma verdadeira fonte de desperdício e proliferação bacteriana. Por um lado, um mecanismo com reservatório apresenta um risco elevado de fuga (até 200 m3 de água desperdiçada num ano) e, por outro lado, também é sinónimo de risco sanitário, uma vez que a água fica, na sua maioria, estagnada. Para remediar estas eventualidades, a descarga de água sem reservatório (ref. 763000, 464000/464006), graças ao seu mecanismo fiável e sem estagnação de água, apresenta-se como a melhor opção. Além disso, a tomeira eletrónica integra uma função de limpeza automática, que aciona uma descarga de água 24 horas após a última utilização. Este mecanismo de purga direcionada permite uma renovação regular da água, limitando assim a proliferação bacteriana, sem causar consumo excessivo.

ORGANIZAÇÃO E MANUTENÇÃO: O LADO OCULTO DA ECONOMIA DE ÁGUA NOS HOSPITAIS

Além de equipamentos eficientes, a gestão proativa da rede desempenha um papel decisivo na economia de água em ambientes hospitalares. Em primeiro lugar, é essencial identificar os pontos de captação que apresentam risco sanitário, especialmente aqueles cuja utilização é pouco frequente. Essas zonas favorecem a estagnação da água, propícia ao desenvolvimento bacteriano. Uma vez identificados esses pontos, uma solução simples e duradoura consiste em substituir as tomeiras existentes, ou instalar novas nas proximidades, por uma misturadora eletrónica DELABIE.

Paralelamente, é essencial controlar regularmente a temperatura da água (certificar-se de que não permanece na faixa de 25-45 °C, propícia ao desenvolvimento da Legionella), detetar e reparar rapidamente as fugas (uma simples gota por segundo acaba por representar dezenas de litros perdidos todos os dias) e monitorizar o biofilme através de amostragens ou inspeções específicas. Ao integrar essas ações num plano de manutenção preventiva, reduz-se eficazmente os riscos de contaminação bacteriana, evitando ao mesmo tempo o desperdício sistemático de água.

QUANDO ECONOMIA E HIGIENE SE UNEM: RUMO A UM HOSPITAL MAIS SUSTENTÁVEL

Economizar água nos hospitais não significa comprometer a higiene, pelo contrário: reduzir os volumes desnecessários limita a estagnação e, portanto, os riscos de desenvolvimento bacteriano. Intervenções pesadas (choques térmicos ou químicos) continuam a ser possíveis em caso de contaminação comprovada, mas o uso diário pode ser otimizado. Trata-se, acima de tudo, de consumir "melhor", respondendo às necessidades médicas e garantindo a segurança dos pacientes e do pessoal, sem abusar de um recurso tão precioso quanto caro. ●

1. Senior Marketing & Communications Manager Portugal



“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.

