

GH GESTÃO HOSPITALAR

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

N.º 44 // JANEIRO FEVEREIRO MARÇO 2026
TRIMESTRAL // GRATUITA // www.apah.pt

**ACESSO AO
MEDICAMENTO
HOSPITALAR**
INDEX NACIONAL
2025

PROJETO LUZIA
A DESMATERIALIZAÇÃO
DO HOSPITAL

AUTARQUIAS
A SAÚDE
DESCENTRALIZADA
NOS MUNICÍPIOS

Miguel Lopes
Presidente do Conselho
de Administração
da ULS Alto Alentejo

ENTREVISTA

**CONSTRUÇÃO DE UM VERDADEIRO
SISTEMA LOCAL DE SAÚDE**

Faz dois em um:

HIGIENE E CONFORTO

DELABIE



Ref. 20801T2

Torneira de lavatório eletrónica

- Sem contacto manual para uma máxima higiene
- Limpeza periódica antiproliferação bacteriana
- Bica removível descartável BIOCLIP
- Fecho automático da torneira ao retirar as mãos
- Fracionamento de entrega

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

JANEIRO FEVEREIRO MARÇO 2026

GESTÃO HOSPITALAR

PROPRIEDADE

APAH

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

DIRETOR

Xavier Barreto

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Bruno Moita, Sandra Olim

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Sofia Marques

EDIÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO



Bleed - Sociedade Editorial e Organização de Eventos, Lda

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 constrói-se em rede

6 História da Saúde

Do Hospital de Todos os Santos para o Hospital Real de S. José

10 Direito Biomédico

Acesso a Medicamentos Essenciais em Portugal: Enquadramento Constitucional, Regulação Económica e Sustentabilidade do Sistema de Saúde

12 Saúde Pública

Prevenção e controlo ambiental da bactéria Legionella em Unidades de Saúde

16 Auditoria Interna

Auditoria Clínica no coração do Value-Based Healthcare: Medir o que realmente importa

18 Voz do Cidadão

Radical Health, Prevenção e Vida Real: Da Pessoa ao Sistema

20 Gestão

As oportunidades e os desafios da gestão de orçamentos regionais: experiências em redes regionais de saúde na Alemanha

22 Gestão

A Era da Inteligência Ética – Liderar em Ambientes Complexos de Saúde: Uma proposta operacional em 10 actos e 3 métricas

26 Saúde e Autarquias

A saúde descentralizada nos municípios: pelas pessoas e para as pessoas

28 Entrevista

Miguel Lopes, Presidente do Conselho de Administração da ULS Alto Alentejo

34 Sustentabilidade

Sustentabilidade nos serviços de saúde: uma revisão narrativa dos desafios, estratégias e padrões de qualidade hospitalar

38 Estudo

Index Nacional do Acesso ao Medicamento Hospitalar 2025

44 Estudo

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): uma visão integrada para a gestão dos cuidados cirúrgicos

46 Profissionais

3 Perguntas a Ana Paula Amorim, Unidade Autónoma de Gestão da Medicina (UAG M), ULS São João

48 Integração de cuidados

LUZIA: A desmaterialização do hospital

52 Iniciativa APAH Bolsa Capital Humano em Saúde

6 anos a trazer inovação para o SNS: Uma iniciativa que acredita nas pessoas

54 Iniciativa APAH Caminho dos Hospitais na ULS do Alto Alentejo

Modelos de gestão colaborativos orientados para a proximidade

56 Iniciativa APAH Viagem de Estudo

O Sistema de Saúde dos Países Baixos: Perspetivas, Desafios e Aprendizagens

60 Atividade APAH

Resumo de atividades - 1º trimestre



Xavier Barreto
Presidente da APAH

A saúde constrói-se em rede

A administração hospitalar assume um papel central. Cabe-nos criar pontes, alinhar recursos, medir resultados e garantir que a colaboração entre entidades serve verdadeiramente os interesses dos cidadãos

A resiliência do sistema de saúde português constrói-se no território e em parceria com as entidades da comunidade. Não basta reforçar hospitais ou centros de saúde de forma isolada; é necessário criar verdadeiros sistemas locais de saúde, capazes de integrar respostas, mobilizar parceiros e colocar os cidadãos no centro das decisões.

Esta necessidade é particularmente evidente no interior do país, onde a distância, o envelhecimento da população, a escassez de profissionais e a fragilidade das redes de apoio tornam mais difícil garantir acesso oportuno e equitativo aos cuidados. Nestes territórios, nenhuma entidade consegue responder sozinha. A resposta tem de envolver as Unidades Locais de Saúde, os municípios, as instituições sociais, as escolas, as farmácias, as associações da comunidade e todos os que, direta ou indiretamente, influenciam a saúde das populações.

As ULS podem ser uma oportunidade decisiva para organizar esta nova forma de trabalhar. Ao integrarem cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários, têm condições para liderar redes locais mais coerentes, evitar duplicações, melhorar a continuidade dos cuidados e aproximar respostas das pessoas. Mas essa integração só será real se for acompanhada por governação clara, objetivos partilhados, informação disponível e capacidade de decisão no terreno.

É aqui que a administração hospitalar assume um papel central. Cabe-nos criar pontes, alinhar recursos, medir resultados e garantir que a colaboração entre entidades serve verdadeiramente os interesses dos cidadãos.

Um sistema local de saúde centrado nas pessoas é aquele que prepara melhor uma alta hospitalar, acompanha o idoso isolado antes da crise, articula cuidados clínicos e sociais, usa tecnologia para aproximar respostas e adapta soluções às características de cada território.

A saúde no interior precisa de redes fortes, liderança competente e cooperação permanente. A resiliência do SNS começa precisamente aí: na capacidade de transformar instituições dispersas num sistema local organizado, próximo e orientado para as pessoas. ●



20 anos
de **Presença**
Hospitalar

**Confiança testada
e comprovada.**

Uma história feita de rigor, qualidade e compromisso com a saúde.

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

*Estudo de notoriedade desenvolvido pela GFK em janeiro de 2025.
IN/2026/004

A marca de genéricos
preferida pelos portugueses*



Do Hospital de Todos os Santos para o Hospital Real de S. José

Jorge Varanda¹

O terramoto de 1755 deu origem não apenas à destruição operada nas instalações do antigo Hospital de Todos os Santos, mas forçou a transformação de toda a Baixa da cidade, designada de Baixa Pombalina, na qual se insere a Praça da Figueira, onde se situava o Hospital, transformando-se no principal mercado central da cidade até meados do século XX. No período de cinco anos foi o segundo acontecimento destruidor a atingir o Hospital, tendo o primeiro ocorrido em 10 de agosto de 1750, um fogo que começou na casa das tinhas e que se comunicou rapidamente às enfermarias que alojavam mais de setecentos doentes.

Vejamos como a História de Portugal de Damião de Peres (Volume VI, pág. 201) descreve o fatídico acontecimento do terramoto: «No dia 1 de Novembro de 1755, um domingo de sol, de temperatura suave e vento brando, quando grande parte da população enxameava as ruas e os mercados, ou enxia as naves das igrejas, onde se celebrava a festa de Todos os Santos, de súbito pelas nove e meia da manhã (...), a terra começou a tremer, uma violenta oscilação, semelhante à de uma embarcação sobre o mar, de norte a sul, depois de leste a oeste, para voltar à direcção anterior, e assim de seguida, por espaço de sete minutos, entrecortados apenas por dois momentos de intervalo. O movimento parece ter sido vertical. Ao segundo minuto, já as casas se fendiam e desmoronavam, tam violento foi o abalo. Ao mesmo tempo abriam-se extensas fendas nas ruas, por onde se escapavam vapores sulfúreos, e, ao derruírem os edifícios, uma poeira densa se elevava em nuvens, sufocando e entenebrecendo. O terror da população foi indescritível (...).

Junto ao rio, as águas recuaram um dilatado momento, deixando o lodo do fundo a descoberto numa considerável extensão, para em seguida se erguerem



Hospital de S. José

numa onda alterosa que invadiu as ruas da parte baixa da cidade, num vai-vem de fluxo e refluxo.

(...)

Mas à queda dos edifícios, ao pavor do terramoto, sucedeu o horror dos incêndios (...). Quando a noite desceu, Lisboa estava envolvida numa cortina de labaredas. Os criminosos soltaram-se das prisões; aproveitaram para roubar e matar (...).

Em que estado ficou o edifício do Hospital? Embora muitas fontes tradicionais descrevam a sua destruição como total, evidências arqueológicas sugerem que algumas secções sobreviveram ao desastre. Lembre-se que o edifício já se encontrava fragilizado pelo incêndio de 1750, atrás referido, sendo que o sismo e o incêndio de 1755 arrasaram não só o Hospital, mas a maior parte das instalações na Baixa de Lisboa. Diga-se, todavia, que mesmo em ruínas, se calcula que o Hospital tenha acolhido cerca de 5300 vítimas logo após a catástrofe. No entanto, devido à falta de condições, muitos doentes tiveram de ser alojados em tendas no Rossio.

Entretanto, foram realizadas obras de "remedio" e reconstrução. As intervenções ocorreram em várias frentes para garantir a funcionalidade mínima da instituição: apenas sete meses após o sismo, em maio de 1756, quatro enfermarias já tinham sido reconstruídas para acolher doentes e em setembro seguinte, já estavam operacionais pelo menos sete enfermarias, incluindo as de São Camilo, São Francisco e a específica para feridos do terramoto. Por sua vez, a Igreja do Hospital também foi reedificada pouco mais de um ano após a destruição, dada a importância da assistência espiritual na época.

Recorde-se que em 1761, as obras de carpintaria continuavam ativas, utilizando barcos para o transporte de materiais destinados à recuperação do complexo.

Contrariamente a uma ideia generalizada e muitas vezes repetida, não foi o Terramoto de 1755 que condenou o Hospital Real de Todos-os-Santos, ao Rossio, a um irremediável desaparecimento. Na verdade, não só o plano de

reconstrução da Baixa de Lisboa não previa para ele uma nova localização, como, nos anos subsequentes, uma campanha de obras de reconstrução chegou a ser equacionada e (parcialmente) executada. O seu destino foi traçado por uma carta régia assinada por D. José, a 26 de setembro de 1769, que decretou a passagem do Hospital para o edifício do antigo Colégio jesuíta de Santo Antão o Novo e deu indicações precisas para a divisão e venda do seu terreno, ao Rossio.

A Misericórdia de Lisboa era a entidade que havia assumido a administração do Hospital de Todos os Santos a convite do Cardeal D. Henrique, regente do reino, em 27 de junho de 1564. Esta união visava na altura uma gestão mais eficiente e caritativa dos serviços de saúde da capital. No que respeita a assistência a crianças, a Santa Casa instalou no Hospital a "Casa da Roda", destinada ao acolhimento de crianças abandonadas (expostos). Ora, essa ligação à Misericórdia de Lisboa ao Hospital de Todos os Santos, não teve continuidade no Hospital Real de S.

José. Por intervenção do Marquês, a sede original da Misericórdia, passou para o complexo de S. Roque, também ele pertencente aos jesuítas até à sua expulsão. A antiga sede da SML situava-se na zona ribeirinha (Igreja da Conceição Velha), e foi arrasada pelo terramoto e maremoto.

TRANSIÇÃO PARA SÃO JOSÉ

A transferência dos doentes do Hospital Real de Todos os Santos para o Hospital Real de São José ocorreu nos dias 3, 4 e 5 de abril de 1775. Este evento histórico marcou a transição da principal unidade de saúde de Lisboa após os danos severos causados pelo Terramoto de 1755 e o incêndio de 1750. A mudança foi um esforço coletivo da cidade: os habitantes de Lisboa, incluindo a nobreza e comunidades religiosas, ajudaram a transportar as macas com os doentes e feridos para a nova localização na colina de Sant'Ana.

A passagem para Colégio de Santo Antão o Novo foi precedida do reforço do poder do Marquês de Pombal, tendo para esse reforço contribuído a expulsão

A Misericórdia de Lisboa era a entidade que havia assumido a administração do Hospital de Todos os Santos a convite do Cardeal D. Henrique

dos Jesuítas. O conflito entre o Marquês de Pombal e a Companhia de Jesus (1750-1759) culminou na expulsão dos jesuítas de Portugal e do Brasil. Pombal, com ideais iluministas e absolutistas, via os jesuítas como uma ameaça à soberania real, "um Estado dentro do Estado", e confiscou-lhes os bens, fechando os seus colégios e expulsando-os em 1759. Os jesuítas tinham grande poder educacional, missionário e económico, controlando grande parte da educação e aldeamentos indígenas ▶

DESDE 1994 AO CUIDADO DA SAÚDE

Dedicada à distribuição de **equipamentos e dispositivos médicos**, a CLINIFAR destaca-se no setor, apostando na melhoria contínua dos seus serviços altamente qualificados.

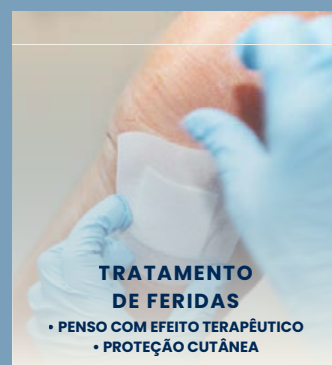
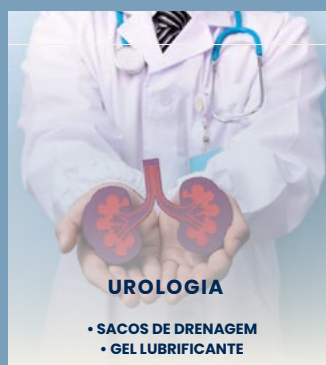
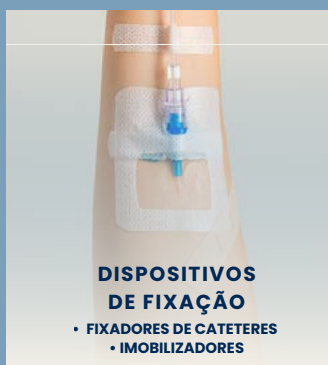
Com uma equipa especializada, oferecemos soluções inteligentes e adaptadas às necessidades dos nossos parceiros, visando facilitar o reforço dos seus serviços e contribuir para o seu crescimento. Com compromisso de qualidade, inovação e rigor, garantimos uma relação transparente e estável com os nossos parceiros!

SCAN ME:



CONTACTO:
+351 229 825 400

E-MAIL:
clinifar@clinifar.pt



O nome de S. José dado ao Hospital instalado no Convento de Santo Antão o Novo junta em si uma referência implícita ao Rei D. José I e uma invocação do pai legal de Jesus Cristo

no Brasil, o que chocava com a centralização de poder de Pombal. Pombal utilizou o atentado contra D. José I (1758) para acusar os jesuítas de conspiração e regicídio, legitimando a sua eliminação.

Por decreto de 26 de setembro de 1769, D. José I doou o edifício do antigo Colégio de Santo Antão-o-Novo (expropriado aos Jesuítas em 1759) ao Hospital Real. Esta decisão interrompeu as tentativas de reconstrução no Rossio e determinou que o novo hospital central de Lisboa se situasse na Colina de Santana. A transferência física e definitiva dos doentes ocorreu nos dias 3, 4 e 5 de abril de 1775. Por ordem de "Sua Majestade Fidelíssima", os enfermos foram movidos das precárias instalações do Rossio para o novo edifício, que recebeu o nome de Hospital Real de São José em homenagem conjunta ao monarca e ao santo padroeiro.

D. José I (Lisboa, 6 de junho de 1714 - Sintra, 24 de fevereiro de 1777), cognominado o Reformador, foi Rei de Portugal e Algarves de 1750 até à sua morte. Era o terceiro filho do Rei João V e sua esposa a Rainha Maria Ana da Áustria. O seu reinado foi marcado sobretudo pelas políticas do seu secretário de Estado, o Marquês de Pombal, que reorganizou as leis, a economia e a sociedade portuguesa, transformando Portugal num país moderno.

Quando subiu ao trono, José I tinha à sua disposição os mesmos meios de acção governativa que os seus antecessores do século XVII, apesar do progresso económico realizado no país, na primeira metade do século XVIII. Esta inadaptação das estruturas administrativas, jurídicas e políticas do país, juntamente com as condições económicas deficientes herdadas dos últimos anos do reinado de João V, vai obrigar o monarca a escolher os seus colaboradores entre aqueles que eram conhecidos pela sua oposição à política seguida no reinado anterior.

A 1 de novembro de 1755, José I e a sua família sobrevivem à destruição do Paço Real no sismo de Lisboa por se encontrarem na altura a passear em Santa Maria de Belém. Depois desta data, José I ganhou uma fobia a edifícios de pedra e cal, vivendo o resto da sua vida num complexo luxuoso de tendas no Alto da Ajuda, em Lisboa.

Quanto ao Marquês de Pombal, as principais bases e demonstrações do seu poder incluíram:

- Ascensão após o Terramoto de 1755: A sua capacidade de liderança imediata após a catástrofe - focada em "enterrar os mortos e cuidar dos vivos" - consolidou a sua posição como indispensável ao rei.
- Implementou o modelo de Despotismo Esclarecido, concentrando o poder no Estado para modernizar o país e reduzir a influência da alta nobreza e do clero.
- Criou novos órgãos de administração como o Erário Régio (para controlar as finanças) e a Real Mesa Censória (para supervisionar publicações), retirando poderes à Inquisição.
- Num dos seus atos de poder mais radicais, expulsou a Companhia de Jesus de Portugal e das colónias, laicizando o ensino e o Estado.
- Fundou companhias de comércio monopolistas, reformou a Universidade de Coimbra e aboliu a distinção entre "cristãos-novos" e "cristãos-velhos".

O seu consulado terminou com a morte de D. José I e a subida ao trono de D. Maria I, período conhecido como a "Viradeira", que resultou no seu afastamento e julgamento.

O nome de S. José dado ao Hospital instalado no Convento de Santo Antão o Novo junta em si uma referência implícita ao Rei D. José I e uma invocação do pai legal de Jesus Cristo. Nenhuma palavra é atribuída a S. José pelas

Escrituras durante o tempo de via partilhada com Jesus, apenas trabalho e actos de protecção, o principal dos quais foi a fuga para o Egipto, defendendo a vida do filho, da procura e perseguição movida por Herodes e, regressando a Nazaré, após o perigo passado. Foi essa personalidade que a Igreja escolheu para seu Padroeiro em 1870 pelo Papa Pio IX. Tendo em conta as convicções religiosas do Povo português, se pode também entender o nome atribuído ao Hospital que sucedeu ao Hospital de Todos os Santos.

O nome de Hospital de S. José não faz esquecer o nome do primitivo Hospital mandado construir por D. João II. Tanto assim é que a nova unidade hospitalar de 875 camas que está a ser construída em Marvila e que se prevê entrar em funcionamento no próximo ano, terá a denominação de Todos os Santos. Com a sua entrada em funcionamento, prevê-se o encerramento dos hospitais da Unidade Local de Saúde São José, Santa Marta, Capuchos, São Lázaro, Curry Cabral, Dona Estefânia e Maternidade Alfredo da Costa. Desta forma, muda-se um ciclo da história hospitalar de Lisboa, iniciado no tempo do Marquês de Pombal com o abandono do velho Hospital do Rossio e a sua passagem para o Hospital de S. José. ●

REFERÊNCIAS

- Lemos, Ana Paula, São José. Um Pai Justo e Silencioso, 2021.
- Sena-Lino, Pedro. De Quase nada a Quase Rei. Biografia de Sebastião José de Carvalho e Melo, Marquês de Pombal, 2020.
- Wikipedia.

Notas:

1. Este autor não escreve segundo o Acordo Ortográfico.
2. A escolha do tema deste artigo teve como propósito associar-se às comemorações dos 250 anos do Hospital de São José.

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

Evoluir a cirurgia. Evoluir a gestão hospitalar.

Há 200 anos, a cirurgia mudou a medicina.
Hoje, a eficiência hospitalar depende da forma
como a inovação é integrada no dia-a-dia clínico.

**Há mais de 30 anos, a Palex Portugal impulsiona a
inovação em saúde, sustentada com três pilares que
ajudam a transformar vidas.**

BRING

Especialistas
em inovação

FIT

Desenvolvimento
de soluções à
medida

RUN

Proximidade e
acompanhamento para
melhoria contínua

Improving technologies. Improving lives.

Acesso a Medicamentos Essenciais em Portugal: Enquadramento Constitucional, Regulação Económica e Sustentabilidade do Sistema de Saúde



à proteção da saúde e impõe ao Estado deveres positivos de organização, financiamento e regulação. Entre estes incluem-se a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral, tendencialmente gratuito, bem como a socialização dos custos dos cuidados médicos e dos medicamentos. Embora a Constituição não mencione expressamente “medicamentos essenciais”, estabelece um quadro suficientemente amplo para abranger a garantia de disponibilidade, qualidade, segurança e acessibilidade económica dos medicamentos, impondo ainda ao Estado o dever de disciplinar e controlar a sua produção, distribuição e comercialização. A jurisprudência do Tribunal Constitucional tem afirmado que o SNS constitui uma imposição constitucional vinculativa e que a gratuitidade deve ser entendida em termos normativos, admitindo mecanismos de partilha de custos desde que não comprometam o núcleo essencial do direito à saúde. Assim, tendo sido chamado a pronunciar-se sobre a constitucionalidade das taxas moderadoras, o Tribunal Constitucional entendeu que estas não colocavam em causa as exigências previamente mencionadas. Mais tarde, com a substituição da expressão “gratuito” por “tendencialmente gratuito”, o Tribunal viria a esclarecer que com esta alteração não se eliminou a exigência de inexistência de barreiras económicas impeditivas do acesso, mas que passaram a ser admitidas exceções na medida em que estas não impedissem o acesso ao SNS por questões económicas. Foi igualmente reiterada a legitimidade da coexistência entre setor público e setor privado na prestação de cuidados de saúde, cabendo ao Estado assegurar a coordenação e regulação do sistema. Neste contexto, a regulação do mercado farmacêutico – incluindo controlo de preços e promoção de medicamentos genéricos – encontra fundamento na prevalência do interesse público da proteção da saúde sobre a liberdade de iniciativa económica.

André Gonçalo Dias Pereira¹, Eduardo Silva Figueiredo¹, Diogo Soares de Oliveira¹

O acesso a medicamentos essenciais constitui uma das expressões mais sensíveis do direito à proteção da saúde, colocando em diálogo permanente exigências de universalidade, equidade e sustentabilidade. Num contexto marcado pela crescente complexidade terapêutica, pela introdução de medicamentos de elevado custo e pela pressão sobre os orçamentos públicos, o enquadramento jurídico assume um papel estruturante na definição das condições de acesso, financiamento e regulação do setor farmacêutico.

Em Portugal, este domínio assenta num núcleo constitucional robusto, que impõe ao Estado deveres positivos de

organização de um Serviço Nacional de Saúde universal e tendencialmente gratuito, de socialização dos custos dos cuidados e de controlo do mercado do medicamento. A concretização desses deveres realiza-se através de um sistema articulado de avaliação de valor terapêutico, comparticipação pública, fixação administrativa de preços, regimes especiais para situações clínicas específicas e mecanismos de transparência e controlo de ruturas. Paralelamente, o direito internacional e europeu reforça a exigência de assegurar um núcleo mínimo do direito à proteção da saúde e de evitar discriminações ou regressões injustificadas.

1. ENQUADRAMENTO CONSTITUCIONAL DO ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa consagra o direito de todos

Não decorre da Constituição um direito subjetivo à obtenção gratuita de qualquer medicamento específico. A definição das terapêuticas financiadas pelo Estado depende de critérios técnicos, científicos, económicos e de sustentabilidade, cuja concretização cabe ao legislador e à Administração, dentro dos limites constitucionais.

2. INFLUÊNCIA DO DIREITO INTERNACIONAL E EUROPEU

O quadro constitucional é reforçado pelo direito internacional dos direitos humanos, designadamente pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, que impõe aos Estados a obrigação de realizar progressivamente o direito à saúde, mobilizando o máximo de recursos disponíveis. A interpretação internacional tem salientado a existência de um núcleo mínimo essencial, que inclui o acesso a cuidados primários e a medicamentos considerados essenciais segundo parâmetros internacionalmente reconhecidos, bem como a proibição de medidas regressivas injustificadas.

No plano europeu, a proteção do direito à saúde é igualmente afirmada através da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, aplicável quando os Estados executam direito da União. Estes parâmetros reforçam a exigência de decisões transparentes, fundamentadas e não discriminatórias na alocação de recursos terapêuticos, com particular atenção a grupos vulneráveis.

3. REGULAÇÃO DO FINANCIAMENTO E COMPARTICIPAÇÃO PÚBLICA

A concretização legislativa do dever de assegurar o acesso a medicamentos materializa-se num sistema estruturado de avaliação e participação pública. A inclusão de um medicamento no regime de participação depende da demonstração de valor terapêutico acrescentado ou de vantagem económica, sendo ponderados fatores como as características dos doentes, a prevalência da doença e objetivos de saúde pública. O processo envolve decisão governamental, com avaliação técnico-científica centralizada no INFARMED.

O sistema organiza-se em escalões de participação diferenciados, podendo atingir percentagens elevadas nos casos considerados prioritários. Existem ainda regimes especiais destinados à proteção de grupos particularmente vulneráveis, como pensionistas de baixos rendimentos. Esta arquitetura procura assegurar equidade no acesso, sem descurar critérios de racionalidade económica.

4. CONTROLO ADMINISTRATIVO DE PREÇOS E SUSTENTABILIDADE DO SNS

O modelo português assenta num mercado fortemente regulado. Os preços dos medicamentos sujeitos a financiamento público são fixados administrativamente, com base em mecanismos de comparação internacional e sujeitos a revisões periódicas. A prática de preços superiores aos autorizados constitui uma infração sancionável. Este sistema traduz uma opção de subordinação funcional do mercado farmacêutico ao direito à proteção da saúde. As empresas podem explorar comercialmente os seus produtos, mas, para aceder ao mercado financiado pelo SNS, devem aceitar preços definidos ou negociados segundo regras públicas. Em contrapartida, beneficiam do acesso a um mercado amplo e estável. Este mecanismo visa, assim, compatibilizar acesso universal e sustentabilidade financeira.

5. MEDICAMENTOS DE ELEVADO CUSTO E EQUIDADE

A crescente disponibilidade de terapêuticas inovadoras e de elevado custo, designadamente para doenças raras ou tratamentos de precisão, coloca desafios de dificuldade acrescida. A legislação admite regimes especiais de participação para patologias específicas ou medicamentos indispensáveis à manutenção da vida. Todavia, o acesso em condições de equidade deve ser compatível com a sustentabilidade do SNS.

O modelo adotado combina solidariedade e prudência financeira: admite-se o financiamento público de terapêuticas muito onerosas quando clinicamente justificadas, mas sujeita-se essa decisão a avaliação rigorosa e, frequentemente, a acordos de partilha de risco e mecanismos de monitorização de resultados. Procura-se, assim, equilibrar a resposta a necessidades individuais com a proteção do interesse coletivo.

6. TRANSPARÊNCIA NA INVESTIGAÇÃO, NOS PREÇOS E NAS RUTURAS

A transparência constitui dimensão estruturante da política do medicamento. No domínio da investigação clínica, a legislação nacional e o direito da União impõem o registo obrigatório de ensaios clínicos, a divulgação pública de informação essencial e a submissão de resultados, prevendo ainda sanções em caso de incumprimento.

Em matéria de preços, impõe-se a divulgação ao utente do preço de venda

ao público, da percentagem e montante participado pelo Estado e do valor suportado pelo próprio. O INFARMED assegura a disponibilização pública de informação relevante, preservando simultaneamente dados comercialmente sensíveis.

A gestão de ruturas de medicamentos foi igualmente objeto de reforço regulatório, impondo-se aos titulares de autorizações de introdução no mercado deveres de comunicação prévia, identificação de alternativas terapêuticas e adoção de medidas mitigadoras. O objetivo é, assim, proteger a continuidade terapêutica e prevenir impactos adversos na saúde pública.

7. MECANISMOS DE RESPONSABILIZAÇÃO E CONTROLO

O sistema jurídico prevê múltiplos mecanismos de controlo e responsabilização. No plano constitucional, é possível fiscalizar normas que restrinjam desproporcionadamente o acesso à saúde. No plano administrativo, atos das autoridades competentes podem ser impugnados judicialmente, existindo tutela cautelar reforçada em situações de urgência clínica.

O regime contraordenacional prevê coimas significativas e sanções acessórias, incluindo suspensão de atividade ou revogação de autorizações. Acrescem instrumentos contratuais e responsabilidade civil por danos causados a utentes ou entidades públicas.

8. DESAFIOS E PERSPETIVAS

Globalmente, o modelo português tem permitido disciplinar o mercado farmacêutico, promover transparência e viabilizar o acesso a terapêuticas inovadoras sem comprometer estruturalmente a sustentabilidade do SNS. Persistem, contudo, desafios como a morosidade procedimental, a complexidade administrativa e a tensão entre equidade individual, centrada no caso concreto, e equidade populacional, orientada para a maximização do benefício coletivo com recursos limitados.

O equilíbrio entre o direito à proteção da saúde, a regulação económica e os incentivos à inovação permanecem, assim, um processo dinâmico, exigindo monitorização contínua e ajustamentos normativos que assegurem simultaneamente efetividade de direitos e viabilidade do sistema. ●



APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A Doença dos Legionários tem um período de incubação entre os 2 e os 10 dias, podendo, em alguns casos, ser mais prolongado. Apresenta-se, inicialmente, por um conjunto inespecífico de sintomas como febre, tosse e mal-estar geral, podendo evoluir para pneumonia.

A letalidade desta doença depende de vários fatores como a gravidade da doença, o tratamento instituído e as características do hospedeiro. Esta pode chegar aos 40 a 80% em doentes não tratados com fatores de risco (idade superior a 50 anos, ser fumador ou ex-fumador, ter uma doença pulmonar crónica, ser doente imunocomprometido como os doentes transplantados ou oncológicos, ou ter doenças crónicas como a Diabetes mellitus), mas quando o tratamento

Prevenção e controlo ambiental da bactéria *Legionella* em Unidades de Saúde

Joana Moreno¹

A Doença dos Legionários é uma doença bacteriana aguda provocada pelas bactérias do género *Legionella*, que são também responsáveis por outra doença menos grave, a Febre de Pontiac. São conhecidas mais de 50 espécies do género *Legionella*, sendo a *Legionella pneumophila* a responsável pela maioria dos casos da doença. Esta foi identificada, pela primeira vez, em 1976 num surto ocorrido num hotel em Filadélfia, nos Estados Unidos da América, onde decorria uma Convenção de uma Legião Americana, à qual o nome da doença de associa.

A Doença dos Legionários é uma Doença de Notificação Obrigatória (DNO), pelo que sempre que existe a suspeita ou confirmação de um caso de Doença dos Legionários, o médico que efetuou o

diagnóstico deve fazer uma notificação clínica na plataforma de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

Também as entidades laboratoriais devem realizar a notificação laboratorial, na mesma plataforma, do resultado do exame laboratorial diagnóstico. As DNO diagnosticadas em Portugal são posteriormente comunicadas ao Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) através do Sistema de Vigilância Europeu.

O Relatório Anual do ECDC referente à Doença dos Legionários estimou uma taxa de notificação de 3,2 casos de Doença dos Legionários/100.000 habitantes em 2023 na Europa, tendo sido a taxa de notificação mais elevada desde 2015. Em Portugal, a taxa de notificação para o ano de 2023 foi de 3,4 casos/100.000 habitantes. Pela **Figura 1**, é possível observar que a taxa de notificação de Doença dos Legionários/100.000 habitantes tem vindo a aumentar, quer a nível europeu, quer em Portugal.

adequado é instituído estes valores descem para 5 a 30%, dependendo da apresentação clínica. De forma geral, a letalidade da doença encontra-se entre os 5 a 10%.

FORMA DE TRANSMISSÃO E FONTES AMBIENTAIS

A bactéria *Legionella* é um microrganismo ubiquitário de ambientes aquáticos de água doce, podendo ser encontrada em ambientes naturais e em ambientes não-naturais. Assim, a forma de transmissão da *Legionella* é a inalação de aerossóis contaminados emitidos por equipamentos formadores de aerossóis, como torres de arrefecimento, aparelhos de ar condicionado, chuveiros e torneiras, jacuzzis ou fontanários. Considera-se não existir transmissão pessoa-a-pessoa, nem transmissão por ingestão de água contaminada.

O crescimento da bactéria *Legionella* nos equipamentos acima referidos é potenciado por vários fatores, como a temperatura da água (temperatura ótima entre os 20-50°C), as condições da instalação, nomeadamente zonas de

água estagnada, presença de biofilmes e/ou de incrustações, ou ausência de tratamento adequado da água.

UNIDADES DE SAÚDE

O primeiro grande surto, a nível internacional, de Doença dos Legionários a nível hospitalar ocorreu no Hospital Distrital de Stanford, em abril de 1985. Foi identificada a torre de arrefecimento do hospital como causa do surto e da morte de 28 pessoas.

Em Portugal, em 2017, ocorreu um surto no Hospital de São Francisco Xavier, tendo dado origem a 54 casos confirmados de doença.

A origem da infeção foi, também, uma das torres de arrefecimento da instituição. Já em 2018, um surto ocorreu no Hospital CUF Descobertas, tendo registado 14 casos confirmados e a fonte sido a água da rede predial.

A identificação e o controlo das fontes ambientais continuam a ser umas das medidas mais importantes para evitar a ocorrência de casos esporádicos ou surtos de Doença dos Legionários.

As unidades de saúde são locais onde o controlo destas fontes é ainda mais importante, uma vez que nelas existem pessoas cujos fatores de risco individuais podem condicionar a ocorrência de uma doença mais grave e culminar em morte. Adicionalmente, a *Legionella* é um importante agente de pneumonias nosocomiais.

O **Quadro 1** apresenta os equipamentos e pontos terminais dos sistemas que podem ser encontrados em unidades de saúde.

DOCUMENTOS NORMATIVOS E LEGISLAÇÃO

Em 2017, a Direção-Geral da Saúde, em articulação com o Instituto Nacional de

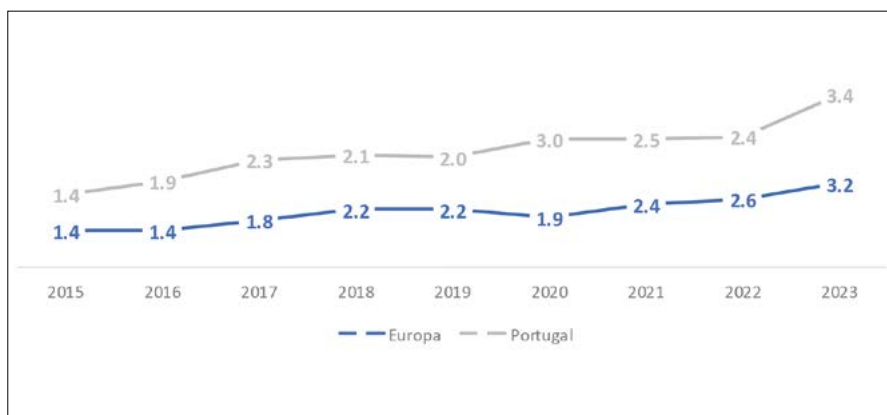


Figura 1: Evolução da taxa de notificação de Doença dos Legionários/100.000 habitantes na Europa e em Portugal, entre 2015 e 2023

Sistema	Equipamentos / Pontos terminais
Rede Predial (água fria)	Reservatórios
	Torneiras
	Chuveiros
	Sanitas e Urinóis
	Cadeira de estomatologia
	Mangueiras e sistema de rega
	Chuveiros e Lava-olhos
	Nebulizadores
Rede Predial (água quente sanitária)	Termoacumuladores
	Torneiras
	Chuveiros
	Banheiras de reabilitação
	Máquinas de lavar a roupa
	Máquinas de lavar a loiça
	Rede de Retorno
Ar condicionado	Torres de arrefecimento
	Chillers Ar-Água
	Ventiloconectores com bandeja de condensados
	Unidades de Tratamento de Ar (UTA)
Rede de combate a incêndios	Rede de água fria

Quadro 1: Sistemas e equipamentos/pontos terminais com potencial de transmissão da *Legionella*

VAGOS

TOCHA



LAVORO[®]
ENGINEERING LIFE

*O SUPORTE
de quem está
sempre de pé*



Correta implementação do Plano de Prevenção e Controlo da Legionella

a manutenção adequada dos equipamentos e evitem a estagnação da água, nomeadamente através de planos de manutenção e purgas.

Por outro lado, a equipa médica tem um papel fundamental na identificação e notificação precoce de casos suspeitos ou confirmados de Doença dos Legionários, permitindo a rápida investigação epidemiológica e ambiental pela equipa de Saúde Pública e, quando aplicável, pela equipa do PPCIRA. Esta articulação multidisciplinar é essencial para identificar possíveis fontes de exposição e implementar medidas de controlo adequadas. ●

REFERÊNCIAS

- Assembleia da República. Lei n.º 52/2018, de 20 de agosto – Estabelece o regime de prevenção e controlo da doença dos legionários e procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 118/2013, de 20 de agosto. Diário da República, 1.ª série. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2018-116108098>
- Centers for Disease Control and Prevention. How Legionella Spreads. 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/legionella/causes/index.html>
- Comissão Sectorial para a água - IPQ. Prevenção e Controlo de Legionella Nos Sistemas de Água [Internet]. 3rd ed. Instituto Português da Qualidade em parceria com a EPAL, Empresa Portuguesa das Águas Livres S., editor. Lisboa; 2018.
- Direção-Geral da Saúde. Comunicado - 03/12/2017 (C142_07_v1). Lisboa; 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/a-direcao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/doenca-dos-legionarios-no-hospital-sao-francisco-xavier-pdf10.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Doença dos Legionários. 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/15/pagina.aspx?ur=1&id=5518>
- Direção-Geral da Saúde; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Prevenção e controlo ambiental da bactéria Legionella em unidades de saúde: Norma n.º 024/2017, de 15 de novembro. Lisboa: DGS; 2017. Disponível em: <https://www.sip-spp.pt/media/15qdwjzw/legionella-prevenc-a-o-e-controlo-ambiental-em-unidades-de-sau-de-2017-dgs.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. Legionnaires' disease - Annual Epidemiological Report for 2013. Estocolmo; 2026. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/legionnaires-disease-annual-epidemiological-report-2023>
- World Health Organization. Legionellosis. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/legionellosis>

1. Vice-Presidente da Direção da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública

Saúde Doutor Ricardo Jorge, publicou a Norma n.º 024/2017, de 15/11/2017, com o objetivo de integrar, num só documento, todas as recomendações já emitidas sobre a prevenção e controlo de *Legionella* em instituições prestadoras de cuidados de saúde. Posteriormente, foram publicados o Despacho n.º 10285/2017, de 27 de novembro, que visou a criação do Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental de Legionella (PIOPAL), e a Lei n.º 52/2018, de 20 de agosto, que estabeleceu os procedimentos relativos à utilização e à manutenção de redes, sistemas e equipamentos propícios à proliferação e disseminação da *Legionella*.

De acordo com a Lei n.º 52/2018, os edifícios e estabelecimentos de acesso ao público, independentemente de terem natureza pública ou privada, devem ter implementado um Plano de Prevenção e Controlo da *Legionella*, permitindo a identificação de riscos e a implementação de medidas corretivas de forma precoce. Complementarmente, a Norma n.º 024/2017, de 15/11/2017 define que este plano é da responsabilidade do órgão de gestão da unidade prestadora de cuidados de saúde, apoiada pelos “responsáveis dos serviços de instalações e equipamentos, do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), do Serviço de Saúde Ocupacional, da Gestão do Risco, assim como outros elementos de outros serviços ou

programas considerados pertinentes, nomeadamente profissionais das Unidades de Saúde Pública (...)”. Assim, cabe a este grupo de trabalho definir um plano de prevenção e controlo ambiental que integre a descrição dos equipamentos e instalações existentes e respetiva avaliação de risco, o programa de manutenção de inspeção de cada instalação, o programa de monitorização e tratamento da água, na sua vertente preventiva e corretiva, o programa de limpeza e desinfecção, bem como o sistema de registo de todas as operações e ocorrências relacionadas com os sistemas de água.

COMO PODEM CONTRIBUIR OS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE?

Em primeiro lugar, os órgãos de gestão das unidades de saúde devem assegurar a existência e a correta implementação do Plano de Prevenção e Controlo da *Legionella*, em conformidade com os diplomas legais e documentos normativos aplicáveis. Devem ainda garantir o seu acompanhamento regular, promovendo a articulação com os responsáveis das diferentes áreas envolvidas.

Os profissionais de saúde podem contribuir para a prevenção da Doença dos Legionários identificando pontos terminais de sistemas de água ou equipamentos que favoreçam a proliferação de *Legionella*. A partir dessa identificação, devem implementar medidas preventivas que assegurem



www.caleffi.com

CALEFFI
Hydronic Solutions

LEGIOMIX[®] evo A SAÚDE PASSA PELA ÁGUA



**INSTALAÇÕES
HIDROSSANITÁRIAS**
PROTEGEMOS A ÁGUA E AS PESSOAS

A LEGIOMIX[®]evo série 6003 é a nova misturadora eletrônica da Caleffi que protege as instalações hidrossanitárias contra a bactéria da *Legionella*. Graças às suas funções avançadas de desinfecção térmica e de conectividade Inteligente, permite que o utilizador esteja sempre atualizado sobre o que acontece na instalação e possibilita o arquivo contínuo dos dados registados. O regulador *user-friendly* e a compatibilidade com a versão precedente são pontos de força adicionais. **GARANTIA CALEFFI.**



Auditoria Clínica no coração do Value-Based Healthcare: Medir o que realmente importa

Margarida Soveral Gonçalves¹

O INCENTIVO JÁ NÃO É O QUE ERA

Os sistemas de Saúde encontram-se sob pressão para produzir melhores resultados, cuidados mais seguros, maior satisfação para todos os utilizadores, com menor consumo de recursos. O modelo de Cuidados de Saúde Baseados em Valor (Value-Based HealthCare – VBHC), delineado por Porter e Teisberg em 2006, constituiu-se como base orientadora dos esforços das organizações de Saúde para atingir esses objetivos.

A reestruturação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português ocorrida em 2024, consolidando e expandindo a matriz organizativa em Unidades Locais de Saúde (ULS), aproximou-se decisivamente do modelo VBHC. Acabou com a separação entre Cuidados Primários (CSP) e Cuidados Hospitalares e trouxe consigo uma alteração radical no modo de financiamento dos Cuidados de Saúde. A transição de um paradigma, que vigorara durante décadas, baseado na produção de atos isolados (consultas, exames, cirurgias), com incentivo à multiplicação dos mesmos, para um modelo de capitação ajustada pelo risco, em que o incentivo é, em larga medida, o oposto, exige uma inversão da mentalidade, tanto dos atores no terreno como da gestão de topo. Neste novo cenário, o sucesso de uma organização de Saúde deixa de ser medido pelo volume de atos praticados e passa a ser avaliado pela capacidade de gerir satisfatoriamente o estado de saúde de uma população no quadro de um orçamento fixado em função do número e características da mesma. Ao atribuir um valor fixo por utente, independente do número de intervenções que aquele receba, a lógica inverte-se: o sistema passa a premiar o investimento na prevenção e na gestão adequada das doenças crónicas, focando-se em eliminar a redundância e o desperdício, evitando, em simultâneo, as complicações agudas evitáveis. As administrações hospitalares e as direções dos CSP partilham o mesmo “bolo” financeiro sendo que, quando o



doente não é bem controlado pelo seu médico de família, vai potencialmente representar um custo acrescido a nível da urgência ou do internamento hospitalar, penalizando o orçamento da ULS. Estamos perante a própria essência dos Cuidados de Saúde baseados em Valor. Esta transição encerra importantes riscos operacionais e éticos, quer a nível do SNS quer nas organizações de outros setores. O principal risco radica na tentação de “racionar” (em lugar de “racionalizar”) recursos, sacrificando resultados clínicos menos evidentes, menos imediatos, mais difíceis de medir ou quantificar, de forma a assegurar viabilidade financeira. É consensual que a gestão por capitação, em qualquer unidade de Saúde, exige um robusto sistema de vigilância, que garanta a manutenção ou melhoria dos indicadores de saúde, quer clínicos quer reportados pelos utentes, que abandone a questão “Quanto produzimos?” para passar a avaliar “Que valor criámos com o orçamento que nos foi confiado?”. A Auditoria Clínica (AC) é uma ferramenta poderosa mas, até agora, subutilizada, para exercer essa vigilância.

II. A AUDITORIA CLÍNICA COMO “ANALISTA DE PERCURSOS”

Na aceção tradicional, a AC avalia a conformidade das práticas e cuidados prestados com standards consensualmente aceites e compara resultados recorrendo ao benchmarking. Já no contexto do VBHC, a AC surge como metodologia ideal para avaliar a continuidade e a coerência de cuidados entre os diferentes níveis assistenciais.

Como estruturar uma AC que se constitua como Auditoria de Valor? Antes de mais, há que definir Valor. A este respeito, remetemos para as metodologias, amplamente reconhecidas, do “International Consortium for Health Outcomes Measurement” (ICHOM) – audição de grupos de trabalho envolvendo profissionais de Saúde, investigadores, doentes e outros parceiros, com foco em resultados e não em processos, enfatizando de forma clara medidas de valor centradas no doente (Patient-Reported Outcome Measures – PROMs, e Patient-Reported Experience Measures – PREMs). No caso do SNS, existem também

métricas, definidas anualmente pela ACSS, subjacentes aos contratos-programa estabelecidos com as ULS, condicionando uma dada percentagem do financiamento, que deverão obrigatoriamente ser assumidas como pontos a auditar.

Uma vez estabelecido o que é Valor, avança-se para a recolha dos indicadores definidos, incluindo agora os custos. Neste âmbito, destaca-se a importância de auditar “ciclos de cuidados” (por exemplo, quantificar o custo total de um doente com Diabetes mellitus tipo 2 por ano, numa dada ULS, e relacioná-lo com os resultados clínicos – controle da HbA1C, número de episódios de recurso ao Serviço de Urgência, taxa de amputações, taxa de absentismo laboral). As etapas seguintes envolvem a análise e deteção de padrões (onde se gera valor? onde há desperdício?), o planeamento de melhorias e o feedback contínuo, permitindo aprendizagem e correções rápidas de rumo.

Identificamos alguns eixos fundamentais a explorar na elaboração de um programa de Auditorias de Valor.

1. Transição de cuidados

A passagem de “testemunho” entre médico de família e especialista hospitalar, e vice-versa, é um dos pontos críticos de perda de valor no percurso assistencial. A análise da qualidade das referências, do tempo de resposta às solicitações, da eficácia das “Notas de Alta”, da possível duplicação de exames, dos reinternamentos não programados, pode identificar falhas, e as respetivas causas, permitindo reduzir custos evitáveis para a ULS.

2. Identificação de cuidados de baixo valor

A AC deve procurar redundâncias, repetição de exames, prescrição de terapêuticas sem evidência de benefício para determinados grupos de doentes. Não deve limitar-se a verificar se as boas práticas oficialmente preconizadas foram cumpridas no hospital, mas procura verificar se a intervenção hospitalar constituiu o corolário adequado de uma gestão competente nos CSP, e se o pós-alta garantiu a recuperação funcional do doente.

3. Medição de resultados reportados pelo doente (PROMs) e da satisfação do doente (PREMs) ao longo do percurso assistencial.

A Auditoria de Valor inclui obrigatoriamente a medição do valor na ótica do doente /utente e a sua perceção da qualidade dos cuidados. Por exemplo, no caso de uma artroplastia da anca, o

A AC deve evoluir de um exercício “burocrático” de verificação de conformidade para uma ferramenta de governação clínica integrada e longitudinal

sucesso não se limita a constatar baixas taxas de infeção operatória ou curta demora média de internamento. Fará sentido auditar o tempo até recuperação completa da mobilidade, o tempo até retoma da atividade profissional ou a dimensão do consumo de analgésicos. Se uma ULS apresenta valores excelentes de eficiência cirúrgica mas falha na reabilitação pós-operatória, o valor final da intervenção é reduzido.

III. O PROCESSO CLÍNICO ELETRÓNICO COMO FONTE ESTRATÉGICA DE INFORMAÇÃO

A operacionalização sistemática da AC de Valor não será possível sem uma infraestrutura tecnológica que permita aceder aos dados de forma automatizada e, de preferência, em tempo real. Torna-se imprescindível assegurar a interoperabilidade eficaz entre os sistemas de informação dos CSP e os sistemas hospitalares e a moldura para registo dos resultados definidos como indicadores de Valor. O processo clínico eletrónico integrado, desenhado para permitir o registo, recolha e análise dos dados identificados como pertinentes é uma condição incontornável para a concretização das Auditorias de Valor. Os painéis de controlo utilizados pela gestão de topo das unidades devem deixar de se focar em volume de atividade e centrar-se sobretudo em desfechos clínicos, no consumo de recursos e na relação entre os dois. Neste âmbito, estaremos atentos à iniciativa “Dados + Perto”, promovida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que tem vindo a desenvolver um esforço no sentido de integrar a expansão dos sistemas de informação usados no SNS.

IV. CONCLUSÃO: A AC COMO MECANISMO DE SALVAGUARDA ÉTICA E COMO MOTOR DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

As considerações que apresentamos baseiam-se no cenário do SNS mas são igualmente válidas para os setores

privado e social e para qualquer organização apostada em prestar Cuidados de Saúde modernos e alinhados com a filosofia de Valor. No contexto de VBHC a AC deve evoluir de um exercício “burocrático” de verificação de conformidade para uma ferramenta de governação clínica integrada e longitudinal, um sensor que garanta que a redução de custos não significa redução de qualidade assistencial ou racionamento de cuidados, que a capitação não constitua um incentivo a “fazer menos”. Permitirá assegurar a salvaguarda ética dos métodos adotados, servirá de base a decisões estratégicas que visam melhorar o valor para o utente e assumirá o papel de bússola orientadora nos esforços para promover a sustentabilidade financeira da organização. ●

REFERÊNCIAS

1. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business Press; 2006.
2. Porter ME. What is Value in Health Care? N Engl J Med. 2010; 363(26):2477-81.
3. GRAY, Muir. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437
4. Decreto-Lei n.º 102/2023. Diário da República: 1.ª série, n.º 215.
5. ACSS. Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS; 2025. <https://www.sns.min-saude.pt/contratualizacao/>
6. ICHOM. Standard Sets of Outcomes: A guide for clinical practice; <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/>.
7. Pinto ARC, et al. Implementing ICHOM standard set for cataract surgery: an experience at a Portuguese oncology center. BMC Ophthalmol. 2021;21(1):154.
8. SPMS (2025). Iniciativa “Dados + Perto”. <https://www.spms.min-saude.pt/2025/12/>
9. Costa, E. (2025). “O novo modelo de financiamento das ULS: ainda há caminho por percorrer?”. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. <https://apes.pt/arquivo/4043>

1. Assistente Hospitalar Graduada de Nefrologia na Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental (ULSLO), Coordenadora do Núcleo de Auditoria Clínica da Comissão de Qualidade e Segurança da ULSLO

Radical Health, Prevenção e Vida Real: Da Pessoa ao Sistema



concentrada no fim da cadeia — no diagnóstico e no tratamento.

É neste contexto que emerge o conceito de Radical Health. Longe de significar uma abordagem extrema, este conceito remete para a sua raiz etimológica — radix, a origem — e propõe uma mudança de paradigma: em vez de perguntarmos apenas como tratar a doença, devemos questionar o que cria saúde.

Esta mudança implica uma reconfiguração profunda da forma como pensamos, organizamos e avaliamos os sistemas de saúde.

Em primeiro lugar, exige uma transição clara de um modelo reativo para um modelo preventivo. A evidência internacional demonstra que intervenções preventivas dirigidas aos principais fatores de risco — tabagismo, obesidade, consumo de álcool e inatividade física — são altamente custo-efetivas (OECD, 2025). No entanto, continuam subfinanciadas e subvalorizadas na prática.

Em segundo lugar, o paradigma de Radical Health exige uma deslocação do foco do hospital para a comunidade. A recente reorganização do Serviço Nacional de Saúde em Unidades Locais de Saúde (ULS), integrando cuidados hospitalares e primários, representa um passo importante nesse sentido, reforçando a integração de cuidados e a proximidade ao cidadão (Goiana-da-Silva et al., 2024). No entanto, a consolidação deste modelo exigirá uma transformação cultural e organizacional ainda mais profunda.

Em terceiro lugar, esta abordagem implica uma transformação do papel da pessoa. Durante demasiado tempo, os cidadãos foram encarados como pacientes passivos. Hoje, é cada vez mais evidente que a sustentabilidade do sistema depende de uma população informada, capacitada e envolvida. A literacia em saúde e o autocuidado são determinantes críticos de resultados em saúde.

Alexandre Guedes da Silva¹

Num momento em que os sistemas de saúde enfrentam pressões sem precedentes — demográficas, financeiras e organizacionais — torna-se inevitável questionar se o modelo atual está verdadeiramente alinhado com os desafios do século XXI. A resposta, ainda que desconfortável, parece clara: continuamos excessivamente centrados na doença, quando o futuro da sustentabilidade exige um foco decidido na saúde.

A evolução científica e tecnológica das últimas décadas permitiu avanços extraordinários na capacidade de diagnóstico e tratamento. Em Portugal, a esperança média de vida atingiu 82,5 anos, acima da média da OCDE (OECD, 2025), refletindo ganhos significativos em saúde pública e acesso aos cuidados. No entanto, este progresso convive com um paradoxo estrutural: quanto mais vivemos, mais tempo vivemos com doença.

As doenças crónicas dominam hoje o panorama epidemiológico. Estima-se que cerca de 80% das mortes em Portugal estejam associadas a doenças não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares e o cancro. Este padrão é consistente com o observado nos países da OCDE, onde

as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias continuam a ser as principais causas de mortalidade (OECD, 2025).

Mais relevante ainda é o impacto económico. Portugal dedica cerca de 10,2% do PIB à saúde, um valor alinhado com a média das economias desenvolvidas (OECD, 2025). Contudo, apenas 2,3% da despesa em saúde é alocada à prevenção, abaixo da média da OCDE (3,4%) (OECD, 2025). Este dado revela um desequilíbrio estrutural: investimos muito na resposta à doença instalada e pouco na sua prevenção.

Simultaneamente, persistem fatores de risco significativos. Em Portugal, 56% dos adultos não praticam atividade física suficiente, valor muito superior à média da OCDE (30%) (OECD, 2025). O consumo de álcool permanece elevado (11,9 litros per capita, acima da média da OCDE), e cerca de 12,1% da população avalia o seu estado de saúde como mau ou muito mau, acima da média internacional (OECD, 2025). Estes indicadores demonstram que a doença se constrói, em grande medida, fora do sistema de saúde.

Esta constatação conduz a uma evidência incontornável: a saúde não é produzida primariamente nos hospitais. É construída no quotidiano — nas casas, nos locais de trabalho, nas escolas e nas comunidades. E, ainda assim, a resposta institucional continua predominantemente

Neste contexto, ganha particular relevância o conceito de vida real. A crescente valorização da real world evidence na avaliação de intervenções clínicas reflete a necessidade de compreender o impacto das decisões na vida quotidiana das pessoas. Mas importa ir mais longe: precisamos de sistemas desenhados para a vida real.

Isto significa reconhecer que a doença crónica não é um episódio, mas uma condição de longa duração. Pessoas com diabetes, esclerose múltipla, insuficiência cardíaca ou doença respiratória vivem com a doença durante anos ou décadas. Gerir terapêuticas, sintomas, limitações funcionais e desafios sociais num contexto complexo, onde fatores não clínicos são frequentemente determinantes.

É neste ponto que as associações de doentes assumem um papel estratégico. Estas organizações, profundamente enraizadas na experiência vivida da doença, funcionam como pontes entre o sistema de saúde e a vida real. Em Portugal, têm vindo a desempenhar um papel crescente na promoção da literacia, no apoio psicossocial e na capacitação dos cidadãos.

A literatura recente reforça esta perspetiva. Estudos publicados em contexto português sublinham a importância da integração de cuidados e da proximidade ao cidadão. Por exemplo, a análise de Goiana-da-Silva (2024) destaca os desafios da reforma recente do SNS, evidenciando a necessidade de reforçar a coordenação entre níveis de cuidados e melhorar a eficiência organizacional (Goiana-da-Silva et al., 2024). Da mesma forma, trabalhos sobre os 20 anos da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal apontam ganhos significativos em acesso e cobertura, mas também assimetrias regionais e necessidade de maior integração funcional (Pisco e Ramos, 2025).

Paralelamente, análises recentes do sistema português indicam fragilidades estruturais no financiamento e no acesso. Em particular, destaca-se o elevado peso das despesas diretas das famílias, que em alguns segmentos ultrapassam largamente a média da OCDE (APHP, 2025), colocando desafios adicionais à equidade.

Para os administradores hospitalares, este novo paradigma coloca desafios

É neste movimento - da pessoa ao sistema - que reside a chave para um futuro mais sustentável, mais equitativo e mais humano.

exigentes, mas também abre oportunidades significativas. A gestão hospitalar não pode limitar-se à eficiência interna; deve evoluir para uma visão sistémica, orientada para o valor em saúde. Isto implica repensar indicadores de desempenho, integrar cuidados, reforçar a articulação com cuidados primários e comunitários, e investir em estratégias de prevenção.

A digitalização e a utilização de dados desempenham aqui um papel crítico. A integração de dados clínicos, sociais e comportamentais permitirá uma visão mais completa dos percursos de saúde e uma gestão mais eficiente dos recursos. Contudo, a tecnologia, por si só, não resolve o problema. É necessária uma transformação organizacional e cultural.

Importa também sublinhar a dimensão ética desta transformação. Um sistema centrado exclusivamente no tratamento tende a reproduzir desigualdades, respondendo de forma menos eficaz às populações mais vulneráveis. A prevenção e a promoção da saúde, quando bem estruturadas, têm um potencial significativo de redução dessas desigualdades.

A construção de uma nova arquitetura da saúde pode ser sintetizada em quatro pilares fundamentais:

- 1. Prevenção** — reduzir o aparecimento de doença;
- 2. Participação** — envolver os cidadãos nas decisões;
- 3. Comunidade** — reforçar redes de apoio e proximidade;
- 4. Integração** — assegurar continuidade e coordenação de cuidados.

Esta visão não implica menos medicina, mas melhor medicina. Uma medicina

que continua a tratar, mas que também protege e promove a saúde.

Estamos, assim, perante uma oportunidade histórica. A conjugação de conhecimento científico, inovação tecnológica e consciência social cria as condições para uma transformação profunda dos sistemas de saúde. No entanto, esta transformação não acontecerá por inércia. Exige liderança, visão estratégica e capacidade de mobilização.

Os administradores hospitalares devem ter aqui um papel determinante. Podem ser catalisadores de mudança, promovendo modelos orientados para o valor, incentivando a colaboração interinstitucional e colocando a pessoa no centro das decisões.

Em última análise, a questão que se coloca é simples, mas decisiva: queremos sistemas que respondam à doença ou sistemas que promovam saúde? A resposta a esta pergunta determinará não apenas a sustentabilidade financeira, mas também a qualidade de vida das populações.

Radical Health não é uma moda, nem um conceito abstrato. É uma necessidade estratégica. A verdadeira transformação da saúde começa na pessoa, expande-se à comunidade e consolida-se no sistema.

É neste movimento — da pessoa ao sistema — que reside a chave para um futuro mais sustentável, mais equitativo e mais humano. ●

REFERÊNCIAS

- OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.
- Goiana-da-Silva F, Sá J, Cabral M, Guedes R, Vasconcelos R, Sarmento J, et al. The Portuguese NHS 2024 reform: transformation through vertical integration. *Front Public Health*. (2024). doi: 10.3389/fpubh.2024.1389057
- Pisco, L. and Ramos, V.R. (2025). Twenty years of the Primary Care Reform in Portugal: lessons learned and new challenges. *Ciênc. saúde coletiva* 30 (7). <https://doi.org/10.1590/1413-81232025307.21532024EN>
- WHO / OECD (2024). Portugal Health at a Glance (dados epidemiológicos e mortalidade). URL:<https://data.who.int/countries/620>.
- Associação Portuguesa de Hospitalização Privada – APHP (2025). “Portugal no Health at a Glance 2025: Retrato de um Sistema sob Pressão”. URL: <https://aphp.pt.org/portugal-no-health-at-a-glance-2025-retrato-de-um-sistema-sob-pressao/>

1. Presidente da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla

As oportunidades e os desafios da gestão de orçamentos regionais: experiências em redes regionais de saúde na Alemanha



A prevenção direcionada e a promoção da saúde, especialmente em populações de risco, tornam-se assim fatores críticos de sucesso económico.

Estas abordagens podem agora ser desenvolvidas também em Portugal. No entanto, existem desafios relevantes. Na Alemanha, foi essencial garantir acesso aos dados clínicos e financeiros das populações para planear intervenções e avaliar resultados. Como os benefícios surgem com atraso, foi igualmente necessário assegurar financiamento inicial, posteriormente compensado pelos ganhos obtidos. Foi também fundamental dispor de modelos sólidos de cálculo de resultados, medição de custos per capita e contratos de longo prazo (preferencialmente 10 anos), garantindo estabilidade dos incentivos.

Que conclusões podemos retirar destas experiências? A principal é clara: não se pode começar de forma tímida. Caso contrário, não se gera entusiasmo ou este desaparece rapidamente. A transição para modelos de financiamento global tem de assegurar vantagens reais para as instituições — quer ao nível da reputação e atração de profissionais, quer ao nível financeiro, através da estabilização e redução de défices. Se esses benefícios forem retirados a curto prazo, desaparece qualquer incentivo à mudança.

Para Portugal, isto implica que as Unidades Locais de Saúde que consigam reduzir internamentos devem beneficiar diretamente das poupanças geradas. Os orçamentos não devem ser penalizados por essa eficiência, sob pena de eliminar o incentivo à melhoria. A calibração dos orçamentos regionais é, no entanto, complexa. A morbilidade histórica pode ser manipulada e a prevenção eficaz reduz artificialmente indicadores tradicionais. Também fatores como a privação social são difíceis de ajustar corretamente.

Na prática, existe um vasto leque de intervenções possíveis. Doenças crónicas como diabetes tipo 2, osteoporose, DPOC, hipertensão, depressão e obesidade revelam-se áreas particularmente

Helmut Hildebrandt¹

A pesar de todas as diferenças entre os sistemas de saúde, todos os países europeus desenvolvidos enfrentam desafios semelhantes: assistimos a um aumento da multimorbilidade, a uma escassez de profissionais de saúde, a população começa a questionar a segurança da prestação de cuidados e os custos suportados coletivamente aumentam de forma tão acentuada que os governos se veem obrigados a introduzir medidas de contenção e, cada vez mais, processos de privatização.

Com a introdução de orçamentos regionais baseados na população, o Governo português escolheu um caminho com algumas oportunidades, ainda que apenas permita reduzir os problemas de forma gradual. No entanto, abre uma nova perspetiva sobre a saúde e cria um incentivo económico para a promoção deliberada da saúde — algo que faltava

no sistema anterior, tanto na Alemanha como em Portugal.

Há mais de vinte anos que, na Alemanha, a OptiMedis tem vindo a testar modelos regionais integrados de prestação de cuidados, através de entidades gestoras que obtêm ganhos quando conseguem conter o crescimento dos custos totais da população abaixo da média de outras regiões. Ao longo dos anos, foi possível demonstrar resultados positivos.

Como foi possível? A evidência científica já dá muitas respostas. Se capacitarmos uma pessoa com hipertensão para gerir melhor a sua doença e medicação, evitando um AVC ou insuficiência renal, reduzimos custos. Se incentivarmos mudanças no estilo de vida — atividade física e alimentação — reduzimos a gravidade da doença. Se utilizarmos telemedicina em lares para evitar internamentos, poupamos recursos hospitalares. Se, em doentes idosos com multimorbilidades, priorizarmos terapêuticas eficazes e eliminarmos as perigosas, reduzimos custos e eventos adversos.

promissoras. Certos grupos populacionais exigem atenção especial, como idosos, pessoas com deficiência, migrantes ou indivíduos com baixa literacia em saúde. Para todos estes grupos, foram desenvolvidas soluções multidisciplinares envolvendo médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, associações e comunidades.

Destaca-se a introdução de gestores de saúde e apoio social, ajudando a abordar determinantes psicossociais da doença. Foram também criados programas de capacitação para doentes crónicos, promovendo o autocuidado. No Kinzigtal, foi criado um espaço dedicado — a “Gesundheitswelt” — que integrou programas de exercício, consultas médicas e apoio materno.

Todos os programas foram avaliados em termos de resultados e custos. Foi possível reduzir a dependência de insulina em alguns doentes com diabetes tipo 2 através de mudanças no estilo de vida. Em média, os participantes atrasaram em cerca de 4 anos a necessidade de

cuidados institucionais. Os custos totais reduziram-se cerca de 6,8% a partir do sexto ano. Estes resultados foram validados com dados de seguradoras, análises comparativas e estudos académicos.

Ao longo do processo, surgiram desafios importantes, como alcançar populações vulneráveis, envolver comunidades, mobilizar líderes locais e criar confiança. Foi essencial demonstrar que o objetivo principal era melhorar a saúde — e não apenas reduzir custos.

Para os médicos, a otimização da terapêutica foi central, especialmente em idosos. O uso do sistema FORTA permitiu melhorar a segurança da prescrição. Este modelo pode ser adaptado a Portugal.

Em 2023, a OCDE classificou este modelo como uma boa prática internacional. Estimou que a sua aplicação poderia aumentar os anos de vida saudável e reduzir custos. Para Portugal, estimou-se uma redução de 4,4% da despesa em saúde.

Os orçamentos regionais transformam os incentivos e podem melhorar significativamente a saúde

Em conclusão, os orçamentos regionais transformam os incentivos e podem melhorar significativamente a saúde das populações. No entanto, exigem novas competências, liderança forte e envolvimento de todos os atores. Requerem também continuidade política e um desenho adequado de incentivos. Apesar da complexidade, os benefícios justificam claramente o investimento e tornam esta abordagem essencial para o futuro dos sistemas de saúde europeus. ●

1. CEO da OptiMedis

Alimentação ao serviço da Saúde, com Confiança.



No setor da Saúde, cada detalhe faz a diferença.

Com uma presença consolidada em unidades hospitalares e instituições de saúde, desenvolvemos soluções de alimentação adaptadas às necessidades clínicas, nutricionais e humanas de cada utente. Mais do que servir refeições, contribuimos para o bem-estar, recuperação e qualidade de vida de quem mais precisa.

Trabalhamos em proximidade com equipas clínicas e operacionais, assegurando um serviço integrado, eficiente e alinhado com os mais elevados padrões do setor. A alimentação é parte integrante do cuidado e é com essa responsabilidade que o ITAU atua diariamente.

ITAU, a servir bem-estar desde 1963.



siga-nos aqui:

itaualimentacao   

Fale connosco aqui:



A Era da Inteligência Ética – Liderar em Ambientes Complexos de Saúde

Uma proposta operacional em 10 actos e 3 métricas

“A ética é inseparável da complexidade, porque toda a decisão é um nó de incertezas.”

Edgar Morin

José Filipe Soares¹

A **BSTRACT** Os sistemas de saúde operam hoje em níveis inéditos de complexidade clínica, organizacional e ética. Este artigo propõe a **Inteligência Ética** como arquitectura da decisão em ambientes de elevada incerteza, demonstrando que a qualidade das escolhas depende menos da sofisticação tecnológica e mais da capacidade moral de integrar valores, evidência e contexto. Articulando contributos de Morin, Aristóteles, Arendt, Berwick, Mintzberg e Schein, descreve-se um quadro conceptual que liga ética, complexidade e liderança em saúde.

A Inteligência Ética é operacionalizada através de **10 actos observáveis** e **3 métricas simples**, que tornam a ética visível, rastreável e auditável na prática quotidiana. São discutidas ferramentas concretas – aprendizagem pós-incidente, 1-minute ethics pause e integração sistemática de PROM/PREM com indicadores financeiros – como bases de governação clínica e organizacional. Por fim, analisa-se o papel da Inteligência Ética no futuro das ULS em Portugal, sustentando que a integração de cuidados só se consolidará com liderança moralmente consciente, cultura de aprendizagem contínua e decisões fundamentadas. Conclui-se que **a inteligência do futuro será ética – ou não será inteligência.**

1. INTRODUÇÃO – QUANDO A TECNOLOGIA ULTRAPASSA A HUMANIDADE

Os sistemas de saúde nunca tiveram

tanta tecnologia – mas nunca foi tão difícil tomar boas decisões. Vivemos uma era em que abundam dados, algoritmos e dashboards, mas falta aquilo que nenhuma máquina produz: **discernimento moral.**

A próxima fronteira da inovação em saúde já não é técnica; **é ética.** É a capacidade de decidir bem em cenários incertos, com impacto humano real. Inspirado por Morin, Aristóteles, Arendt, Berwick, Schein e Mintzberg, este texto propõe uma leitura decisiva: liderar num hospital não é apenas gerir recursos; é exercer uma forma superior de inteligência – **a inteligência ética.**

Ela será a fronteira entre sistemas de saúde que sobrevivem – e os que colapsam. Nenhum algoritmo substitui o juízo moral. Nenhuma norma substitui a consciência.

Sem ética, um hospital tem tecnologia; com ética, tem inteligência

2. A CRISE DA INTELIGÊNCIA INSTRUMENTAL – O PARADOXO DA ERA DIGITAL

O século XXI trouxe revolução digital, interoperabilidade e IA. Mas não trouxe o elemento mais necessário: capacidade de integrar, interpretar e contextualizar.

Morin (2022) descreve esta falha como “cegueira do saber”: excesso de informação sem capacidade de compreender. A decisão clínica ou organizacional perde sentido quando se descola do humano.

Acumulámos inteligência técnica – mas perdemos sabedoria prática.

Sem ética, a informação transforma-se em ruído. E é nesse vazio de sentido que surgem erros sistémicos, decisões desumanizadas e liderança meramente administrativa.

3. INTELIGÊNCIA ÉTICA – O FUNDAMENTO DA BOA DECISÃO

No plano ético, inteligência não é cálculo – é **discernimento moral aplicado ao real.** Aristóteles chamava-lhe phronesis: a sabedoria prática que permite agir bem apesar da incerteza. “A sabedoria prática é a inteligência que decide bem” (Ética a Nicómaco).

Nos hospitais, inteligência ética significa:

- integrar emoção, evidência e contexto;
- equilibrar norma com prudência;
- decidir com consciência das consequências humanas;
- resistir à automatização do pensamento.



Arendt recorda: “Pensar é interrogar-se antes de agir”. A pausa ética é o que impede que decisões rápidas se tornem injustas. Morin acrescenta: a ética nasce da interdependência – **nenhuma decisão é isolada**. Cada escolha organiza um ecossistema de relações.

4. DECISÃO CLÍNICA E COMPLEXIDADE ORGANIZACIONAL – O PESO DO INVISÍVEL

Decidir clinicamente já não é um acto isolado: é um acto organizacional, moral e social.

Berwick defende que não existe melhoria sem consciência moral. Mintzberg desmonta a ilusão da gestão numérica: gerir é julgar. Schein mostra que cultura é o que dirige comportamentos quando ninguém observa.

A ética manifesta-se nas microdecisões:

- Quem é atendido primeiro?
- Que exame se adia?
- Onde se coloca mais tempo?
- Que investimento se prioriza?

Cada uma contém um dilema. Cada dilema exige ética. Sem inteligência ética, a eficiência torna-se indiferença.

5. QUICK FIXES E A AMNÉSIA ORGANIZACIONAL – O SISTEMA QUE NÃO APRENDE

Muitos hospitais vivem presos ao ciclo da reacção. Corrigem sintomas, não causas. Produzem “Quick Fixes” que aliviam – mas não transformam.

Sem ética, a aprendizagem não se consolida; sem aprendizagem, o sistema limita-se a repetir os mesmos erros com novos nomes. A inteligência ética é memória organizacional. É aquilo que transforma falhas em conhecimento e crises em evolução.

O problema nunca foi errar – é não aprender.

Como mostrei em “Do Near Miss ao Conhecimento”(RGH n°42), a aprendizagem pós-incidente é o verdadeiro biomarcador da maturidade institucional.

6. LIDERANÇA ÉTICA – A VANTAGEM COMPETITIVA MAIS RARA

Liderar hoje é navegar ciência, política, finanças e vida humana ao mesmo tempo. A liderança técnica já não chega – é necessária liderança moral.

Um líder eticamente inteligente:

- gere dilemas, não tarefas;
- cria ambientes seguros de reporte sem medo;
- substitui controlo por confiança;
- toma decisões transparentes, justificadas e coerentes

A cultura de segurança nasce da coerência moral, não da rigidez dos protocolos.

Os Learning Health Systems mostram que a reflexão colectiva é a base da qualidade. Hassan & Ahmed sublinham: segurança não se impõe – constrói-se com confiança. Como lembra Morin, “a reforma da inteligência é inseparável da reforma da ética”. Hadian sustenta que, em última instância, liderar bem é um acto de responsabilidade perante o outro.

7. A ÉTICA COMO FORMA SUPERIOR DE INTELIGÊNCIA

Os hospitais do futuro serão os mais conscientes – não os mais digitais.

A inteligência artificial pode substituir tarefas; o juízo moral é que não.

- A inteligência ética exige:
- líderes que escutam; ▶

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO-CHAVE	RISCO SEM ÉTICA	EFEITO DA INTELIGÊNCIA ÉTICA
1. Inteligência Instrumental	Uso intensivo de tecnologia, dados e algoritmos sem integração humana.	"Cegueira do saber" – decisões descontextualizadas, perda de sentido.	Reintegração do humano no centro da decisão; tecnologia como meio, não fim.
2. Inteligência Ética	Sabedoria prática (phronesis), juízo moral, consciência da interdependência.	Automatização do pensamento e alienação moral.	Discernimento prudente; decisões contextualizadas e moralmente informadas.
3. Decisão Clínica e Organizacional	Intersecção entre técnica, responsabilidade e cultura.	Burocratização, fragmentação, desumanização do cuidado.	Cultura moralmente consciente; decisões sustentadas em valores e evidência.
4. Quick Fixes vs Quick Wins	Soluções imediatistas vs aprendizagem institucional.	Dependência crónica e ausência de memória organizacional.	Tal como na cultura de segurança clínica, a inteligência ética valoriza o erro como fonte de aprendizagem, e não como falha a punir.
5. Liderança em Ambientes Complexos	Coerência entre valores e acções; transparência e confiança.	Controlo excessivo, medo e perda de coesão cultural.	Liderança reflexiva, diálogo aberto e cultura de confiança.
6. Inteligência Organizacional e Ética	Capacidade de pensar o próprio pensar; aprender com a experiência.	Cálculo sem consciência; eficiência sem propósito.	Sabedoria institucional: o equilíbrio entre técnica, valor e humanidade.

Quadro 1: Inteligência Ética em Acção – Ambientes Complexos de Saúde

Fonte: elaboração do autor com base em literatura clássica e contemporânea de gestão em saúde.

- profissionais que questionam;
- instituições que aprendem.

Morin fala numa reforma do pensamento, devolvendo ao conhecimento a sua dimensão humana. Arora, recorda que ética é a base da inteligência responsável.

Sem ética, a inteligência é cálculo. Com ética, a inteligência torna-se sabedoria.

8. INTELIGÊNCIA ÉTICA EM ACÇÃO – COMO SE IMPLEMENTA (10 ACTOS, 3 MÉTRICAS)

A ética só transforma um hospital quando se torna visível, repetida e mensurável. Enquanto for apenas discurso, não transforma – apenas decora.

Antes de decisões críticas, aplica-se a pausa ética de 1 minuto.

Após um incidente, um learning brief ≤ 72h.

Sempre que uma regra é ultrapassada, documenta-se o racional.

E mede-se tudo isto.

PROM (resultados reportados pelo doente) e PREM (experiência reportada) medem **valor**. O KPI financeiro mede **custo**. Emparelhados, orientam decisões éticas e eficientes.

Os Quadros 1, Síntese A e Síntese B sintetizam o que deve ser feito, como

deve ser feito e como medir se foi feito – o tripé que converte ética em cultura institucional.

Ética que não se vê nos dados e nos gestos é decoração: bonita nos enunciados, inútil no hospital.

8.1 Inteligência Ética e o Futuro das ULS em Portugal

As Unidades Locais de Saúde (ULS), no ciclo 2024 – 2026, enfrentam um dos maiores desafios organizacionais das últimas décadas: integrar cuidados, reduzir fragmentação e transformar complexidade em valor para o doente. A Inteligência Ética é o seu novo fundamento operativo. Sem ela, a integração corre o risco de se tornar apenas administrativa; com ela, torna-se cultural, moral e estratégica.

A integração de cuidados não é um processo administrativo – é uma decisão moral

A Pausa Ética de 1 minuto, inspirada nas práticas internacionais – o 1 minute pause for safety de Johns Hopkins, o Safety Huddle do NHS e os modelos de High Reliability Organizations – oferece uma ferramenta concreta para ancorar decisões integradas, contextualizadas e conscientes dentro das ULS.

A nova governação integrada não se consolidará pela norma, mas pela capacidade das equipas de decidir bem, aprender depressa e agir com sentido. Para administradores hospitalares e líderes de ULS, a Inteligência Ética oferece um critério simples: nenhuma decisão verdadeiramente estratégica é apenas técnica – é sempre, também, uma decisão moral.

9. CONCLUSÃO – ÉTICA COMO ARQUITECTURA DA INTELIGÊNCIA ORGANIZACIONAL

Sistemas inteligentes são sistemas que aprendem – e só aprende quem pensa eticamente. Nos hospitais, esta evidência deixa de ser abstrata e torna-se quotidiana: cada decisão cruza tecnologia, política, finanças e vidas humanas no mesmo gesto.

Liderar em saúde é, inevitavelmente, **equilibrar o possível, o justo e o humano**. A Inteligência Ética emerge, assim, não como um adorno conceptual, mas como **competência de sobrevivência institucional**: é ela que cria memória, evita a repetição cega de erros, aumenta a confiança e transforma

#	PRÁTICA NUCLEAR	EVIDÊNCIA DE EXECUÇÃO (SINAL OBSERVÁVEL)
1	Clarificar o princípio moral por detrás de cada decisão	A decisão com 1 frase moral explícita anexada
2	Tornar explícitos os dilemas clínicos/financeiros	Dilema em 2 linhas na acta
3	Ethics huddle 1 minuto antes de decisões críticas	"1-min ethics pause" no cronograma
4	Priorizar valor sobre produção	PROM/PREM anexado ao KPI financeiro
5	Learning brief ≤ 72h após incidente	1 página e 3 bullets de mudança
6	Medir consequências, não só outputs	Outcomes registados (não apenas throughput)
7	Reporte sem medo + escuta activa	"Talk back" permitido e documentado
8	Protocolos ≠ piloto automático	Override permitido e fundamentado
9	Accountability com compaixão	Causa de sistema antes de culpa individual
10	Revisão pós-acção	After Action Review ≤ 14 dias

Quadro-síntese A: Práticas e sinais observáveis

MÉTRICA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	TARGET
1 - % incidentes com learning brief ≤ 72h	Incidentes clínicos/operacionais com brief estruturado ≤ 72h	≥ 80%
2 - % reuniões com dilema ético registado	Reuniões clínicas/gestão onde o dilema foi tornado explícito	≥ 70%
3 - % decisões com indicador de valor PROM/PREM	Decisões críticas com métrica de valor reportado pelo doente	≥ 60%

Quadro-Síntese B: Métricas (90 dias)

Fonte: elaboração do autor com base em literatura clássica e contemporânea de gestão em saúde.

informação dispersa em verdadeira sabedoria organizacional.

Os 10 actos e as 3 métricas propostos neste artigo não pretendem ser um modelo fechado, mas um **ponto de partida operativo**: uma gramática mínima para tornar a ética visível nos dados, nas reuniões e nos gestos clínicos de todos os dias.

No limite, tudo converge para uma evidência simples e decisiva: **a inteligência do futuro será ética – ou não será inteligência.** ●

A inteligência do futuro será ética – ou não será inteligência

REFERÊNCIAS

- Arendt, H. (1958). The human condition. University of Chicago Press.
- Aristóteles. (2004). Ética a Nicómaco (A. C. Caeiro, Trad.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Arora, A., et al. (2023). Towards a unified utilitarian ethics framework for healthcare AI. arXiv preprint arXiv:2309.14617.
- Berwick, D. M. (2008). The science of improvement. JAMA, 299(10), 1182–1184. <https://doi.org/10.1001/jama.299.10.1182>
- Direcção-Geral da Saúde (2023). Plano Nacional de Ética em Saúde. Lisboa: DGS.
- Hadian, M., et al. (2025). The relationship between ethical leadership, moral sensitivity and moral courage in healthcare professionals. BMC Nursing, 24(1), 34.
- Hassan, A., & Ahmed, S. (2024). Effective leadership strategies in healthcare: A narrative review. Journal of Healthcare Leadership, 16, 45–59.
- Mintzberg, H. (2017). Simply managing: What managers do—and can do better. Berrett-Koehler Publishers.
- Morin, E. (2022). The challenge of complexity. Liverpool University Press.
- Sturmberg, J. P., & Martin, C. M. (2024). Healthcare leaders navigating complexity: A scoping review. BMC Medical Education, 24 (1), 5689.

Nota: Este autor não escreve segundo o Acordo Ortográfico

Declaração de conflitos de interesses: o autor declara não possuir conflitos de interesses relevantes.

Responsabilidade ética: texto baseado em melhoria interna de processos; não utiliza dados identificáveis de doentes nem intervenções em sujeitos humanos.

Palavras-chave

ética; liderança; complexidade; inteligência organizacional; aprendizagem em saúde

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

A saúde descentralizada nos municípios: pelas pessoas e para as pessoas

Sónia Paixão¹

Em 2021 quando iniciei as funções que nos foram confiadas pelas populações do concelho de Loures, assumi a responsabilidade municipal na área da saúde. Um dos primeiros desafios que encontrei foi a análise do dossier da transferência de competências.

Considerei sempre que a descentralização seria um pilar estruturante do projeto político nacional que queríamos também para Loures. Encarámos, por isso, toda a proposta de mudança como uma oportunidade imperdível de poder fazer mais e melhor pelas pessoas, de poder ter maior proximidade e eficiência na resposta aos cidadãos.

Já em 2018, a Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, tinha estabelecido o quadro de transferências para as autarquias locais, tendo por base os princípios da subsidiariedade, da descentralização administrativa e da autonomia do poder local.

Constatou-se que o essencial do processo de descentralização incide nos Municípios. Um processo que não tem sido fácil, não só pela necessidade de lhe associar o envelope financeiro que os Municípios precisam, mas pela falta de recursos humanos e estruturas municipais para fazer face a determinadas competências, concordando com Mendes (2023, citado por Ribeiro, 2023).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, os Municípios que aceitaram as novas competências passaram a ter participação no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários.

Em 2021, com a vontade e energia de quem integra uma nova missão de melhorar a vida das pessoas, iniciámos todo o caminho da descentralização no Município de Loures. Pesámos prós e contras e, em junho de 2023, virámos a assinar o Auto de Transferência com o Sr. Ministro da Saúde Manuel Pizarro, com efeitos a outubro seguinte.



Inauguração da Unidade de Saúde do Catujal (janeiro de 2025)

A gestão, manutenção e conservação dos equipamentos afetos aos cuidados de saúde primários também passou a ser municipal. Verificámos, contudo, que esta manutenção e conservação teria de fazer face a décadas de ausência de intervenções, ou seja, que teria de colmatar falhas do passado. Logo aqui, verificou-se a falta de envelope financeiro suficiente. No entanto, o Governo comprometeu-se a realizar ou assegurar o financiamento de obras de construção, recuperação/reabilitação, recorrendo a verbas dos financiamentos do Programa de Recuperação e Resiliência e do Portugal 2030.

Quanto aos equipamentos, detetaram-se avarias permanentes nos sistemas de climatização. Em certos casos, a ausência de mais de 20 anos de funcionamento do ar condicionado valeu aos municípios queixas inéditas dos profissionais de saúde na Autoridade para as Condições de Trabalho.

O mapa de pessoal municipal passou a integrar os assistentes operacionais das unidades de cuidados de saúde primários. Ora, constatou-se que muitos destes profissionais deveriam já estar na carreira de assistente técnico e os trabalhadores desta carreira não constaram neste processo de descentralização.

Os municípios passaram a garantir, com recurso aos seus meios, toda a gestão dos serviços de apoio logístico às unidades de saúde, onde estão incluídos os transportes para a deslocação de quem presta cuidados de saúde primários. Recebemos, de facto, em Loures, algumas novas viaturas elétricas, contudo, herdámos automóveis dos anos 90, a precisar de reparação ou de abate (ambas as situações a obrigar a despesa não prevista).

Por fim, e talvez mais importante, veio a garantia de uma parceria estratégica nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo. De facto, desenhar e implementar políticas públicas que atendam as necessidades e as características dos diversos territórios é fundamental para potenciar os recursos locais e compreender as diferentes comunidades (Rego, 2023). Este foi sempre um dos motivos que nos fez acreditar que podíamos fazer parte de soluções para os problemas das pessoas.

Se os municípios já trabalhavam várias áreas no âmbito da promoção da saúde, o processo de descentralização ajudou a aproximar as autarquias das Unidades Locais de Saúde e a ativar esta parceria.

Neste sentido e, de acordo com Bravo (2023), nas diversas vantagens da descentralização administrativa estão a maior eficiência, a maior democraticidade pela proximidade das entidades envolvidas, uma maior especialização administrativa, mais participação e a limitação do poder público, uma vez que passa a existir repartição por várias pessoas coletivas.

Em dois anos e meio de exercício de competências ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, o Município de Loures tem procurado a eficiência na gestão de recursos públicos e posso dizer que temos ido mais longe. No que respeita às infraestruturas de saúde, programámos um investimento de 21 milhões de euros na construção de quatro novas unidades e requalificação das existentes, dos quais 7 milhões são do orçamento municipal. Apostamos nesta forma de melhorar as condições em que são prestados cuidados de saúde, conferindo maior conforto aos utentes e aos profissionais de saúde. Consideramos que poderá ser uma forma de atrair e fixar os médicos de Medicina Geral e Familiar que tanto precisamos.

As nossas populações estão atentas e não hesitam em manifestar os seus obstáculos no acesso aos cuidados de saúde. É esta a vantagem da proximidade. E é este o papel da Administração Local, o de acompanhar e prever a resolução de problemas junto das Unidades Locais de Saúde (ULS).

Elaborámos a nossa Estratégia Municipal de Saúde e, em cooperação estreita com as ULS, conseguimos para o concelho de Loures, desde 2021: promover a instalação de 21 Balcões SNS que pretendemos ver aumentados nos serviços que prestam, constituir duas Equipas Comunitárias de Saúde Mental, criar dois espaços de atendimento de saúde materno infantil para a população que não tem equipa de família, implementar a resposta da teleconsulta nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e apoiar a abertura de um Centro de Atendimento Clínico.

No que toca a expectativas futuras, está a criação de mais Unidades de Saúde Familiar B e/ou C ou outras soluções que tragam a garantia de resposta de saúde nos Cuidados de Saúde Primários. Também fica a expectativa de ver criada uma Estratégia Supramunicipal de Saúde devidamente articulada com as Estratégias Municipais de Saúde.



Assinatura do Protocolo de Cooperação para a instalação de Balcões SNS (maio de 2022)

Outra questão deveras importante é a possibilidade de os municípios e as entidades intermunicipais serem diretamente envolvidos na fixação dos horários de funcionamento das unidades de cuidados de saúde de proximidade.

Também no que respeita à certificação energética, medidas de autoproteção e planos de segurança dos edifícios, os municípios esperam o compromisso de financiamento dos valores que venham a assumir com o cumprimento da legislação em vigor.

A descentralização de competências para os municípios é um processo exigente. Se, por um lado, permite colocar os serviços públicos mais perto das populações, desafiando a Administração Local a contribuir para melhorar a qualidade e acesso aos cuidados de saúde, por outro, traz consigo a preocupação de que possam faltar meios humanos e financeiros para alcançar o tamanho desse desafio.

A política de descentralização nunca assume completa autonomia e corresponde, sim, a uma procura de equilíbrio entre a atividade local e as estratégias nacionais (Saltman & Bankauskait, 2006; citados por Julião & Nunes, 2019).

Este ano, em dezembro, assinalamos os 50 anos do poder local. Foi em 1976 que se realizaram as primeiras eleições autárquicas em Portugal. Falar em descentralização é falar do poder local e de autonomia autárquica que só faz sentido quando trabalhamos para servir as pessoas de forma a responder às suas necessidades.

Se há alguns anos atrás as equipas dos centros de saúde e dos municípios mal se conheciam, hoje trabalham com vista à articulação total no que respeita a agir na comunidade, provando que, afinal, o exercício de novas competências pela Administração Local pode trazer muito mais do que a legislação e o auto de transferência descreviam. E esta é a grande mais valia da descentralização. ●

REFERÊNCIAS

- Lei n.º 50/2018 - Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16 - Lei-quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais.
- Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro - Diário da República n.º 21/2019, Série I de 2019-01-30 - Concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde.
- Ribeiro, J. C. (2023). Regionalização e Descentralização em Portugal: Reforma do Estado, Aprofundamento da Democracia e Desenvolvimento. Ensaios para a Sustentabilidade. Braga: Universidade do Minho Editora. p. 9.
- Julião, R. M. e Nunes, A. M. (2019). Descentralização de competências para as autarquias locais: o caso do setor da saúde. Revista Portuguesa de Gestão & Saúde. Nº 27.
- Rego, C. (2023). Descentralização e desenvolvimento: para quê fazer o que ainda não foi feito? Regionalização e Descentralização em Portugal: Reforma do Estado, Aprofundamento da Democracia e Desenvolvimento. Ensaios para a Sustentabilidade. Braga: Universidade do Minho Editora. 145-157.
- Bravo, A. S. (2023). Reflexão sobre a descentralização em Portugal. Regionalização e Descentralização em Portugal: Reforma do Estado, Aprofundamento da Democracia e Desenvolvimento. Ensaios para a Sustentabilidade. Braga: Universidade do Minho Editora. 63-77.

Miguel Lopes

Presidente do Conselho de Administração da ULS Alto Alentejo

“Construção de um verdadeiro Sistema Local de Saúde”

Após duas décadas distante do Alentejo e com uma passagem pela APAH, como Secretário-Geral, nesta entrevista **Miguel Lopes** fala do seu percurso e aborda algumas das questões mais relevantes da Administração Hospitalar em Portugal, mostrando-se favorável ao desenvolvimento de um Sistema Local de Saúde, conceito que não pode ser apenas um modelo organizativo formal, mas sim a base estrutural do funcionamento do SNS, em particular nos territórios de baixa densidade.

O seu percurso como Administrador Hospitalar teve início no Hospital Doutor José Maria Grande, em Portalegre, e no Hospital Santa Luzia, em Elvas, em 2006. Cerca de duas décadas depois, foi nomeado para presidir ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo. Que significado pessoal e profissional atribui a este regresso?

Este regresso ao Alto Alentejo tem um significado muito profundo, tanto a nível profissional como pessoal. Foi neste território que iniciei o meu percurso como administrador hospitalar e onde construí um conhecimento muito direto da realidade de um SNS no interior, da proximidade com as pessoas, mas também das dificuldades estruturais associadas à dispersão geográfica, ao envelhecimento populacional e à escassez de recursos humanos. Voltar cerca de duas décadas depois, com responsabilidades acrescidas e num contexto estruturalmente diferente do SNS, representa não apenas um regresso às origens, mas sobretudo um compromisso consciente com um território que conheço bem, com as suas fragilidades, mas também com as suas enormes potencialidades.

A experiência acumulada em diferentes contextos institucionais, unidades de saúde, administração central, academia e indústria da saúde permite-me hoje aportar uma visão mais integrada,

sistémica e orientada para resultados em saúde e valor para a comunidade. Este retorno é, acima de tudo, um projeto com um propósito de contribuir para a construção de um verdadeiro Sistema Local de Saúde, centrado no cuidado das pessoas, integrado, inovador e sustentável.

Ao assumir funções em dezembro de 2024, que diagnóstico fez da organização ao nível assistencial, organizacional e de gestão?

Quais foram os principais desafios e oportunidades que identificou numa fase inicial?

Ao assumirmos funções realizámos um diagnóstico estruturado da ULS Alto Alentejo nas dimensões assistencial, organizacional, de gestão e de relacionamento com o território. Encontrámos uma organização com um percurso consolidado de mais de 18 anos enquanto modelo integrado e com um enorme potencial, mas também com desafios estruturais muito exigentes, comuns às ULS do interior do país. Entre os principais desafios destacou-se a necessidade de garantir um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde, reduzindo desigualdades territoriais e garantindo uma resposta mais eficaz às reais necessidades dos utentes. Paralelamente a escassez e instabilidade de recursos humanos, em particular médicos, o que tem conduzido a um

recurso crónico a prestadores de serviços, solução que não é sustentável nem adequada para garantir a continuidade de cuidados, integração assistencial, qualidade e segurança clínica. A localização no interior continua a penalizar a atração e fixação de profissionais, mesmo com os benefícios associados às vagas carenciadas e outros apoios de complementaridade disponibilizados pelos Municípios (suplemento remuneratório, alojamento, transporte, etc.).

A dispersão geográfica do território, a elevada carga de doença associada a uma população envelhecida e isolada, a fragmentação entre níveis de cuidados e social, bem como a necessidade clara de modernização das infraestruturas físicas, tecnológicas e dos próprios processos de gestão e avaliação de resultados, foram igualmente aspetos críticos identificados. Em paralelo, este diagnóstico evidenciou oportunidades muito relevantes. A ULS beneficia de uma relação sólida com a Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo (CIMAA), os Municípios, as Juntas de Freguesia e o Politécnico de Portalegre, dispõe de uma escala territorial favorável à experimentação de modelos inovadores de integração de cuidados e conta com profissionais altamente comprometidos com a missão da organização, apesar do desgaste acumulado. Acresce um contexto favorável, associado a instrumentos de financiamento como o PRR e o Alentejo 2030, que cria condições únicas

para modernização e inovação. Este diagnóstico deu origem a uma agenda de transformação, assente em quatro eixos estratégicos de desenvolvimento: 1) Construir uma comunidade saudável aumentando o investimento em saúde pública e consolidação da rede colaborativa de parceiros e envolvimento dos profissionais e utentes; 2) Cuidar de quem cuida através da melhoria das condições de trabalho e satisfação dos profissionais; 3) Promoção da inovação organizacional, social e tecnológica com reformulação da oferta de cuidados apostando na modernização das infraestruturas e serviços e na domicilição de cuidados, a par com a incorporação de soluções digitais e de respostas de proximidade, e 4) Compromisso com a sustentabilidade ambiental, através da adoção de uma cultura de redução da pegada carbónica. Para concretizar essas metas, estamos a trabalhar na criação de um modelo de governação colaborativo com os parceiros locais, profissionais e indústria da saúde.

Mantemos firmemente estes objetivos, acreditando que são essenciais para garantir um serviço de saúde mais robusto, equitativo e centrado nas pessoas, sustentado por um modelo de governação colaborativo com os parceiros do território, os profissionais e os cidadãos.

A ULS Alto Alentejo opera num território marcado por dispersão geográfica, envelhecimento populacional e desafios na atração e retenção de profissionais. Que medidas concretas foram implementadas desde a sua nomeação para reforçar a respostas assistencial?

Temos vindo a implementar um conjunto de medidas concretas destinadas a reforçar a resposta assistencial, melhorar o acesso e garantir maior continuidade de cuidados. Uma das áreas em que registámos uma evolução mais significativa foi a expansão da hospitalização domiciliária. Esta aposta tem permitido prestar cuidados de saúde de maior complexidade no domicílio, com ganhos claros em termos de qualidade, segurança e conforto para os utentes. Em paralelo, avançámos com a implementação estruturada de teleconsultas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e estamos agora a iniciar a adoção de modelos de acompanhamento remoto, particularmente dirigidos a doentes crónicos complexos, integrando soluções de telemonitorização e suporte clínico à distância. Este reforço da tele saúde será essencial para mitigar as dificuldades de acesso associadas à dispersão geográfica e à escassez de profissionais e estimamos que possa chegar a 30% da nossa população em



particular aquela que apresenta um nível de risco mais elevado. Ao nível organizacional, estamos a promover uma maior integração funcional entre os CSP e os Hospitais, através do desenvolvimento de percursos assistenciais integrados (PAI) em áreas prioritárias como a diabetes, a insuficiência cardíaca, a oncologia e os utilizadores frequentes do serviço de urgência. Esta lógica de PAI visa reduzir a fragmentação, melhorar a coordenação clínica e otimizar recursos a par com a consolidação das equipas comunitárias, ajustando as respostas à realidade de uma população envelhecida, com elevada carga de dependência e multimorbilidade. O envolvimento das Autarquias e das

Juntas de Freguesia é essencial para conseguirmos avançar em projetos estruturantes. Não há saúde sem os Municípios! As 15 autarquias do distrito de Portalegre têm sido parceiras ativas desde há muitos anos, apoiando iniciativas de saúde pública e respostas de proximidade. Por fim, apostámos numa articulação operacional mais estreita com os Forças de Segurança, Proteção Civil, Bombeiros, IPSSs, instituições de ensino, e dos representantes dos utentes e dos profissionais de saúde e da indústria do sector da saúde, fortalecendo a capacidade de resposta. Estas medidas traduzem uma visão clara de adaptar os serviços às pessoas e ao território, reforçando ▶



Conselho de Administração da ULS Alto Alentejo

respostas de proximidade, integradas e centradas nas necessidades reais da população.

A interioridade continua a ser um fator limitador? Como pode ser mitigado?

A interioridade continua a ser um fator condicionante, sobretudo na atração e retenção de profissionais, mas não é um destino inevitável. A este nível importa ressaltar que no caso concreto da ULS Alto Alentejo, por ser uma região raiana com Extremadura espanhola, há muitas décadas que existe uma relação de proximidade que nos permite atrair especialistas espanhóis e aceder a serviços altamente diferenciados. No nosso entender essa relação de parceria, em particular com o Hospital Universitário de Badajoz e com a Universidade da Extremadura deve ser aprofundada e consolidada. E esse é um caminho que estamos a fazer em sentido bidirecional e no âmbito da EUROBEC, eurocidade transfronteiriça constituída pelos municípios de Elvas e Campo Maior, em Portugal e Badajoz, promovendo a cooperação territorial, institucional e económica, e de forma muito relevante na saúde. A proximidade geográfica entre os três territórios, aliada à complementaridade de recursos existentes de ambos os lados da fronteira, cria condições particularmente favoráveis para o desenvolvimento de soluções inovadoras em saúde, favorecendo a articulação e complementaridade abrindo espaço à partilha de recursos especializados, à formação especializada, ao desenvolvimento de protocolos clínicos conjuntos, à referência transfronteiriça

em áreas específicas e à cooperação em emergências, catástrofe ou pressão assistencial acrescida. Acresce ainda o potencial para o desenvolvimento de modelos inovadores de tele saúde e teleassistência transfronteiriça sendo uma plataforma privilegiada para projetos-piloto de integração de cuidados potenciada pelo acesso a financiamento comunitário para projetos conjuntos de saúde, inovação e capacitação institucional, reforçando a atratividade do território para profissionais e a sustentabilidade das respostas assistenciais. Importa, pois, que deixemos de encarar a interioridade como uma limitação e passemos a trabalhar ativamente na diferenciação positiva territorial, defendendo junto das entidades centrais e regionais de modelos de incentivos adequados à fixação profissional, associada a projetos de vida e valorização do exercício profissional em contexto de inovação e integração social.

A ULS Alto Alentejo tem vindo a desenvolver diversas parcerias institucionais, incluindo protocolos com outras unidades locais de saúde e outras entidades públicas, assim como uma série de iniciativas e ações comunitárias ao nível da literacia em saúde e da prevenção da doença. Em paralelo, estão em curso uma série de projetos de dinamização e investimentos relevantes no âmbito do PRR, incluindo a requalificação de centros de saúde e modernização de infraestruturas. Que projetos em particular gostaria de destacar?

A estratégia de desenvolvimento da ULS Alto Alentejo assenta de forma muito

clara numa lógica de verdadeiro Sistema Local de Saúde, entendido como uma arquitetura colaborativa de governação, prestação de cuidados e criação de valor em saúde, profundamente ancorada no território, nas parcerias institucionais e na proximidade às pessoas. Neste enquadramento, gostaria de destacar um conjunto de ações estruturantes que estão a ser desenvolvidos de forma articulada e complementar.

A consolidação de uma governação colaborativa com forte base territorial, através de uma articulação estratégica e operacional permanente com a CIMAA, Municípios e Juntas de Freguesia, essencial para o desenvolvimento de ações de saúde pública, literacia em saúde, prevenção da doença e melhoria do acesso em proximidade. A par desta dimensão autárquica, é fundamental a cooperação com as IPSSs, Misericórdias, ERPIs e Farmácias comunitárias visando a gestão integrada das transições entre níveis de cuidados. Também o envolvimento ativo das associações de doentes e de utentes, enquanto parceiros relevantes no desenho de respostas mais centradas nas pessoas, na melhoria da experiência do utente e na definição de prioridades. Destaco ainda os protocolos com outras ULS e organizações privadas de referência nacionais, que permitem complementar a oferta assistencial, reforçar a formação, a investigação e a inovação. Estamos igualmente a aprofundar as parcerias com as escolas, as universidades seniores, as associações locais e comunitárias de âmbito cultural, desportivo e social, assumindo a literacia em saúde, o envelhecimento ativo, a prevenção da doença e a coesão social como eixos estruturantes da intervenção. Outra dimensão estratégica está associada à aposta sólida na formação contínua, inovação organizacional e produção de conhecimento, como fatores críticos de diferenciação. Neste âmbito, destaco as parcerias com o Politécnico de Portalegre, Universidade de Évora, Escola Nacional de Saúde Pública e AESE, assentes na implementação de planos contínuos de formação interna, desenvolvimento de talento e consolidação de competências em liderança, gestão, integração e inovação em saúde. Esta aposta acreditamos vai permitir reforçar a atratividade da ULS Alto Alentejo, qualificar as equipas e criar condições para uma evolução sustentável da organização. Igualmente relevante a aposta na digitalização progressiva de processos clínicos e administrativos, a aposta crescente na tele saúde, telemonitorização e modelos híbridos

de acompanhamento, bem como a cooperação com a indústria da saúde e tecnológica em projetos piloto. Neste contexto, o VivaLab (Living Lab) e o futuro Campus da Saúde de Portalegre assumem-se como projetos âncora, que integram o ensino, investigação, inovação, serviços de ambulatório e respostas de base comunitária, constituindo um fator decisivo de atratividade e desenvolvimento futuro da região.

Passado mais de um ano desde a sua nomeação, que balanço faz do trabalho desenvolvido até ao momento em termos de desempenho assistencial e organizacional? Que resultados considera mais relevantes?

Passado mais de um ano, o balanço que fazemos do trabalho desenvolvido é positivo, tanto ao nível do desempenho assistencial como da evolução organizacional e estratégica da ULS Alto Alentejo. Trata-se de um percurso exigente, desenvolvido num contexto territorial complexo, mas que revela sinais consistentes de consolidação, maturidade organizacional e capacidade de transformação.

Desde logo, gostaria de destacar o elevado grau de alinhamento estratégico interno alcançado e a abertura, entusiasmo, compromisso e envolvimento dos profissionais na vontade de evoluirmos como organização na co-reconstrução de respostas integradas que aportem valor para a comunidade. Como sabemos não é uma tarefa fácil, exige determinação e uma visão ambiciosa e abrangente que não se limita apenas ao nosso tradicional espaço de intervenção e que obriga a mudanças culturais e de práticas profundas.

A definição e operacionalização do Plano de Desenvolvimento Organizacional 2026-2028 permitiram criar uma visão comum, partilhada pelas diferentes áreas da organização, em torno de prioridades claras: comunidade saudável, valorização dos profissionais, inovação organizacional, social e tecnológica, e compromisso com a sustentabilidade ambiental. Este alinhamento foi essencial para recentrar a organização, reduzir dispersões e criar maior coerência entre planeamento, decisão e execução.

Ao nível assistencial, os resultados mais visíveis dizem respeito à integração de cuidados e à expansão de respostas de proximidade. A aposta na domiciliação de cuidados, na hospitalização domiciliária, na articulação com ERPIs, IPSS e autarquias, bem como na evolução do desenvolvimento de modelos de telesaúde, permitindo melhorar o acesso, a continuidade assistencial e a adequação das respostas



às necessidades reais de uma população envelhecida, com elevada carga de doença e dependência. Estes avanços refletem uma mudança clara de paradigma, mais centrada nas pessoas, no território e na prevenção de internamentos evitáveis. Importa ainda salientar o aumento da visibilidade institucional e o reconhecimento externo de boas práticas desenvolvidas na ULS Alto Alentejo, quer ao nível da integração de cuidados, do acesso, da inovação organizacional, quer da sustentabilidade ambiental. Este reconhecimento traduz não apenas resultados concretos, mas também a credibilidade de uma estratégia consistente, alinhada com as prioridades do SNS e com os desafios específicos do interior do país.

Em síntese, o balanço deste primeiro período de mandato é o de uma organização que ganhou direção estratégica, reforçou a sua capacidade de cooperação e proximidade, criou bases para inovação e investimento e, sobretudo, consolidou a confiança interna e externa necessária para enfrentar os desafios estruturais que permanecem. O caminho é exigente e longe de concluído, mas os

resultados alcançados confirmam que a ULS Alto Alentejo está hoje mais preparada, mais integrada e mais orientada para responder, com qualidade e sustentabilidade, às necessidades da sua população.

Que desafios permanecem por resolver?

Apesar do balanço global positivo, reconhecemos que persistem desafios estruturais relevantes, que exigem continuidade de ação, capacidade de adaptação e uma visão estratégica de médio e longo prazo. Esses desafios não diminuem os resultados alcançados, mas enquadram de forma realista o contexto em que a ULS Alto Alentejo atua e as transformações ainda necessárias para consolidar um sistema de saúde robusto, equitativo e sustentável no território. O principal e mais exigente desafio continua a ser o dos recursos humanos, em particular ao nível dos médicos especialistas, com destaque para a Medicina Geral e Familiar e especialidades hospitalares. A dificuldade histórica de atração e retenção de profissionais nos territórios do interior mantém-se como um fator crítico, com impacto direto no ▶

acesso, na continuidade assistencial e na sustentabilidade dos modelos organizacionais. A ULS Alto Alentejo tem procurado responder a este desafio através da valorização do trabalho em equipa, do reforço das condições de exercício profissional, da aposta na formação, inovação organizacional e diferenciação positiva do território, mas trata-se de uma matéria que exige também respostas estruturais de política pública a nível nacional. A este nível sinalizámos ao Ministério da Saúde e Direção Executiva que é urgente criar condições de diferenciação positiva e de vinculação nestes territórios, a par com a revisão da legislação que permita a criação de modelos de incentivos adaptados, por exemplo à possibilidade de criação de USFs de baixa densidade populacional e também na criação de modelos de incentivos às UCC e aos especialistas de Medicina Interna. É também urgente rever a política associada ao recurso a prestadores de serviços médicos, que carece de regulação firme e supervisão não só ao nível dos preços praticados por hora e ato, evitando a cartelização e falta de transparência, mas também da revisão do modelo fiscal que lhe está associado, e acima de tudo, que é o que mais preocupa, na qualidade e segurança dos serviços e resultados dos cuidados que estão a ser obtidos com o recurso a esta tipologia de serviço, sob pena de que o protelar desta situação condene de forma definitiva o modelo de carreiras médicas, e na sua expansão a outros profissionais de saúde. Outro desafio relevante é a necessidade contínua de mudança cultural e organizacional. A integração efetiva de cuidados entre saúde e setor social exige transformação de práticas, reforço da articulação interprofissional e consolidação de uma cultura de cooperação, avaliação de resultados e responsabilidade partilhada. Este é um processo gradual, que requer liderança consistente, envolvimento dos profissionais e alinhamento permanente com os objetivos estratégicos definidos no Plano de Desenvolvimento Organizacional 2026-2028. Em síntese, os desafios que permanecem por resolver estão claramente identificados e enquadrados numa estratégia de desenvolvimento coerente, realista e orientada para o território. A ULS Alto Alentejo encontra-se hoje mais preparada para os enfrentar, com maior alinhamento interno, governação integrada, rede de parcerias consolidada e uma visão clara de futuro, sabendo que a transformação estrutural de um sistema de saúde no interior exige tempo, consistência e compromisso coletivo.

Quais são as principais prioridades estratégicas para o futuro da ULS Alto Alentejo e como gostaria de ver a ULS daqui por cinco anos?

A visão estratégica para a ULS Alto Alentejo é afirmar-se como uma referência nacional na construção colaborativa de uma comunidade saudável, demonstrando que é possível conjugar proximidade, qualidade, inovação, sustentabilidade e forte participação comunitária num contexto de interior. Esta não é apenas uma ambição institucional, mas um compromisso com as populações que servimos e com o futuro do SNS nestes territórios.

As principais prioridades para os próximos anos assentam, antes de mais, na consolidação de um Sistema Local de Saúde plenamente funcional, onde os cuidados de saúde, a área social e a comunidade estejam verdadeiramente integrados, com governação colaborativa, percursos assistenciais fluidos e respostas centradas nas necessidades reais das pessoas. Para isso, continuará a ser central o reforço das parcerias intersectoriais e a evidência do trabalho de parceria com as 15 autarquias do distrito de Portalegre ao longo dos anos reforçam a convicção de que temos de aprofundar ainda mais esta relação na coconstrução de soluções efetivas que integrem respostas de saúde, sociais e de apoio comunitário.

A valorização dos profissionais é outra prioridade absolutamente crítica. Daqui a 5 anos, queremos uma ULS com profissionais mais valorizados, mais satisfeitos e mais envolvidos, trabalhando em equipas diferenciadas, com acesso a formação contínua, desenvolvimento de competências e condições de trabalho adequadas. A atração e retenção de profissionais no interior continuará a exigir soluções inovadoras, diferenciação positiva e uma aposta clara na inovação organizacional, na qualidade dos projetos e na criação de um contexto profissional estimulante.

Em paralelo, será determinante prosseguir a modernização das infraestruturas e a transição digital e de inteligência, garantindo unidades de saúde mais qualificadas, tecnologicamente atualizadas e ambientalmente sustentáveis. Neste contexto, o Campus da Saúde de Portalegre assume-se como um projeto âncora da estratégia de desenvolvimento da ULS Alto Alentejo. Daqui a cinco anos, ambicionamos ter um Campus plenamente operacional afirmando-se como um polo estruturante de desenvolvimento regional e de atratividade institucional.

Por fim, mas não menos importante,

uma prioridade clara para o futuro é o envolvimento efetivo dos doentes, famílias e cuidadores no desenho da oferta de cuidados. Há ainda um caminho significativo a percorrer nesta dimensão, e queremos que a ULS Alto Alentejo seja reconhecida como uma organização que escuta, envolve e cocria soluções com a comunidade, reforçando a confiança, a qualidade da experiência do utente e os resultados em saúde.

Daqui a cinco anos, gostaria de ver a ULS Alto Alentejo como uma organização pioneira na implementação de um modelo de governação colaborativo com os parceiros locais, comunidade, profissionais e indústria da saúde, verdadeiramente integrada, inovadora, sustentável e reconhecida a nível nacional e internacional. Uma ULS que prova que a equidade em saúde se constrói com proximidade, parceria, visão estratégica e compromisso coletivo com as pessoas e com o território.

No contexto atual do Serviço Nacional de Saúde, qual é a sua visão sobre o papel dos administradores hospitalares? Que condições considera essenciais para reforçar a atratividade e valorização destes profissionais?

O papel do administrador hospitalar no atual contexto é central, estratégico e absolutamente crítico para a sustentabilidade, qualidade, integração e capacidade de resposta do sistema. Os principais referenciais internacionais são claros neste domínio. A WHO identifica a liderança e governação como um dos blocos estruturais mais críticos de qualquer sistema de saúde, sublinhando que destes depende a coerência estratégica, a integração entre níveis de cuidados, a articulação intersectorial e a capacidade de resposta a crises e transições estruturais. Por sua vez, a International Hospital Federation tem vindo a afirmar, de forma consistente, que hospitais e sistemas de saúde só conseguem cumprir a sua missão se forem liderados por gestores profissionalizados, dotados de competências avançadas em pensamento sistémico, gestão da complexidade, liderança de equipas multidisciplinares, inovação, sustentabilidade e transformação organizacional. O IHF Global Healthcare Leadership Competency Model (2023) constitui hoje o principal referencial internacional nesta matéria, integrando explicitamente dimensões como sustentabilidade ambiental, integração de cuidados, governação ética, gestão em rede e desenvolvimento de parcerias. No modelo das ULS a integração entre

níveis de cuidados de saúde exige lideranças técnicas neutras do ponto de vista profissional, capazes de articular múltiplas lógicas, culturas organizacionais e interesses legítimos. O administrador hospitalar assume aqui um papel insubstituível como elemento agregador com responsabilidades na tradução da estratégia em resultados em saúde, na integração efetiva dos cuidados ao longo do percurso do cidadão, na articulação entre saúde, área social, comunidade e outros setores e na criação de ambientes organizacionais saudáveis, inovadores e sustentáveis. Esta visão é coerente com o entendimento internacional de que os gestores de saúde são “boundary spanners”, isto é, profissionais especializados em trabalhar nas interfaces entre organizações, setores e disciplinas, criando valor coletivo num sistema complexo.

Outro aspeto que gostaria de destacar é o reconhecimento do administrador hospitalar como especialista técnico, com uma formação própria, distinta e exigente. Apesar deste reconhecimento internacional e da crescente complexidade das funções exercidas, em Portugal subsiste uma dissonância estrutural profunda pois a carreira de administração hospitalar não é revista de forma substantiva há mais de 45 anos, permanecendo desajustada à realidade atual do SNS, das ULS e das exigências colocadas a estes profissionais. Embora tenham existido passos recentes no sentido da revisão da carreira, incluindo “acordos negociais” em 2025, permanece imperativo acelerar e concluir este processo, garantindo-se um enquadramento claro, moderno e coerente com padrões internacionais que assegurem o reconhecimento efetivo da diferenciação técnica, de condições de estabilidade, previsibilidade e desenvolvimento profissional e de atrair e reter gestores altamente qualificados no SNS. Sem gestores de saúde profissionalizados, reconhecidos e valorizados, não haverá integração de cuidados, nem sustentabilidade do SNS, nem capacidade de resposta aos desafios futuros.

Se pudesse implementar uma mudança estrutural no SNS amanhã, qual seria?

Se pudesse implementar uma mudança estrutural no SNS amanhã, seria, sem dúvida, a consolidação efetiva de verdadeiros Sistemas Locais de Saúde, deixando de encarar este conceito apenas como um modelo organizativo formal e passando a assumi-lo como a base estrutural do funcionamento, em particular nos territórios de baixa densidade. Essa mudança implicaria, desde logo, um



alinhamento claro entre financiamento e resultados em saúde, privilegiando o valor criado para as pessoas e para a comunidade, e não apenas a produção ou a atividade isolada. Um modelo de financiamento orientado para resultados permitiria reforçar a integração de cuidados, a prevenção da doença, a gestão da cronicidade e a proximidade, criando incentivos consistentes para respostas mais eficientes, equitativas e sustentáveis. Em paralelo, será essencial avançar para uma governação verdadeiramente colaborativa, com maior capacidade de decisão ao nível local. A experiência das ULS, e em particular da ULS Alto Alentejo, demonstra que com articulação intersectorial e corresponsabilização dos diferentes atores é possível responder de forma eficaz às necessidades reais das populações. Municípios, setor social, profissionais de saúde e cidadãos têm

de passar de parceiros ocasionais a co-construtores do sistema, participando ativamente no planeamento, na implementação e na avaliação das respostas de saúde. Finalmente, esta transformação exigiria um redesenho dos incentivos organizacionais e profissionais, alinhando-os com valor em saúde, integração, trabalho em equipa e inovação organizacional. Isso implica abandonar lógicas excessivamente centralizadas e setoriais e apostar num modelo que reconheça o território como unidade funcional de planeamento e decisão, com capacidade efetiva para adaptar respostas às suas especificidades demográficas, sociais e epidemiológicas. Acredito que este é o caminho mais consistente para garantir a sustentabilidade do SNS, reduzir desigualdades e responder com qualidade aos desafios presentes e futuros. ●



Sustentabilidade nos serviços de saúde: uma revisão narrativa dos desafios, estratégias e padrões de qualidade hospitalar

Hélder Carreira¹, Rui Valente²

Este estudo analisa os principais referenciais normativos sobre sustentabilidade hospitalar, com ênfase na Secção IV do Manual da Joint Commission International (JCI). Os resultados revelam que a sustentabilidade em saúde depende de cinco eixos: governança ambiental, capacitação profissional, eficiência de recursos, cadeias de abastecimento verdes e resiliência infraestrutural.

1. INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são responsáveis por 4,4% das emissões globais de gases com efeito de estufa (Healthcare Without Harm, 2019). A OMS (2020) identifica o setor hospitalar como um agente poluidor significativo, evidenciando a contradição entre a missão terapêutica das instituições e o seu impacto ambiental. Esta problemática é particularmente crítica em contextos de crescente procura assistencial e de investimento em infraestruturas hospitalares, onde

as decisões de gestão têm implicações ambientais de longo prazo. A integração de critérios de sustentabilidade na governança hospitalar constitui um desafio de gestão estratégica que exige modelos operacionais validados e métricas de desempenho objetivas. Os padrões da JCI, introduzidos na 8.ª edição do Manual de Acreditação (2024), configuram uma resposta normativa a esta lacuna. Este estudo analisa de que modo os cinco domínios estabelecidos pela JCI contribuem para a operacionalização da sustentabilidade nos serviços hospitalares, identificando os principais desafios de implementação e propondo um quadro interpretativo para gestores e decisores políticos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A literatura contemporânea assinala a transição do hospital-máquina para o hospital-ecossistema, onde os determinantes ambientais são incorporados à prática clínica e à gestão organizacional (Rich et al., 2018; OMS, 2020). A OMS propõe um modelo baseado em pilares interdependentes: capacitação da força de trabalho;

gestão de água e resíduos; energia sustentável; infraestruturas resilientes (OMS, 2020). A JCI (2024) sistematiza a sustentabilidade em cinco domínios: Governança Ambiental (GHI.01.00); Capacitação dos Profissionais (GHI.02.00); Gestão de Recursos (GHI.03.00); Cadeias Sustentáveis (GHI.04.00); e Infraestruturas Resilientes (GHI.05.00). Estes padrões oferecem métricas e instrumentos que tornam a sustentabilidade mensurável. Rich et al. (2018) apresentam a sustentabilidade como competência estratégica do gestor hospitalar. Calabrese et al. (2023) identificam que o envolvimento dos trabalhadores está associado ao sucesso dos programas. Por sua vez, Nadeau (2024) propõe o conceito de cadeia verde hospitalar, centrada na circularidade.

3. METODOLOGIA

Este estudo baseia-se numa revisão narrativa da literatura. A seleção das fontes seguiu critérios de atualidade (2017-2024) e relevância institucional. A análise centrou-se na Secção IV do Manual da JCI (2024), que define cinco domínios estruturantes da sustentabilidade hospitalar.

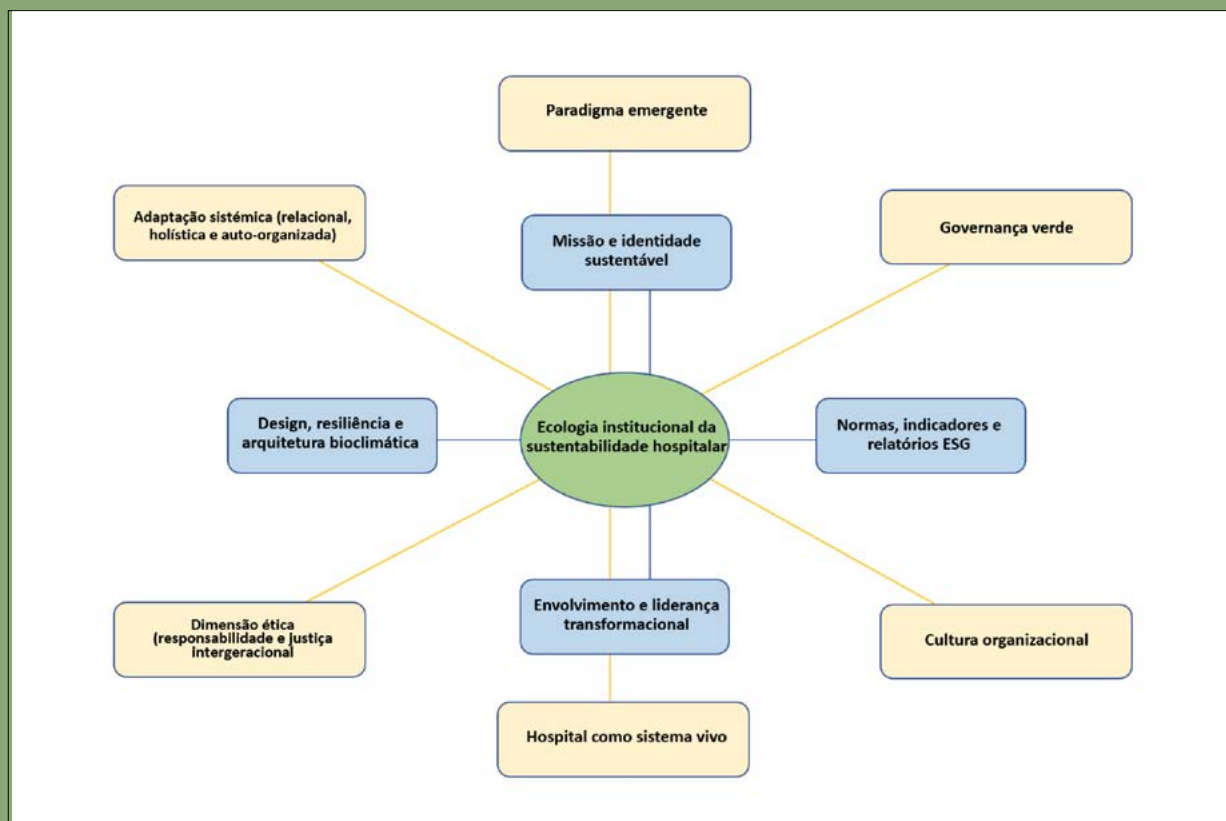


Figura 1: Framework teórica da ecologia institucional da sustentabilidade hospitalar

4. RESULTADOS

A análise da Secção IV do Manual da JCI revela uma estrutura normativa organizada em cinco domínios operacionais que estabelecem requisitos específicos para a implementação de sistemas de gestão ambiental em instituições hospitalares.

4.1. Governança ambiental (GHI.01.00)

O padrão estabelece que os objetivos ambientais devem integrar formalmente os documentos estratégicos da organização. A norma exige a criação de estruturas de governança dedicadas, com autoridade decisória e responsabilidade pela implementação da política ambiental. Os requisitos incluem o estabelecimento de metas mensuráveis com horizontes temporais definidos, a integração de critérios ambientais nos processos de tomada de decisão e a produção de relatórios periódicos de desempenho com indicadores comparáveis.

4.2. Capacitação dos profissionais (GHI.02.00)

O padrão estabelece a obrigatoriedade

de programas de formação contínua sobre impactos climáticos e práticas sustentáveis no ambiente hospitalar. Os instrumentos incluem planos formativos adaptados a diferentes categorias profissionais, incorporação de conteúdos de sustentabilidade nos currículos e programas de envolvimento através de equipas verdes e campanhas internas. A norma enfatiza sistemas de reconhecimento que valorizem contribuições para os objetivos ambientais.

4.3. Gestão eficiente dos recursos (GHI.03.00)

O domínio especifica práticas para otimizar o consumo de energia, água e materiais. As medidas incluem substituição por tecnologia LED, instalação de sensores de movimento e sistemas inteligentes de climatização, aproveitamento de água pluvial, digitalização de processos e triagem de resíduos na origem. A evidência disponível indica reduções entre 20% e 40% no consumo energético em instituições que implementam estas medidas sistematicamente.

4.4. Aquisição sustentável (GHI.04.00)

O padrão redefine os processos de aquisição através da incorporação de critérios de Environmental, Social and Governance (ESG). As ações incluem requisitos ambientais nas especificações técnicas, priorização de fornecedores com certificação ISO 14001, preferência por produtos locais e implementação de sistemas Enterprise Resource Planning (ERP) com capacidades de análise de impacto ambiental e otimização de stocks.

4.5. Infraestruturas resilientes (GHI.05.00)

O domínio estabelece requisitos para infraestruturas capazes de resistir a eventos climáticos extremos. Os componentes incluem arquitetura bioclimática com ventilação natural, sistemas de armazenamento de energia e redundância elétrica, planos de continuidade operacional, monitorização preditiva e sensores de Internet of Things (IoT). A norma enfatiza a autonomia energética e capacidade de operação em condições adversas. ▶

Dimensão	Descrição	Exemplos
Ética ecológica	Responsabilidade ambiental como valor institucional	Missão hospitalar, estatutos com metas verdes
Eficiência energética	Redução do consumo de combustíveis fósseis	Energia solar, LEDs, sensores
Envolvimento humano	Participação dos profissionais	Formação, campanhas, green teams
Logística regenerativa	Reconfiguração da cadeia com critérios ESG	Compras verdes, ERP inteligente
Resiliência adaptativa	Capacidade de responder a eventos extremos	Infraestrutura bioclimática, redundância

Tabela 1: Ecologia integrada do cuidado

5. DISCUSSÃO

A análise dos padrões da JCI evidencia que a sustentabilidade hospitalar configura-se como uma dimensão estrutural da gestão organizacional. Os cinco domínios analisados constituem componentes interdependentes que exigem coordenação estratégica e alinhamento operacional. A incorporação dos objetivos ambientais nos documentos estratégicos representa uma mudança na governança institucional. Quando a sustentabilidade integra a missão organizacional, altera-se o sistema de prioridades e a estrutura de tomada de decisão. Este redirecionamento estratégico exige a criação de estruturas de governança dedicadas, a definição de indicadores de desempenho e a implementação de mecanismos de monitorização e reporte. Os resultados confirmam que a implementação de práticas sustentáveis não é viável sem o envolvimento ativo dos profissionais (Rich et al., 2018; Calabrese et al., 2023). A cultura organizacional sustentável desenvolve-se através de programas formativos continuados, sistemas de reconhecimento e mecanismos de participação. A capacitação profissional opera em três dimensões: cognitiva, através da atualização de conhecimentos sobre impactos ambientais; comportamental, através da adoção de práticas operacionais sustentáveis; e motivacional, através do reforço do compromisso institucional.

A gestão de recursos demonstra que a eficiência ambiental e a qualidade assistencial não são objetivos concorrentes. As instituições que implementam medidas de eficiência energética e hídrica reportam melhorias na segurança do utente e no ambiente hospitalar. A racionalização de recursos não constitui um custo adicional, mas um investimento que gera retornos múltiplos: redução de custos operacionais, melhoria da reputação institucional e aumento da satisfação profissional.

O impacto ambiental da cadeia de abastecimento hospitalar é frequentemente subestimado nos sistemas de gestão. A JCI, ao normatizar critérios ESG para aquisições, transforma o hospital num agente de pressão sobre os mercados. A implementação de critérios ambientais nas compras e a preferência por fornecedores certificados reconfiguram as relações entre instituições de saúde e mercados. A limitação identificada relaciona-se com a escassez de fornecedores com certificações ambientais em determinadas regiões, exigindo políticas públicas de apoio à transição. A implementação plena do modelo da JCI enfrenta limitações estruturais: financeiras, exigindo investimentos iniciais significativos; culturais, com resistências organizacionais à mudança; técnicas, pela escassez de soluções tecnológicas disponíveis; políticas, pela ausência de incentivos governamentais. Estes obstáculos exigem abordagens integradas que articulem reformas institucionais com políticas públicas e desenvolvimento tecnológico. Tendo com base os resultados explanados, a **Tabela 1** ilustra a ecologia integrada do cuidado assente em cinco dimensões.

A **Figura 1** representa uma framework teórica da ecologia institucional da sustentabilidade hospitalar, estruturada em torno de um núcleo central interligado com dois níveis concêntricos de análise.

6. CONCLUSÃO

A sustentabilidade hospitalar constitui uma dimensão estratégica da gestão contemporânea, exigindo modelos operacionais validados e sistemas de governança dedicados. Os padrões da JCI oferecem uma estrutura normativa robusta para a incorporação de práticas sustentáveis na gestão hospitalar, organizando a intervenção em cinco domínios interdependentes que articulam governança, capacitação, eficiência operacional, gestão da

cadeia de abastecimento e resiliência infraestrutural.

Este estudo sistematizou os principais eixos estruturantes da sustentabilidade hospitalar e identificou os desafios de implementação em diferentes contextos organizacionais. A principal contribuição reside na proposta de uma framework teórica que articula sustentabilidade ambiental com desempenho assistencial, demonstrando que a eficiência de recursos e a qualidade clínica constituem objetivos convergentes. Recomenda-se que investigações futuras explorem a implementação dos padrões da JCI através de estudos de caso longitudinais, analisem os determinantes de sucesso em diferentes contextos geográficos e desenvolvam instrumentos de avaliação do retorno de investimento em práticas sustentáveis. ●

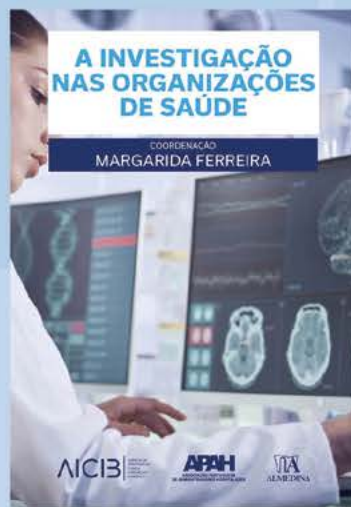
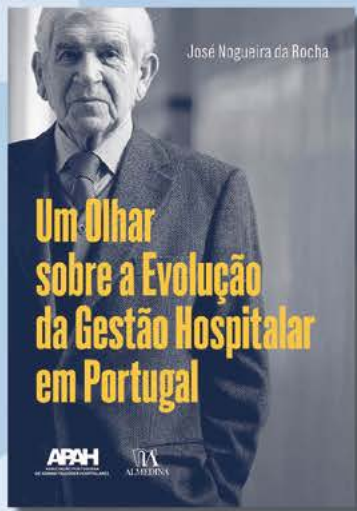
REFERÊNCIAS

- Calabrese, M., Suparaku, S., Santovito, S., & Hysa, X. (2023). Preventing and developmental factors of sustainability in healthcare organisations from the perspective of decision makers: An exploratory factor analysis. *BMC Health Services Research*, 23(797). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09689-w>
- Healthcare Without Harm. (2019). Health care's climate footprint. ARUP.
- Joint Commission International. (2024). Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais (8.ª ed.). Joint Commission Resources.
- Nadeau, K. L. (2024). Green healthcare supply chains: Strategies to reduce environmental impact. GHX.
- Rich, C., Singleton, J. K., & Wadhwa, S. S. (2018). Sustainability for healthcare management: A leadership imperative (2.ª ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315276878>.
- WHO. (2020). WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. World Health Organization.

1. Enfermeiro Gestor na Unidade Local de Saúde da Região de Leiria; Doutorando em gestão pela Universidade da Beira Interior; Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária; Pós-Graduado em Gestão e Administração em Saúde

2. Sociólogo, Técnico Superior da Unidade de Gestão do Departamento de Cuidados de Saúde Primários da ULS RL; Mestre em Sociologia - Área de Especialização em Saúde pela Universidade do Minho, Braga; Licenciado em Sociologia das Organizações pela Universidade do Minho, Braga

GESTÃO EM SAÚDE



Índex Nacional do Acesso ao Medicamento Hospitalar 2025



Sofia Oliveira-Martins^{1,3}, Ana Margarida Advinha^{2,3}

INTRODUÇÃO

O Índex Nacional de Acesso ao Medicamento Hospitalar desenvolvido desde há cinco anos, contou em 2025 com a 3ª Edição do estudo principal. Este estudo avalia bianualmente o acesso ao medicamento hospitalar, utilizando um indicador multidimensional criado em 2021¹.

A nível europeu, o momento é crucial, assumem-se dificuldades e disparidades no acesso ao medicamento entre os vários Estados-Membros² (Figura 1); a Comissão Europeia anunciou um acordo³ para a revisão da legislação farmacêutica com o objetivo de flexibilizar o acesso aos medicamentos de forma segura; e estão a ter início as primeiras avaliações clínicas conjuntas, ao abrigo do novo regulamento europeu de Avaliação de Tecnologias de Saúde, também com o objetivo de uniformizar procedimentos e melhorar os tempos de acesso aos medicamentos inovadores⁴.

Desta forma, o estudo principal do Índex Nacional de Acesso ao Medicamento Hospitalar mantém atualidade e relevância, permitindo a comparação com as edições anteriores, e a monitorização contínua dos resultados.

Em 2025, o estudo teve quatro objetivos principais:

1. Determinar o nível de acesso ao medicamento hospitalar e analisar os modelos de gestão, mecanismos de criação de evidência e de medição de resultados associados;
2. Identificar as barreiras e/ou problemas associados à equidade de acesso, gestão e dispensa do medicamento nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
3. Promover o benchmarking e o desenvolvimento de ações concertadas de melhoria contínua;
4. Monitorizar o Índex Nacional do Acesso ao Medicamento, a nível nacional, comparando com as duas edições anteriores (2021 e 2023).

METODOLOGIA

Estudo observacional e transversal, com análise de dados do ano de 2024.

O método original do Índex Nacional do Acesso ao Medicamento Hospitalar 2021 foi replicado, de forma a monitorizar o indicador desenvolvido¹.

Os dados foram recolhidos através de questionário online, validado pela Ordem dos Farmacêuticos (OF), pela Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (APFH) e pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), a qual colaborou também na sua divulgação.

O questionário abordou sete tópicos principais¹: **1.** Caracterização da instituição de saúde; **2.** Acesso a medicamentos (pré-autorização de introdução no mercado (AIM), pós-AIM sem financiamento e pós-financiamento); **3.** Monitorização e geração de evidência da utilização; **4.** Acesso ao medicamento baseado no valor; **5.** Dispensa de proximidade/ consulta farmacêutica; **6.** Barreiras ao acesso; **7.** Índex Global de Acesso à Inovação.

O questionário foi enviado a todas as instituições hospitalares do SNS, em Portugal continental (resposta 15/7 a 15/9 de 2025), sendo a participação voluntária. Aquando da análise dos dados, foi utilizada a classificação das instituições de acordo com o Benchmarking dos hospitais da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.(ACSS)⁵.

RESULTADOS

Obteve-se uma taxa de resposta de 72,1%, aproximada à da anterior edição (75%).

Em termos geográficos, a distribuição foi a seguinte: região de Lisboa e Vale do Tejo (36%), Norte (32%), Centro (19%) e Alentejo (13%), sendo de notar que a região de influência do Algarve não esteve representada neste estudo.

De acordo com a classificação das instituições hospitalares, a maioria das instituições pertenciam ao grupo C (39%), sendo que deste grupo responderam 71% de instituições, 22% ao grupo B (78% do grupo), 16% ao grupo E (83% do grupo), 13% ao grupo D (50% do grupo) e 10% do grupo F (100% do grupo).

Acesso ao medicamento em fase anterior à decisão de financiamento

A maioria das instituições respondentes (81%) utilizaram, em 2024, medicamentos numa fase anterior à decisão de financiamento (pré-AIM/AIM sem financiamento). Em 2022/2020, estes valores eram superiores (respetivamente 92% e 87%).

Acesso ao medicamento na fase pré-AIM

Verificou-se que 60% das instituições utilizaram medicamentos que ainda não dispunham de AIM, via pedido de Autorização de Utilização Excepcional (AUE) (55%-2022; 54%-2020). Em 80% dos

casos (61%-2022; 79%-2020), a utilização estava dependente da existência de um Programa de Acesso Precoce.

O tempo médio que decorreu entre o momento do pedido pelo médico até à comunicação do INFARMED, I.P. foi de 15 dias (17 dias-2022 e 15 dias-2020), e de 14 dias entre a aprovação do INFARMED, I.P. e a compra do medicamento (14 dias em 2022 e 13 dias em 2020).

Acesso ao medicamento na fase pós-AIM, mas ainda sem decisão de financiamento

Em 77% das instituições (76%-2022; 85%-2020) ocorreu a utilização de novos medicamentos que aguardam decisão de financiamento. No entanto, em 67% das instituições (40%-2022), a submissão inicial de um pedido esteve dependente da existência de um Programa de Acesso pós-AIM.

O tempo médio que decorreu entre o momento do pedido pelo médico até à comunicação do INFARMED, I.P. foi de 14 dias e de 15 dias entre a aprovação do INFARMED, I.P. e a compra do medicamento (tempos muito semelhantes aos verificados em 2022 e 2020).

Acesso ao medicamento após decisão de financiamento pelo SNS

Em 81% dos hospitais (94%-2022; 96%-2020) é requerido algum tipo de procedimento prévio à introdução de um novo medicamento, após decisão de financiamento. Estes procedimentos consistem sempre na emissão de um parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Para 80% das instituições (77%-2022; 80%-2020), a inclusão no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) é condição necessária para que o novo medicamento passe a ser utilizado na instituição. O impacto financeiro de um novo medicamento é avaliado em 100% das instituições, enquanto o impacto terapêutico é avaliado em 83%, sendo que nestas é revisto o algoritmo de decisão terapêutica para a doença a tratar, incluindo o novo medicamento.

Monitorização e geração de evidência da utilização

Relativamente aos mecanismos de monitorização e geração de evidência, 77% (67% em 2022) das instituições ainda não possui mecanismos de monitorização sistemática dos resultados das novas terapêuticas. Quando realizadas, as monitorizações continuam a incidir sobretudo na efetividade e segurança dos medicamentos (86% das instituições). Em alguns casos, esta monitorização já resultou em alguma publicação científica (67%).

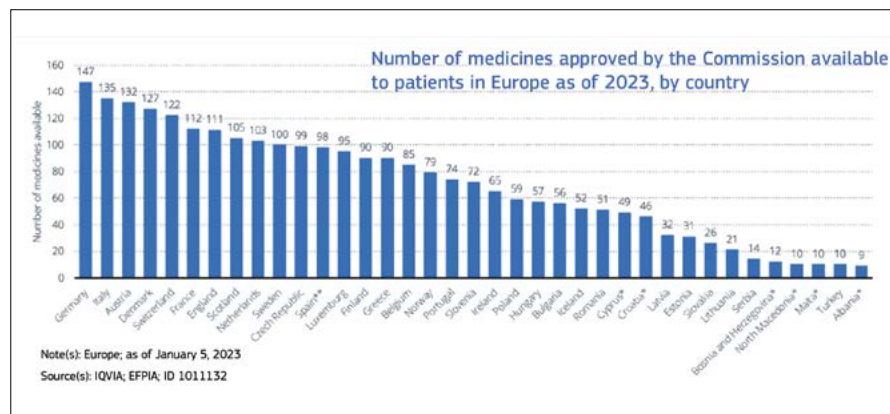


Figura 1: Número de medicamentos aprovados pela Comissão Europeia disponíveis na Europa em 2023, por país²

Desta monitorização também são comunicados dados ao INFARMED, I.P., quando solicitados, sendo sobretudo referentes a dados de consumo (90,3%), número de doentes tratados (67,7%) e utilização on/off-label (41,9%).

No caso de medicamentos em que o financiamento se baseia em mecanismos de partilha de risco e monitorização de resultados associados a essa partilha, 16% (28%-2022; 27%-2020) das instituições ainda não monitoriza esses resultados. Apenas 23% (11%-2022; 30%-2020) das instituições efetua gestão de dados relativos à utilização em contexto de vida real, mas quando existe, são recolhidos dados de efetividade e segurança clínicas (71%) e de qualidade de vida auto reportados pelos doentes (57%).

Dispensa de proximidade

A maioria das instituições possui um programa de dispensa de medicamentos em proximidade (58%), tendo-se verificado decréscimo em relação aos anos anteriores (67%-2022; 87%-2020), eventualmente relacionada com a publicação da nova legislação em dezembro 2023, que poderá ter levado a encerrar alguns projetos piloto existentes. Os principais locais de dispensa do medicamento ao doente são os hospitais SNS de Proximidade (34,3%) e a Farmácia Comunitária (31,4%). A percentagem aproximada de doentes que recebeu a medicação através de dispensa em proximidade, do total de doentes que recebe medicação de ambulatório do hospital, no ano de 2024, assumiu um valor médio de apenas 8%.

As terapêuticas mais frequentemente abrangidas pela dispensa de proximidade foram as da artrite reumatoide, esclerose múltipla, insuficiência renal crónica, doença de Crohn e colite ulcerosa, antineoplásicos e citotóxicos orais. Relativamente aos aspetos que poderiam facilitar o processo de dispensa em

proximidade, os três mais referidos foram: simplificação dos aspetos logísticos, criação de um sistema informático que permita comunicação entre as várias entidades e criação de meios de comunicação facilitadores do contacto do profissional com o doente.

Consulta farmacêutica

Das instituições respondentes, 61% (39%-2022) têm implementada consulta farmacêutica, com uma média de doentes seguidos de 265 por instituição [10-1336]. Os critérios para inclusão dos doentes nesta consulta são diversos – doença, início/alteração de tratamento, grupo etário (geriatria) ou o facto do médico efetuar o reencaminhamento do doente para consulta.

Barreiras ao acesso a medicamentos

Quando questionados sobre o processo de aquisição dos medicamentos, 71% dos inquiridos consideraram que este processo não é desencadeado atempadamente (53%-2022; 57%-2020). As três principais barreiras identificadas no processo de aquisição continuam a ser as mesmas desde 2020: carga administrativa (42%), ineficiência dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) (25%) e falta de autorizações financeiras (14%). No entanto, apenas 8% consideraram que o fator preço/modelo de financiamento foi barreira para o acesso a algum medicamento.

Quando questionadas sobre a existência de medidas de controlo de despesa implementadas, 90% das instituições responderam positivamente, sendo as duas mais referidas a existência de uma política específica para gestão de biossimilares (79%) e a substituição automática por denominação comum internacional (DCI) na farmácia (79%). Relativamente às ruturas, 100% dos respondentes consideraram que foram um problema grave na sua instituição ▶

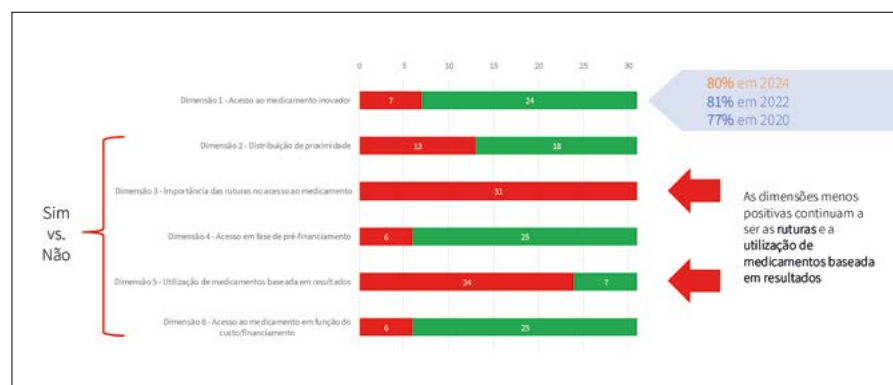


Figura 2: Número de hospitais em relação ao valor médio (54%) para cada dimensão

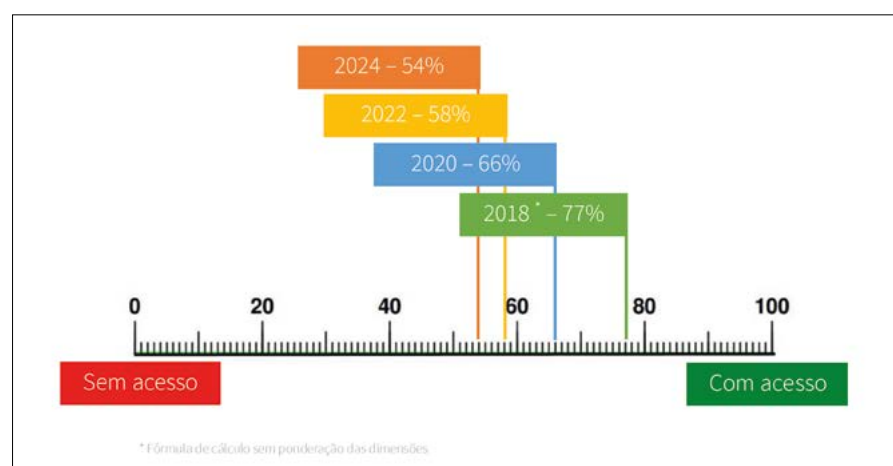


Figura 3: Evolução do valor do Index Global do Acesso ao Medicamento Hospitalar

(94%-2022; 77%-2020), sendo que 61% reportaram a existência de ruturas consideradas graves, 19% de ruturas com impacto clínico considerado grave e 23% de pelo menos um doente prejudicado em termos clínicos devido a ruturas de um medicamento.

Índice Global de Acesso à Inovação

A Figura 2 apresenta os valores obtidos para cada uma das seis dimensões. Na dimensão 1, de avaliação subjetiva do acesso ao medicamento inovador, foi solicitado aos inquiridos que classificassem numa escala de 0 a 100, o acesso a novos medicamentos na instituição (0 sem acesso a novas terapêuticas; 100 com acesso a todas as novas terapêuticas) – a média foi de 80%. O valor médio do Índice, integrando as seis dimensões, foi em 2024 de 54% (58%-2022; 66%-2020), sendo que as dimensões menos positivas continuam a ser as ruturas e a utilização de medicamentos baseada em resultados. Os valores médios do Índice Global foram de 45,4% para os hospitais do grupo B, 47,8% para os do grupo C, 63,3% para os do grupo D, 65,8% para os do grupo E, e de 66,7% para o grupo F, indicando variações nos níveis de acesso em função

do tipo de instituição hospitalar.

A Figura 3 mostra a evolução dos valores assumidos pelo Índice Global desde 2018, verificando-se uma diminuição desde a sua criação.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

A maioria das instituições hospitalares utiliza medicamentos antes da decisão de financiamento, garantindo assim na globalidade, o acesso à inovação terapêutica.

Após a decisão de financiamento, o acesso ao medicamento ocorre essencialmente após a sua inclusão no FNM.

A monitorização sistemática dos resultados das novas terapêuticas apenas é realizada em 23% dos casos.

No caso de medicamentos em que o financiamento se baseia em mecanismos de partilha de risco, 84% já monitoriza os resultados.

A maioria das instituições (58%) possui programas de dispensa em proximidade ficando, no entanto, este resultado aquém do expectável.

O número de instituições com consulta farmacêutica aumentou substancialmente. A carga administrativa continua a ser identificada como sendo a grande

barreira no processo de aquisição dos medicamentos.

Em 100% das respostas, as ruturas ainda são identificadas como um problema grave, com impacto considerado grave em 61% das instituições.

O Índice Global de Acesso ao Medicamento relativo a 2024 é de 54%, tendo vindo progressivamente a baixar.

Deixam-se assim quatro recomendações relativas à necessidade de:

1. Criação de mecanismos de avaliação dos resultados da utilização dos medicamentos e de geração de evidência em contexto de vida real;
2. Alteração dos procedimentos com vista à redução da carga administrativa;
3. Criação de mecanismos de mitigação do impacto das ruturas;
4. Alargamento da distribuição em proximidade a todos os hospitais do SNS. ●

REFERÊNCIAS

1. Oliveira-Martins S, Advinha AM. Índice Nacional do Acesso ao Medicamento Hospitalar – 2021. Gestão Hospitalar. 2021;27:62.
2. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. Market Launch of Medicinal Products – Factsheet [Internet]. Fevereiro 2024. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/document/download/5d6fb6a0-357f-47c9-8e11-844d17468bc8_en?filename=factsheet_market-launch_en.pdf
3. European Commission. Press Release: [Título não especificado]. 11 Dezembro 2025. Disponível em: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_25_3015
4. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. Health Technology Assessment (HTA) / Joint Clinical Assessment (JCA) – Factsheet [Internet]. Janeiro 2025. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/document/download/ced91156-ffe1-472d-85eb-aa6a91dd707e_en?filename=hta_htar_factsheet-jca_en.pdf
5. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Benchmarking ACSS – Grupo Instituições. Disponível em: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/Grupoinstituicoes

1. Professora Associada, Departamento de Farmácia, Farmacologia e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.
2. Professora Associada, Departamento de Ciências Médicas e da Saúde, Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade de Évora.
3. Membro Doutorado Integrado do Comprehensive Health Research Centre (CHRC).

2025

ÍNDEx NACIONAL DO ACESSO AO MEDICAMENTO HOSPITALAR

ESTUDO PROMOVIDO

DESENVOLVIDO POR

COM O APOIO

APAH



APFH
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FARMACÊUTICOS HOSPITALARES

SOBRE O ÍNDEx

OBJETIVOS DO ESTUDO

- 1 Determinar o nível de acesso ao medicamento hospitalar e analisar os modelos de gestão, mecanismos de criação de evidência e de medição de resultados que lhe estão associados
- 2 Identificar as barreiras e/ou problemas existentes associados à equidade de acesso, gestão e dispensa do medicamento nas instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS)
- 3 Promover o benchmarking e o desenvolvimento de ações conjuntas e concertadas de melhoria contínua
- 4 Monitorizar o Índice Nacional do Acesso ao Medicamento, a nível nacional – 3ª edição

Período de análise
2024

Período de resposta
**15 julho e
15 setembro 2025**

Universo
**Instituições
hospitalares do SNS**

Taxa de resposta
72,1%

METODOLOGIA

ESTUDO OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL

Baseado no método original do Índice Nacional do Acesso ao Medicamento Hospitalar 2021. Classificação das instituições hospitalares do SNS de acordo com o Benchmarking dos hospitais da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS)

DIMENSÃO 1

Acesso ao medicamento inovador

6,42

DIMENSÃO 2

Distribuição de proximidade

7,14

DIMENSÃO 3

Importância das ruturas no acesso ao medicamento

6,00

DIMENSÃO 6

Acesso ao medicamento em função do custo/financiamento

6,57

DIMENSÃO 5

Utilização de medicamentos baseada em resultados

6,28

DIMENSÃO 4

Acesso em fase de pré-financiamento

5,71

ACESSO A MEDICAMENTOS

81% das instituições utilizam novos medicamentos antes da decisão de financiamento (com ou sem AIM - via AUE)

92% em 2022

80% consideram que a utilização está sempre dependente da existência de um Programa de Acesso

61% em 2022

SEM AIM APROVADA (PRÉ-AIM)

60% utilizam novos medicamentos

55% em 2022

TEMPOS MÉDIOS

15 dias entre o pedido do médico e a decisão final do INFARMED

17 dias em 2022

14 dias entre a autorização do INFARMED e a aquisição do medicamento

14 dias em 2022

COM AIM APROVADA (SEM FINANCIAMENTO)

77% utilizam novos medicamentos

76% em 2022

67% consideram que a utilização está dependente de um Programa de Acesso pós-AIM

40% em 2022

TEMPOS MÉDIOS

14 dias entre o pedido do médico e a decisão final do INFARMED

16 dias em 2022

15 dias entre a autorização do INFARMED e a aquisição do medicamento

14 dias em 2022

APÓS DECISÃO DE FINANCIAMENTO

81% das instituições utilizam um procedimento prévio à introdução de um novo medicamento

94% em 2022

Em **80%** das instituições o acesso ao medicamento ocorre apenas após a sua inclusão no FNM

77% em 2022

83% das instituições avaliam o impacto terapêutico do novo medicamento

87% em 2022

100% avaliam o impacto financeiro do novo medicamento

94% em 2022

92% reportam a existência de procedimento de acordo com as informações do FNM

87% em 2022

83% afirmam que o algoritmo de decisão terapêutica para a doença a tratar é revisto, incluindo o novo medicamento

MONITORIZAÇÃO E GERAÇÃO DE EVIDÊNCIA DA UTILIZAÇÃO

APÓS A INTRODUÇÃO DE UMA NOVA TERAPÊUTICA

77% das instituições não monitoriza, para efeitos internos, os resultados das novas terapêuticas

67% em 2022

84% das instituições afirmam que monitorizam os resultados no caso de medicamentos em que o financiamento se baseia em mecanismos de partilha de risco e monitorização de resultados associados a essa partilha

73% em 2022

71% das instituições não possuem um mecanismo de reavaliação dos resultados de novas terapêuticas

61% em 2022

UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS BASEADA EM RESULTADOS

23% das instituições efetuam uma **gestão de dados** relativos à utilização dos medicamentos em contexto de vida real (dados de efetividade e segurança clínica)

11% em 2022

84% das instituições não possuem um sistema integrado de gestão de dados clínicos/financeiros/administrativos que pode ou poderia permitir fazer uma análise de custo-efetividade das intervenções em saúde

81% em 2022

57% das instituições realizam comparações efetivas entre terapias

DISPENSA EM PROXIMIDADE E CONSULTA FARMACÊUTICA

58% das instituições possuem um **programa de dispensa** de medicamentos em proximidade

67% em 2022

Em **83%** das situações a decisão acerca da elegibilidade dos doentes para este tipo de programas é partilhada entre os próprios doentes e os profissionais de saúde

61% das instituições têm implementada a **consulta farmacêutica**

39% em 2022

BARREIRAS AO ACESSO A MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE SAÚDE

BARREIRAS NO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

19% consideram que o fator **preço/modelo de financiamento** foi barreira para o acesso a algum medicamento

8% em 2022

42% consideram a **carga administrativa** a barreira mais relevante

90% das instituições têm implementadas **medidas de controlo** de despesa com medicamentos

RUTURAS DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NOS HOSPITAIS

100% consideram que as ruturas são um **problema grave**

94% em 2022

58% consideram que **afeta todos os medicamentos**

47,2% em 2022

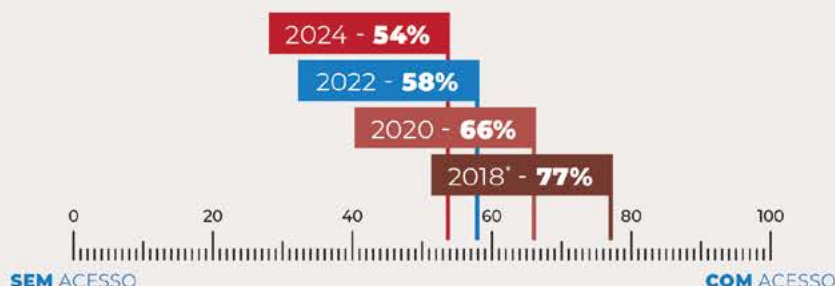
42% consideram que **afeta essencialmente medicamentos com genéricos ou biossimilares**

47,2% em 2022

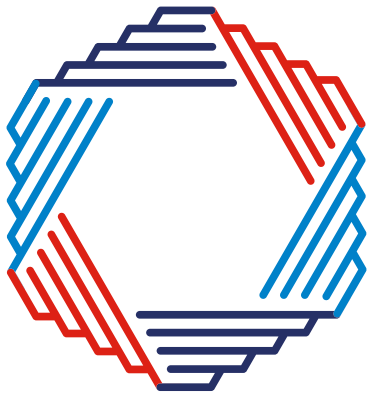
61% afirmam que existiram ruturas com impacto considerado grave

O **ÍNDICE GLOBAL DE ACESSO AO MEDICAMENTO** relativo a 2024 é de **54%** (58% em 2022; 66% em 2020), tendo vindo a baixar desde 2020. As dimensões a melhorar continuam a ser as ruturas e a utilização de medicamentos baseada em resultados

ÍNDICE GLOBAL DE ACESSO À INOVAÇÃO



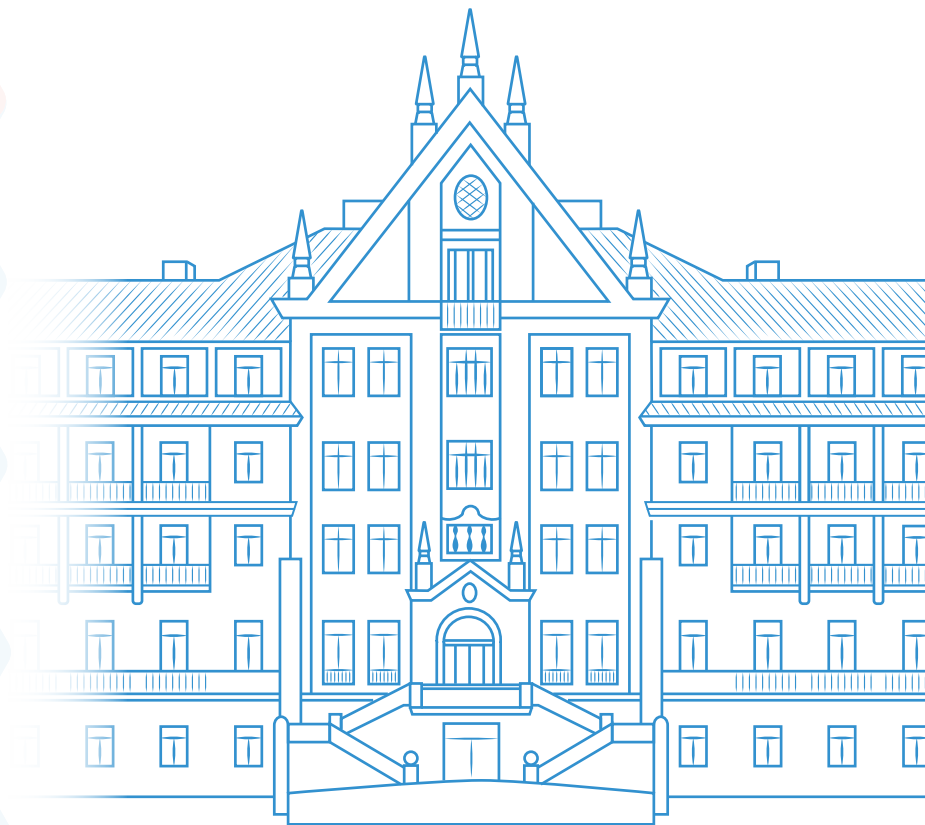
*Fórmula de Cálculo sem ponderação das dimensões



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

admédic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): uma visão integrada para a gestão dos cuidados cirúrgicos

Adélia Queiros¹, David Mateus², Sílvia Lopes³

RELEVÂNCIA E EVOLUÇÃO DO PROGRAMA ERAS®

O Programa Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) consiste numa abordagem estruturada aos cuidados perioperatórios, desenvolvida com o objetivo de melhorar a recuperação dos utentes submetidos a procedimentos cirúrgicos, através da aplicação de intervenções baseadas na evidência científica. Inicialmente implementado na cirurgia colorretal, o programa foi progressivamente alargado a outras especialidades, incluindo a ortopedia, urologia, ginecologia e cirurgia cardíaca¹. O seu princípio fundamental consiste na otimização dos cuidados ao utente nas fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória, com vista à redução do stress provocado pelo procedimento cirúrgico, à minimização da resposta inflamatória e imunológica e à prevenção de complicações pós-operatórias, promovendo uma recuperação mais rápida e segura¹.

O programa integra um conjunto de estratégias baseadas em evidência científica, tais como educação pré-operatória, a utilização de técnicas minimamente invasivas, analgesia multimodal, mobilização precoce e planeamento da alta. Estes elementos assentam numa equipa multidisciplinar que acompanha o doente ao longo de todo o percurso cirúrgico, reforçando a sua centralidade no processo de cuidados².

A ideia remonta aos anos 90 do século XX, quando Henrik Kehlet partilhou evidência de alta clínica após procedimentos cirúrgicos, nomeadamente após sigmoidectomia laparoscópica, com tempos de internamento significativamente inferiores às práticas da época. Inspirados por esta visão, Ken Fearon e Olle Lyungqvist fundaram, em 2010, a ERAS® Society, com ambição de “disseminate evidence based principles for perioperative care and to support

the development of new knowledge in perioperative medicine and surgical pathophysiology”³.

A implementação do ERAS® representa uma transformação na organização dos cuidados perioperatórios, ao integrar ciência, gestão e cultura organizacional. O programa é sustentado pelo Interactive Audit System (EIAS) que permite a recolha e análise contínua de dados ao longo das diferentes fases do percurso cirúrgico, apoiando processos de melhoria contínua e avaliação da conformidade com os protocolos estabelecidos. O envolvimento ativo e informado do utente constitui um elemento central do ERAS®, sendo a literacia em saúde e o apoio familiar reconhecidos como fatores relevantes para a recuperação pós-operatória. Atendendo à crescente relevância do programa a nível internacional, tornou-se pertinente analisar de que forma o ERAS® tem sido implementado no contexto português, considerando as especificidades organizacionais e a perspetiva dos profissionais de saúde envolvidos.

ABORDAGEM METODOLÓGICA DO ESTUDO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA ERAS®

Este estudo teve como objetivo identificar e compreender os elementos essenciais para a implementação com sucesso do programa ERAS® no contexto hospitalar português, a partir da perspetiva dos profissionais de saúde diretamente envolvidos nesse processo.

Foi adotada uma abordagem observacional e qualitativa, adequada à análise de fenómenos complexos em contexto real, permitindo explorar experiências e perceções relacionadas com a implementação do programa ERAS®⁴.

A recolha de dados realizou-se através de entrevistas individuais conduzidas a partir de um guião previamente definido. As entrevistas decorreram em duas instituições de saúde com experiência na adoção do programa: o Hospital Beatriz Ângelo, integrado na ULS Loures-Odivelas E.P.E., primeiro centro de excelência, até 2022; e, o Hospital da Luz,

atual centro de excelência. Participaram no estudo seis profissionais de saúde com envolvimento direto na implementação e operacionalização do programa ERAS®. O guião da entrevista foi elaborado com base numa revisão da literatura sobre o programa ERAS®, validado e testado com um profissional de saúde, com experiência em coordenação de um programa ERAS®, permitindo ajustar a clareza e a pertinência das questões. As entrevistas foram realizadas entre abril e junho de 2024 com a duração média de 43 minutos e foram integralmente gravadas e transcritas. A análise dos dados foi conduzida com recurso à metodologia de análise de conteúdo, conforme proposta de Bardin⁵. Este processo permitiu a organização sistemática da informação e identificação de categorias analíticas relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo.

DA TEORIA À PRÁTICA: EXPERIÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DO ERAS®

Participaram no estudo profissionais de saúde com experiência profissional em programas ERAS® que varia entre dois a nove anos. Esta diversidade permitiu recolher várias perspetivas sobre o processo de implementação do ERAS® nas instituições analisadas.

De acordo com os participantes, a implementação do ERAS® não se limita à aplicação de protocolos clínicos, implica alterações na organização dos cuidados perioperatórios e na forma de atuação das equipas. Foi destacado que o programa promove “uma mudança de mentalidade das pessoas, em que deixamos de ter o foco no médico (...)

e passamos a ter um doente no centro da tomada de decisão” (E5).

Relativamente à organização das equipas ERAS®, os participantes indicaram que é adaptada à realidade de cada instituição, apesar da existência de orientações gerais definidas pela ERAS® Society. Uma equipa ERAS® inclui um cirurgião, um anestesista e um enfermeiro. A participação de um gestor/administrador hospitalar funciona como “um desbloqueador” (E6) que

facilita a superação de constrangimentos organizacionais.

No que respeita aos fatores facilitadores da implementação do ERAS®, os entrevistados referiram a importância da formação das equipas e da monitorização do cumprimento dos protocolos.

A utilização da plataforma EIAS foi identificada como uma ferramenta de apoio à monitorização da compliance de forma a promover a melhoria contínua e o benchmarking entre instituições.

As principais barreiras identificadas foram a resistência à mudança de mentalidade por parte dos profissionais de saúde, a persistência de práticas tradicionais e a dificuldade na uniformização de procedimentos. Foram ainda referidas limitações associadas à rotatividade das equipas e à demora nas autorizações institucionais para a adoção de determinadas medidas.

Em contrapartida, a motivação dos profissionais, liderança inspiradora e feedback constante às equipas surgem como facilitadores decisivos para o sucesso do programa.

Alguns participantes referiram como efeitos positivos os ganhos clínicos, nomeadamente a redução do tempo de internamento, a diminuição de complicações pós-operatórias e a diminuição das readmissões. Referem, também, que a redução do tempo de internamento associado ao ERAS® poderá contribuir para uma melhor utilização dos recursos hospitalares, com potenciais implicações na eficiência do Serviço Nacional de Saúde. Para os utentes, o impacto ainda é mais visível, com o seu envolvimento ativo no processo de cuidados, tornando-se verdadeiramente um parceiro nos cuidados.

IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO HOSPITALAR

Os resultados do estudo permitem enquadrar uma reflexão sobre as implicações do programa ERAS® para a organização dos cuidados e para a gestão hospitalar.

Os dados evidenciam que a implementação do Programa ERAS® ultrapassa a dimensão estritamente clínica, configurando-se como um processo de mudança organizacional com implicações diretas ao nível da gestão hospitalar. A necessidade de articulação entre equipas, de alinhamento com diretrizes internacionais e a monitorização constante da adesão aos protocolos implica uma reorganização de processos assistenciais.

Neste contexto, a gestão hospitalar assume um papel estratégico na



adaptação do programa ERAS® às especificidades institucionais, assegurando condições estruturais, tecnológicas e organizacionais que viabilizem a sua operacionalização. Tal inclui a afetação de recursos e o investimento em sistemas de informação para a auditoria contínua.

A resistência à mudança evidenciada no estudo sublinha a importância de estratégias formais de gestão de mudança, sustentadas por uma liderança mobilizadora, por uma comunicação clara e eficaz e uma cultura de feedback bem como o investimento contínuo em formação. Assim, a implementação do ERAS® não deve ser entendida apenas como adoção de um protocolo clínico, mas como um instrumento de modernização organizacional e de reforço da cultura de melhoria contínua. Este estudo permitiu aprofundar a compreensão do processo de implementação do programa ERAS® em contexto hospitalar, a partir da perspetiva dos profissionais de saúde diretamente envolvidos. Os resultados evidenciam que a adoção do ERAS® é condicionada por fatores organizacionais e relacionais que condicionam a sua implementação. Ao destacar as experiências, perceções e desafios identificados pelos participantes, o estudo contribui para uma leitura mais contextualizada da implementação do programa ERAS®, sublinhando a importância do alinhamento entre práticas clínicas, organização dos cuidados e suporte institucional para a sua consolidação. ●

Este estudo permitiu aprofundar a compreensão do processo de implementação do programa ERAS® em contexto hospitalar

REFERÊNCIAS

1. WAINWRIGHT, Thomas W. et al. - Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta Orthopaedica*. ISSN 17453682. 91:1 (2020). doi: 10.1080/17453674.2019.1683790. 53
2. LIU, Song-Yang; LI, Ci; ZHANG, Pei-Xun - Enhanced recovery after surgery for hip fractures: a systematic review and meta-analysis. *Perioperative Medicine*. 10:1 (2021). doi: 10.1186/s13741-021-00201-8.
3. LJUNGQVIST, Olle; SCOTT, Michael; FEARON, Kenneth C. - Enhanced recovery after surgery review. *JAMA Surgery*. ISSN 21686254. 152:3 (2017). doi: 10.1001/jamasurg.2016.4952.
4. CYPRESS, Brigitte S. - Qualitative research: the «what,» «why,» «who,» and «how»! *Dimensions of critical care nursing*. DCCN. ISSN 1538-8646. 34:6 (2015) 356-361. doi: 10.1097/DCC.000000000000150.
5. BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda, 1977. ISBN 972-44-0898-1.
6. COHEN, Rachel; GOBERMAN-HILL, Rachael - Staff experiences of enhanced recovery after surgery: Systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*. ISSN 20446055. 9:2 (2019). doi: 10.1136/bmjopen-2018-022259.

-
1. Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal
 2. IQVIA Solutions Portugal
 3. Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, Centro de Investigação em Saúde Pública, Comprehensive Health Research Center, CHRC, REAL, CCAL, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal
-

3

Perguntas a Ana Paula Amorim

Unidade Autónoma de Gestão
da Medicina (UAG M),
ULS São João

1 Como descreve o seu percurso?

Tirei a especialização em Administração Hospitalar na ENSP da UNL entre 2000–2002, pertencendo ao XXX Curso. Sendo que, ao longo do meu percurso, desenvolvi competências na gestão de recursos humanos, planeamento estratégico, controlo de custos e de gestão da melhoria contínua da qualidade. Em 2003, iniciei o meu percurso profissional, como Administradora Hospitalar no Hospital São João, no Departamento Administração Geral, departamento este, transversal a todo o hospital que me permitiu adquirir uma visão prática do funcionamento e da organização do Hospital.

Um ano depois (2004–2016) assumi funções como Administradora do Centro de Ambulatório (CAM), num modelo de gestão tripartido, semelhante à constituição dos conselhos de gestão atualmente existentes nos CRI, sendo particularmente desafiante sobretudo numa área em que a dinâmica é uma constante, pois tudo o que era ambulatório se concentrava naquela área – consultas, cirurgia de ambulatório, hospitais de dia.

Durante este percurso fui desafiada para acumular funções como vogal da Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Medicina Intensiva (UAG UMI) entre 2006–2009, pelo que o percurso do doente sempre teve, para mim, um grande impacto na minha forma de atuar, nomeadamente na organização e na maneira de pensar do serviço público. Por isso se refletiu em alguns projetos, nomeadamente na criação do

posto informativo no SU em 2008 até à implementação de check-in automático em 2015 no CAM e organização de work-flow informacional, a certificação do CAM completa pela ISO 9001 a partir de 2008, só foi possível com um forte alinhamento de todos os profissionais e de lideranças que me permitiram fazer este caminho. Em 2016 e até à data encontro-me na Unidade Autónoma de Gestão da Medicina (UAG M), tendo particular interesse na melhoria dos processos assistenciais e na sustentabilidade dos projetos porque garantem o nosso futuro e perduram no tempo. Assim em 2018 e em equipa foi efetuado um business plan para a criação de uma Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada Diferenciação, que veio a ser inaugurada em julho desse mesmo ano. Atendendo ao meu percurso, sempre procurei alinhar a gestão com a qualidade dos cuidados prestados ao doente. Considero ter uma forte

capacidade de organização e de trabalho de equipa, de estar orientada para os resultados, acredito no fazer, no “Walk the talk”, gosto de coerência e do racional, e desenvolvi uma grande capacidade de me adaptar a contextos exigentes e de resiliência, testada com a Pandemia em 2020.

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

Acredito que a inspiração não vem apenas de uma única pessoa, mas de um conjunto de exemplos, experiências e vivências que moldam a forma como pensamos, decidimos e evoluímos ao longo dos tempos. Todavia, não posso deixar de referir que a minha maior inspiração pessoal com repercussão na minha vida profissional é o meu Pai. O meu Pai sempre foi um exemplo de dedicação, responsabilidade,



Alinhar gestão com a qualidade dos cuidados prestados ao doente

solidariedade e resiliência, valores que procuro aplicar no meu dia a dia. Ao longo da minha vida, ensinou-me a importância do trabalho consistente, da ética, da solidariedade e do compromisso com aquilo que fazemos. A forma como enfrentou desafios e tomou decisões com equilíbrio, educação e integridade influenciou muito a minha maneira de estar. Ainda me lembro de ter aprendido, de forma prática, como ser compassiva quando o meu Pai convidou um senhor que morava na rua a almoçar connosco num almoço de Páscoa, ensinou-me o valor da vida humana no seu sentido mais puro e do preconceito que nos limita a visão e que não podemos ser indiferentes. Enquanto AH, procuro refletir esses princípios na minha atuação, valorizando não só a eficiência e os resultados, mas também o respeito pelas pessoas e o impacto das decisões na vida dos outros.

3 Que conselhos daria à próxima geração de administradores hospitalares para enfrentarem os desafios do futuro?

O que nos distingue é a atitude perante contextos, em que as únicas constantes são o dinamismo, a transformação e a exigência, pelo que a próxima geração deverá:

1. Focar-se na experiência do doente e desde logo optar pela integração de cuidados com avaliação de resultados clínicos;
2. O planeamento de cuidados em saúde é um processo dinâmico, atualmente com o envelhecimento da população teremos mais necessidades em cuidados paliativos e continuados, tratamentos em HDI de Químico e de Patologia Crónica;
3. Reter e motivar equipas com projetos de valor acrescentado para a população;
4. Aprender a gerir a escassez de recursos sem perder qualidade, nomeadamente eliminar desperdícios;

5. Estar atentos à inovação – área digital (Inteligência Artificial e Telemedicina) e de análise de dados – estas áreas estão a ter um papel central na saúde, todavia nunca perder de vista o lado humano e o contexto, que são fundamentais, porque afinal a saúde é feita de pessoas para pessoas;
6. Ter forte capacidade de adaptação, o sistema de saúde não funciona isolado é preciso entendê-lo como um todo. Temos de conhecer os vários níveis de cuidados de saúde e o contexto social, porque qualquer decisão local poderá ter impacto sistémico;
7. Ter pensamento crítico, é fundamental pensar em soluções fora da caixa, ver exemplos de outras organizações que não só da saúde, mas que podem ser replicáveis com as devidas adaptações;
8. Cultivar a empatia, a comunicação eficaz e a capacidade de trabalhar em equipas multidisciplinares – os melhores projetos e decisões são os que são construídos em conjunto porque perduram para além do grupo;
9. Cultivar o mérito;
10. Manter um forte sentido ético e de responsabilidade social;
11. Por último, mas não menos importante, ser aprendizes contínuos. ●

ENQUADRAMENTO DOS PRINCIPAIS PROJETOS DESENVOLVIDOS OU EM DESENVOLVIMENTO

Ao longo do meu percurso, tenho vindo a trabalhar e a implementar em equipa diversos projetos que refletem uma preocupação constante com a inovação, a eficiência e a criação de valor sustentável, confesso que tenho dificuldade em utilizar o "eu fiz" porque nada se faz sem uma equipa, e tive sorte em ter conhecido as pessoas certas ao longo destes anos, prefiro o "nós". Estes projetos enquadram-se sobretudo na ótica de otimização e soluções orientadas para processos e custos. Assim, desde a implementação da informatização do agendamento da consulta em 2005, acabando em 2006 com agendas em papel, a utilização integral do SAM na consulta externa em 2007 que nos permitiu enquanto Instituição ser uma das primeiras a implementar a Consulta Tempo e Horas já em 2008, alcançando a certificação total pela norma ISSO 9001 do Centro de Ambulatório nesse mesmo ano combinando uma abordagem estratégica com uma forte componente prática. Tendo feito parte da Comissão Nacional de Consulta a tempo e Horas. A par deste trabalho, e porque considero que o futuro dos cuidados em saúde será a ambulatorização, em 2012 elaborámos um projeto para reorganização e conceção do ambulatório a 30 anos em três áreas distintas, Hospital Dia, Consulta e Cirurgia de Ambulatório obrigando-me à análise de otimização de circuitos bem como o olhar para as necessidades de uma população que envelhece tendo acesso a tratamentos em ambulatório evitando internamentos, isto implicou a análise detalhada das necessidades

existentes, a identificação de oportunidades de melhoria e a aplicação de metodologias como o Value Stream Mapping adequadas para garantir resultados. Tendo culminado na realização de obras em 2015, nomeadamente com a implementação de check-in automáticos, balcões centralizados e de informatização de outras atividades realizadas. Paralelamente, e porque acumulava duas áreas, Ambulatório e Urgência e Medicina Intensiva, também na ótica de processo e humanização de cuidados no Serviço Urgência foi implementado o Gabinete do Acompanhante, permitindo que o acompanhante pudesse ter informação do seu familiar. Em 2018 elaborámos um plano de negócio para a Criação de uma Unidade de Cuidados Paliativos de Elevada diferenciação permitindo a criação de um internamento dedicado a uma área cada vez mais importante, nesse mesmo ano e com grande impacto na população. Em 2019, co-elaboração de projetos de CRI Hemodiálise e de VNI e Sono. O ano 2020, foi um ano que nos marcou, mas que nos obrigou a sair da nossa zona de conforto pelo que, atualmente, entre outros projetos igualmente importantes, estamos a desenvolver projetos centrados na telemedicina. De forma global, os projetos desenvolvidos evidenciam uma orientação clara para a inovação, a melhoria contínua e a criação de impacto positivo na população com sustentabilidade.



LUZIA: A desmaterialização do hospital

Sérgio Azevedo¹

Durante séculos, o hospital foi definido pelas suas paredes. Um lugar físico onde residiam a diferenciação, a tecnologia e a complexidade. Onde os doentes entravam e os cuidados aconteciam. O hospital era, afinal, um edifício.

No entanto, esta associação nunca foi essencial. Foi circunstancial. Resultou de limitações tecnológicas, organizacionais e culturais que tornaram necessária a concentração dos cuidados num único lugar.

Esta definição contém, por isso, um equívoco fundamental: o hospital nunca foi o edifício.

O edifício é apenas a materialização conjuntural de uma função, de um serviço, de uma responsabilidade e de um compromisso. O hospital sempre foi,

na sua essência, uma relação entre quem presta determinados cuidados e quem deles necessita.

Esse é o verdadeiro foco dos sistemas de saúde: a prestação eficiente de cuidados de qualidade. Conceitos, metodologias, modelos de gestão e edifícios são apenas instrumentos ao serviço desse objetivo e, como tal, devem ser permanentemente questionados, ajustados ou reinventados.

Nas últimas décadas, o edifício do hospital tornou-se a resposta natural para os problemas criados por um sistema hospitalocêntrico e focado no tratamento da doença. A estratégia assentou na expansão deste mesmo modelo, aumentando a sua capacidade de resposta. Ao fazê-lo, potenciou-se o problema e construiu-se a percepção de que esta era a solução. Não é.

Num contexto de recursos limitados, aumentar indefinidamente a oferta sem intervir sobre os determinantes da procura é ineficiente, insustentável e compromete, inevitavelmente, o futuro do sistema.

Os sistemas de saúde não necessitam de novas soluções do mesmo tipo. Necessitam de um novo tipo de soluções.

A integração de cuidados, entendida como a reorganização do sistema em torno das necessidades do doente, assegurando cuidados coordenados, contínuos e prestados no nível mais adequado, tem vindo a afirmar-se como uma das respostas estruturais mais relevantes para os desafios contemporâneos dos sistemas de saúde.

A generalização do modelo de Unidades Locais de Saúde (ULS) deu corpo a esse conceito, criando as condições estruturais para a sua operacionalização, deslocando o foco da produção para a responsabilidade pela saúde das populações.

Mas a integração não acontece por decreto. Exige a construção de uma cultura verdadeiramente partilhada e a desconstrução de mentalidades e hábitos enraizados. Exige reorganizar o sistema em função das necessidades do doente, e não das conveniências do próprio sistema.

Esta é uma escolha estratégica e ousada.

É precisamente isso que o LUZIA representa: o resultado de uma escolha.

Adaptar o sistema aos doentes, em vez de continuar a adaptar os doentes ao sistema.

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) abrange uma área de 2.255 km² e serve uma população de 245 000 habitantes, envelhecida, economicamente desfavorecida e dispersa num território maioritariamente rural, onde o transporte público é escasso. Esta não é uma realidade isolada. É o retrato silencioso de muitas regiões do país, onde o acesso continua a ser o principal determinante dos resultados em saúde. Neste contexto, o acesso ao hospital pode significar uma viagem de quatro horas, 300 quilómetros e mais de 100 euros.

Há doentes que simplesmente não vêm ao hospital. Ou chegam tarde demais.

As consequências são inevitáveis.

Os doentes cegam.

Não por falta de tratamento. Mas por falta de acesso.

Foi para esses doentes que o LUZIA foi criado.

O Projeto consiste na implementação de uma plataforma de cuidados de saúde visual nos cuidados de saúde primários, assente em três linhas de intervenção: consultas de oftalmologia, programas de despiste de patologia causadora de cegueira (glaucoma e degenerescência macular da idade) e vigilância remota de doenças oftalmológicas crónicas, atualmente em implementação.

Sim. Oftalmologia nos cuidados de saúde primários.

O hospital, num centro de saúde.

Em janeiro de 2023, o LUZIA iniciou a sua atividade no Centro de Saúde de Valença, que serve toda a zona norte do distrito e constitui, atualmente, o único centro de saúde em Portugal a disponibilizar consultas de oftalmologia. O projeto encontra-se em expansão, com a implementação da plataforma no Centro de Saúde de Ponte de Lima, que assegurará a resposta à população da zona interior do distrito.

A desmaterialização do hospital é muito mais do que levar cuidados para fora das suas paredes

Duas vezes por semana, uma equipa do Serviço de Oftalmologia desloca-se ao Centro de Saúde. Não é o doente que procura o hospital. É o hospital que vai ao encontro do doente.

A implementação do projeto assentou na redefinição estruturada dos percursos assistenciais. Foram identificadas e seriadas as principais causas de referênciação à consulta de oftalmologia, definidos os equipamentos necessários, reformulados critérios de triagem, reorganizado o processo de agendamento, garantindo que cada doente é orientado, desde o início, para o nível de cuidados mais adequado.

Este processo foi concretizado sem contratação de novos profissionais e com um investimento de 60 mil euros, evidenciando que a transformação do sistema depende, sobretudo, da sua reorganização. O LUZIA demonstra-o.

Entre 2023 e 2025, foram realizadas 3.432 consultas de oftalmologia nos CSP, das quais 2.234 primeiras consultas (65%). Noventa e um por cento dos doentes referenciados foram observados no centro de saúde e, destes, 96% tiveram o seu problema resolvido sem necessidade de referênciação adicional ao hospital.

O impacto é particularmente evidente nos doentes com catarata, o maior grupo de doentes referenciados. Antes do LUZIA, estes doentes necessitavam de quatro deslocações ao hospital: primeira consulta, avaliação pré-operatória, cirurgia e consulta pós-operatória.

Hoje, deslocam-se ao hospital uma única vez. Para serem operados.

Isto representa uma redução de 75% das deslocações hospitalares e dos

custos associados por doente, mitigando iniquidades económicas no acesso a cuidados de saúde diferenciados.

As segunda e terceira principais causas de referênciação – erro refrativo e opacificação da cápsula posterior – passaram a ser integralmente tratadas no centro de saúde. Em paralelo, o programa de despiste permitiu identificar 6,5% dos doentes avaliados, que de outra forma, chegariam mais tarde ao sistema, numa fase mais avançada da doença, em que o tratamento é mais complexo, mais caro e menos eficaz. Desta forma, foi possível prevenir perda de visão evitável e melhorar resultados em saúde.

No total, foram evitados mais de 335.000 quilómetros de deslocações, com uma redução estimada de 37 toneladas de CO₂ na pegada carbónica da ULS.

Ao deslocar a diferenciação hospitalar para fora das suas paredes, o LUZIA aproxima o sistema das pessoas. Sem comprometer a qualidade ou a eficiência, reduz desigualdades no acesso, reforça a equidade e a integração e torna o sistema mais sustentável, numa especialidade tão complexa e tecnológica como a oftalmologia

O verdadeiro potencial do LUZIA torna-se evidente quando enquadrado na dimensão assistencial nacional da oftalmologia. O Relatório Anual do Acesso da ACSS de 2019 (último ano completo disponível antes da pandemia) confirma que a oftalmologia é a especialidade hospitalar com maior volume de consultas realizadas, representando cerca de 10% de toda a atividade de consulta hospitalar do Serviço Nacional de Saúde.

É igualmente a especialidade mais solicitada pelos cuidados de saúde primários, concentrando aproximadamente 18% de todos os pedidos de primeira consulta, e aquela que realiza o maior número de cirurgias, correspondendo a cerca de 31% de toda a atividade cirúrgica do SNS.

Nenhuma outra especialidade concentra uma carga assistencial comparável.

Este padrão é consistente e sustentado ao longo da década anterior. A oftalmologia é, destacadamente, a especialidade mais impactante no funcionamento e organização hospitalar, tanto na área da consulta como da cirurgia. ▶

GH II INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Reorganizar a oftalmologia não resolve apenas o problema da especialidade.

É uma solução para o Serviço Nacional de Saúde. É intervir diretamente num dos principais determinantes do desempenho global do sistema.

Reorganizar a oftalmologia é, por si só, reorganizar o sistema.

O LUZIA não pode por isso ser entendido como uma solução para a oftalmologia, mas como um modelo organizacional que deve inspirar o funcionamento das ULS e do sistema como um todo.

O maior impacto do LUZIA não está nas consultas realizadas, nas cirurgias evitadas ou nos quilómetros poupados. Está na mudança de paradigma que representa.

A oftalmologia não é, por natureza, hospitalar. Nenhuma especialidade o é. As especialidades não têm morada. Não pertencem a edifícios. Pertencem às pessoas que delas necessitam. Devem, sempre que possível, acompanhar o cidadão ao longo do seu percurso assistencial, independentemente do local onde o cuidado é necessário.

O edifício hospitalar é, por definição, imóvel. Assente num território fixo, pesado na sua estrutura, complexo na sua conceção e lento na sua transformação. Por oposição, a sua função é dinâmica, evolui, adapta-se, desloca-se e exige flexibilidade.

A forma deixou de suportar a função.

A dissociação é inevitável.

Durante décadas, a inovação foi entendida como a expansão física da infra-estrutura. Hoje, a inovação é tornar o edifício progressivamente menos necessário.

No futuro, o ruído da ineficiência, da rotina e da concentração desnecessária terá desaparecido.

O hospital será uma rede de serviços, integrada no quotidiano das pessoas. Estará em casa, num dispositivo que monitoriza, alerta e liga o doente à equipa que o acompanha. Estará no centro de saúde, onde uma consulta diferenciada acontece. Estará numa decisão clínica tomada à distância.

Estará onde e quando o doente precisar. Num cuidado prestado no momento certo, no lugar certo.

Nenhuma transformação estrutural é, no entanto, isenta de riscos.

A desmaterialização e integração de cuidados exigem investimento, adaptação organizacional e uma governação capaz de garantir que a transição não compromete a qualidade ou a segurança. Reconhecer estas limitações não fragiliza o modelo. Apenas confirma que a sua implementação deve ser preparada, monitorizada e progressiva.

As paredes (físicas e conceptuais) que sustentaram o hospital durante séculos, são hoje a maior barreira à sua evolução.

O hospital não pode continuar confinado a um edifício. O momento em que se liberta das suas paredes, em que a sua função se emancipa da forma física, o momento em que o hospital sai do hospital, é precisamente o momento em que atinge a sua expressão mais evoluída.

Desmaterializado.

O LUZIA não é apenas um projeto clínico. É uma decisão de governação. A concretização de uma alternativa ao modelo convencional. A afirmação inequívoca de que o propósito do sistema de saúde é a saúde. Não o sistema.

As implicações são, inevitavelmente, políticas. O LUZIA demonstra que a transformação do sistema depende mais da sua organização do que do aumento de recursos. Depende, acima de tudo, de escolhas. Depende de visão estratégica.

A oftalmologia é muito mais do que devolver a visão ao doente. É, muitas vezes, devolver-lhe um significado para a sua vida. A desmaterialização do hospital é muito mais do que levar cuidados para fora das suas paredes. É devolver ao sistema a razão da sua existência. ●

1. Diretor do Serviço de Oftalmologia ULSAM, Administrador hospitalar



Indicadores globais procura/oferta cirúrgica, por grupo de serviço, 2019*



Evolução do total de consultas hospitalares nas especialidades com mais atividade*

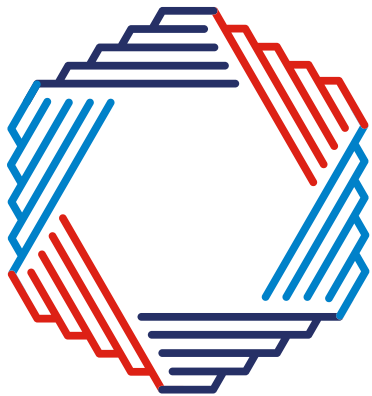


Distribuição dos pedidos de primeira consulta hospitalar por especialidade, de 1 de junho de 2016 a 31 de dezembro de 2019*

* Dados do Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2019, Ministério da Saúde.



Consulte aqui a versão completa do Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2019, Ministério da Saúde



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

Eficiência dos cuidados de saúde

S Divine Fátima Hotel
Fátima
09 e 10 outubro



Organização

APAH
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Secretariado

admédic⁺
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

Bolsa Capital Humano em Saúde

6 anos a trazer inovação para o SNS: Uma iniciativa que acredita nas pessoas



Ana Oliveira¹, Alberto Abreu da Silva¹

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) dinamiza a Bolsa Capital Humano em Saúde há 6 anos, uma iniciativa que nasceu da convicção de que a transformação do sistema de saúde começa nas pessoas que nele trabalham.

Desde 2020, a nobox tem o privilégio de ser parceira desta iniciativa, contribuindo para o desenvolvimento e acompanhamento deste programa que procura reconhecer e potenciar o capital humano do Serviço Nacional de Saúde, acreditando que as transformações mais significativas acontecem quando as pessoas que vivem diariamente os desafios do sistema têm espaço, ferramentas e confiança para agir sobre eles.

Pensada especificamente para equipas de saúde no SNS, esta bolsa foi desenhada para apoiar o desenvolvimento de projetos no SNS, alavancado na capacidade que cada um dos seus profissionais apresenta, ao mesmo tempo que permite desenvolver competências que contribuem de forma proativa para os processos de transformação em curso nas instituições de saúde.

Ao longo destas seis edições, passaram por este programa diversos projetos que refletem a vontade de inovar que existe dentro do SNS. Independentemente de terem vencido a bolsa, todos os projetos participantes demonstram a capacidade dos profissionais de identificar desafios e propor soluções concretas para melhorar a organização dos cuidados e a experiência dos doentes.

Contudo, perante este percurso, surge naturalmente a pergunta: porquê uma sexta edição?

UM DESAFIO QUE PERSISTE, MAIS DO QUE NUNCA: INTEGRAR CUIDADOS

A integração de cuidados é um tema cada vez mais presente nas discussões sobre o sistema de saúde em Portugal. A criação das Unidades Locais de Saúde veio reforçar a importância da articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários, um território que ainda tem muito potencial para ser explorado e fortalecido pelas equipas.

No entanto, a realidade mostra que esta integração continua a ser um desafio. Em muitos casos, senão na maioria, as equipas continuam a trabalhar de forma desarticulada.

É verdade que ainda há um longo caminho a percorrer ao nível dos sistemas

de informação, da partilha de dados e da visibilidade entre instituições. Mas olhar apenas para as ferramentas digitais não é suficiente. Se as pessoas não forem envolvidas ativamente na reflexão sobre como os processos funcionam e como podem ser transformados, criando pontos de comunicação e articulação, dificilmente será possível alterar de forma significativa a forma como os cuidados são prestados.

Persistem desafios no diagnóstico atempado e na referenciação adequada dos doentes. Nos Cuidados de Saúde Primários, muitos profissionais enfrentam dificuldades na gestão e acompanhamento de doentes que necessitam de apoio especializado. A ausência de resposta ou os longos tempos de espera para acesso a cuidados hospitalares tornam esse acompanhamento particularmente exigente.

Do lado hospitalar, também encontramos desafios. Muitos doentes continuam a ser acompanhados em contexto hospitalar mesmo quando poderiam transitar para a comunidade com o devido acompanhamento. Em outros casos, após uma alta hospitalar, o percurso torna-se confuso e pouco articulado, resultando muitas vezes da falta de visibilidade sobre as respostas disponíveis na comunidade e da limitada proximidade entre equipas.

Para além das unidades de saúde familiar ou das unidades de cuidados de saúde personalizados, existem ainda muitas outras instituições que fazem parte da rede de apoio na comunidade. Estruturas sociais, instituições de apoio ou serviços de proximidade que desempenham um papel relevante no acompanhamento de muitas pessoas, mas que frequentemente operam de forma isolada, sem comunicação clara com o restante sistema.

Estas fragilidades acabam por ter impacto direto na forma como os serviços são utilizados. A pressão sobre os serviços hospitalares aumenta, refletindo-se

num maior número de internamentos, consultas, episódios de urgência e realização de exames. Ao mesmo tempo, perdem-se oportunidades importantes para estratificar risco, priorizar cuidados e acompanhar os doentes de forma mais consistente.

Para os doentes e para os seus cuidadores, esta fragmentação traduz-se frequentemente em percursos clínicos imprevisíveis e pouco claros, com impacto na experiência de cuidados e na perceção de segurança.

Torna-se também mais difícil compreender quais são, de facto, os resultados em saúde que estão a ser alcançados, sobretudo quando falamos de populações que vivem com doenças crónicas ou condições que exigem acompanhamento prolongado.

Ainda assim, olhar para a integração de cuidados a partir de uma perspetiva de inovação, especialmente quando esta é pensada de forma adaptada ao contexto, abre um enorme potencial para oferecer respostas mais próximas, contínuas e ajustadas às necessidades das pessoas.

A descentralização de alguns cuidados hospitalares para a comunidade é um exemplo disso. Quando determinados cuidados podem ser prestados fora do hospital, torna-se possível acompanhar melhor os doentes, evitar deslocações desnecessárias e reforçar a proximidade entre equipas de saúde e as comunidades que servem.

Por outro lado, os cuidados de saúde primários têm frequentemente uma maior capacidade para mobilizar respostas existentes na comunidade que podem complementar o acompanhamento clínico. Áreas como a saúde mental, a reabilitação ou o apoio social beneficiam particularmente desta proximidade. Quando estas respostas são ativadas de forma articulada, podem desempenhar um papel decisivo na continuidade de cuidados e na adesão terapêutica.

A 6.ª EDIÇÃO DA BOLSA: PROJETOS PARA APROXIMAR

Foi neste contexto de possibilidades que surgiu a sexta edição da Bolsa Capital Humano em Saúde, dedicada precisamente a este relevante tema: A integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares.

Esta edição recebeu 18 candidaturas

provenientes de diferentes Unidades Locais de Saúde, com uma representação muito interessante de várias regiões do país.

A diversidade dos projetos demonstra bem a relevância deste tema e a mobilização das equipas de saúde para repensar percursos e aproximar o hospital da comunidade.

Entre as propostas apresentadas encontramos projetos que abordam áreas como a saúde sexual, abordagens multidisciplinares à doença prostática, percursos clínicos integrados para pessoas idosas ou modelos de alta hospitalar precoce no pós-parto.

Programas como a Bolsa Capital Humano em Saúde mostram que a inovação no sistema de saúde não nasce apenas de grandes reformas estruturais

Das 18 candidaturas recebidas, foram selecionados 10 projetos para avançar para a fase seguinte do programa. Este percurso começa com um Bootcamp de Inovação dedicado aos desafios da integração de cuidados, um encontro presencial intensivo que permite às equipas aprofundar os seus projetos, clarificar objetivos e refletir sobre as condições necessárias para a sua implementação.

Ao longo do processo, os participantes têm a oportunidade de apresentar as suas propostas a um júri e continuar a desenvolver as suas ideias, explorando de forma mais concreta os desafios que surgem quando se passa do desenho à implementação no terreno. No final, duas equipas são selecionadas para receber

um apoio adicional de cinquenta horas de acompanhamento por parte da nobox, com o objetivo de apoiar a concretização e implementação dos seus projetos nas respetivas instituições.

A ambição da bolsa é simples, mas exigente: apoiar profissionais que querem fazer acontecer e transformar ideias em mudanças concretas no terreno.

OLHAR PARA O FUTURO

Programas como a Bolsa Capital Humano em Saúde mostram que a inovação no sistema de saúde não nasce apenas de grandes reformas estruturais. Muitas vezes, nasce no terreno e nas equipas que diariamente identificam desafios e procuram novas formas de responder às necessidades dos doentes.

Para que estas iniciativas possam acontecer, é fundamental o papel de organizações que acreditam no potencial das pessoas e criam condições para que novas ideias possam emergir e ganhar forma. A parceria com a APAH tem sido essencial neste caminho, contribuindo para mobilizar profissionais e reforçar uma cultura de inovação que nasce dentro do próprio sistema.

O Serviço Nacional de Saúde tem ainda um caminho importante a percorrer. Mas cada passo que damos para envolver os profissionais, capacitá-los e apoiá-los como agentes de mudança aproxima-nos de um modelo de cuidados mais integrado.

Um modelo onde seja possível medir melhor os resultados em saúde, melhorar a experiência das pessoas que recorrem aos serviços e, ao mesmo tempo, promover maior realização e bem-estar entre os profissionais que sustentam o sistema todos os dias.

Porque, no final, transformar o SNS começa sempre no mesmo lugar: nas pessoas que o constroem. ●

1. nobox

A Bolsa Capital Humano em Saúde conta com o apoio da Gilead Sciences desde a primeira edição.

Caminho dos Hospitais na ULS do Alto Alentejo

Modelos de gestão colaborativos orientados para a proximidade



APAH promoveu no dia 30 de janeiro de 2026, a 31.ª edição do Caminho dos Hospitais no Hospital do Espírito Santo, Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, subordinada ao tema ‘Gestão Colaborativa da Saúde: A Eficiência da Proximidade’.

Esta edição foi dedicada à apresentação de projetos de referência da ULS Alentejo Central (ULSAC), como o Protocolo de Dermatologia entre a ULSAC e a ULS Almada-Seixal, a organização regional da Oncologia, o Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo e o Plano Local de Saúde da ULSAC.

Seguiu-se um painel dedicado aos Cuidados Integrados, com destaque para as consultas descentralizadas nos cuidados de saúde primários e para a capacitação destes cuidados, nomeadamente na área da Patologia Clínica. A articulação com a comunidade esteve também em evidência, através da apresentação da Prescrição Cultural na ULSAC e do Projeto Vivamente, reforçando a importância da ligação entre saúde, bem-estar e território.

Na sessão de encerramento, foi realçada a importância dos modelos de gestão colaborativos e orientados para a proximidade, como resposta aos desafios presentes e futuros do sistema de saúde.

Após a sessão pública houve ainda oportunidade para fazer uma breve visita às obras em curso do Novo Hospital Central do Alentejo.

Com início em 2016, a iniciativa Caminho dos Hospitais pretende promover a proximidade à comunidade local de saúde, através de visitas e debates



Carlos Mateus Gomes, Presidente do Conselho de Administração da ULS Alentejo Central e Xavier Barreto, Presidente da APAH



Iniciativa para promover a proximidade à comunidade local de saúde



ULS ALENTEJO CENTRAL

GESTÃO COLABORATIVA DA SAÚDE: A EFICIÊNCIA DA PROXIMIDADE

CAMINHO DOS HOSPITAIS

30-01-2026

Hospital do Espírito Santo, Évora | Sala de Formação 1

PROGRAMA

09h30 Sessão de Abertura

Carlos Mateus Gomes, Presidente do Conselho de Administração da ULS Alentejo Central
Xavier Barreto, Presidente da APAH

09h45 Partilhar Recursos, Maximizar Resultados

- PROTOCOLO DE DERMATOLOGIA ULSAC E ULSAS
Hugo Quintino, Administrador Hospitalar da ULSAC
- ONCOLOGIA: UM SERVIÇO REGIONAL
Hugo Quintino, Administrador Hospitalar da ULSAC
- O CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA CÉREBRO-CARDIOVASCULAR DO ALENTEJO
João Pedro Assunção, Administrador Hospitalar da ULSAC
- PLANO LOCAL DE SAÚDE DA ULSAC
Juan Rachadell, Coordenador da Equipa de Planeamento em Saúde, Dep. de Saúde Pública da ULSAC

11h00 Pausa

11h15 Cuidados Integrados

- CONSULTAS DESCENTRALIZADAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
José António Estrompa, Diretor do Serviço de Gestão e Transporte de Doentes da ULSAC
- CAPACITAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O CASO DA PATOLOGIA CLÍNICA
Umbelina Galhardo, Administradora Hospitalar da ULSAC

11h45 Articulação com a Comunidade

- PRESCRIÇÃO CULTURAL NA ULSAC
Patrícia Claudino, Membro da Equipa de Coordenação de Projeto ULSAC e CIMAC
- PROJETO VIVAMENTE
Ana Carla Coelho, Enfermeira Responsável pelo Projeto Vivamente

12h15 Encerramento

Xavier Barreto, Presidente da APAH
Carlos Mateus Gomes, Presidente do Conselho de Administração da ULS Alentejo Central

Organização



Esta sessão foi mais um exemplo claro da proximidade à comunidade local de saúde, evidenciando a excelência do que de melhor se faz na ULS do Alentejo Central

temáticos, descentralizando o diálogo e aproximando os administradores hospitalares das realidades locais. Na sua génese está a comunicação, a cooperação e a excelência no contacto com os Conselhos de Administração, inteirando-se da realidade e dos desafios de cada hospital e promovendo a qualidade da gestão hospitalar.

Esta sessão foi mais um exemplo claro da proximidade à comunidade local de saúde, evidenciando a excelência do que de melhor se faz na ULS do Alentejo Central. ●



Visita às obras em curso do Novo Hospital Central do Alentejo

Viagem de estudo

O Sistema de Saúde dos Países Baixos: Perspetivas, Desafios e Aprendizagens

Ana Advinha¹, Ana Tito Lívio², Beatriz Cerqueira³, Elisa Bucho⁴, João Brás da Silva⁵, Marisa Costa⁶, Paulo Cruz⁷, Susana Ramos⁸, Sílvia Lopes⁹, Teresa Magalhães¹⁰

No contexto das atividades académicas do Curso de Especialização em Administração Hospitalar teve lugar, entre os dias 22 e 25 de setembro de 2025, uma visita de estudo ao sistema de saúde dos Países Baixos, que integrou uma comitiva de 32 participantes. Esta iniciativa foi promovida pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP NOVA) e pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, com o apoio institucional da Câmara de Comércio Portugal-Países Baixos. A visita contou igualmente com a colaboração da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, da Associação de Estudantes da ENSP NOVA e da Associação de Antigos Alunos da ENSP NOVA.

A observação direta do sistema de saúde neerlandês permitiu à comitiva portuguesa aprofundar a compreensão de um modelo marcado pela coerência organizacional e articulação entre financiamento, governação e prestação de cuidados. As visitas a instituições académicas, hospitalares e de cuidados paliativos revelaram um sistema de saúde universal, assente na concorrência regulada, na integração entre níveis de cuidados e na centralidade dos cuidados de saúde primários. Foi evidente a existência de uma cultura institucional centrada na inovação, na digitalização dos processos e na melhoria contínua, com um foco estratégico na criação de valor, na eficiência organizacional e na sustentabilidade do sistema. As aprendizagens partilhadas destacaram a importância de uma governação clara, da integração assistencial e da gestão hospitalar baseada em dados.



FINANCIAMENTO E GOVERNAÇÃO: UNIVERSALIDADE ATRAVÉS DE SEGUROS OBRIGATÓRIOS E ENQUADRAMENTO REGULAMENTAR

O sistema neerlandês garante cobertura universal através de um seguro de saúde obrigatório (plano básico comum), gerido por seguradoras privadas sob regulação estatal exigente. Procura-se equilibrar solidariedade e proteção com competição regulada, promovendo eficiência e universalidade. Um elemento central do modelo consiste na obrigação das seguradoras aceitarem todos os residentes no pacote básico, evitando exclusão e seleção adversa com base no risco. O modelo de gestão do sistema de saúde é relevante, pois estabelece um plano de base universal que assegura previsibilidade na cobertura, padronização na contratualização e coerência no planeamento. A regulação das seguradoras permite ao Estado alinhar os incentivos com os objetivos das políticas públicas, sem necessitar

de gerir diretamente a prestação de cuidados. Por fim, o sistema clarifica o que está incluído ou não no seguro, bem como os mecanismos adicionais de financiamento, como seguros complementares ou copagamentos, promovendo maior transparência e racionalidade na gestão da saúde. Estas dimensões foram objeto de reflexão ao longo da visita, permitindo analisar as diferenças entre planos de seguro, o financiamento dos cuidados não abrangidos pelo pacote básico e os modelos de pagamento a prestadores e profissionais de saúde. A perspetiva comparativa com Portugal surge como inevitável: não se trata de importar diretamente um modelo, mas sim de compreender como o modelo institucional neerlandês contribui para reduzir as zonas de indefinição entre os níveis de decisão, financiamento e responsabilização. A clareza das regras de cobertura, juntamente com uma contratualização e regulação rigorosas,



promove uma gestão mais disciplinada e eficiente do sistema, promovendo o equilíbrio entre eficiência e equidade.

ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

A organização assistencial neerlandesa assenta nos cuidados de saúde primários, tendo o médico de família como elemento nuclear de integração no sistema de saúde, assegurando a articulação entre os níveis de cuidados e o acesso aos cuidados diferenciados. O exercício desta função contribui para a organização da procura assistencial, para a coordenação clínica e para a otimização da afetação dos recursos hospitalares. A centralidade dos cuidados primários e a intervenção das farmácias comunitárias como extensão funcional do sistema de saúde - promovendo acessibilidade, proximidade e continuidade - foram evidenciadas em várias sessões.

Do ponto de vista da Administração Hospitalar, as implicações deste modelo organizacional são diretas e relevantes. A definição clara e o cumprimento efetivo dos circuitos de referência entre níveis de cuidados, bem como a sua articulação e acessibilidade, são determinantes para reduzir acessos inadequados aliviando a pressão nos serviços hospitalares. A cobertura por médico de família e os modelos de pagamento nos cuidados de saúde primários promovem uma

utilização mais racional dos recursos, evidenciando fragilidades ainda existentes em Portugal. O modelo neerlandês destaca-se pela forte integração de cuidados no percurso do utente, com ênfase em doentes crónicos e na população envelhecida. Uma dimensão particularmente marcante e diferenciadora é o investimento em cuidados de longa duração, refletindo uma opção de resposta estruturada à multimorbilidade e ao aumento da esperança média de vida, embora alterações a este modelo estejam atualmente em discussão. Este investimento reflete menor dependência do familiar/cuidador informal, com implicações na capacidade instalada, planeamento de respostas formais e interoperabilidade entre serviços de saúde e sociais. A integração assistencial é reforçada por modelos híbridos de cuidados e monitorização domiciliária, reduzindo o papel central e permanente do hospital no acompanhamento clínico. A visita ao Hospital Catharina Ziekenhuis evidenciou que a monitorização domiciliária e os percursos híbridos promovem eficiência e melhores resultados em saúde, reduzindo os atendimentos em contexto de urgência e os internamentos. No âmbito da gestão hospitalar, o modelo permite otimizar a capacidade instalada, reduzir picos de procura e melhorar a experiência

A organização assistencial neerlandesa assenta nos cuidados de saúde primários, tendo o médico de família como elemento nuclear de integração no sistema de saúde

do utente, apoiando-se em circuitos bem definidos e em sistemas de informação interoperáveis. No domínio dos cuidados paliativos, a lógica de integração assume uma relevância particular para a gestão em saúde. Estes cuidados são organizados para serem prestados antes da fase terminal, baseando-se em mecanismos de referência precoce, no trabalho de equipas multidisciplinares e em processos estruturados de planeamento antecipado de cuidados. Os casos observados evidenciam forte articulação entre a política nacional (através de orientações e programas estruturados) e a resposta local (materializada por ex. na disponibilização de kits paliativos domiciliários e no envolvimento da comunidade). Esta articulação traduz políticas públicas em capacidade ►



O desempenho do sistema de saúde neerlandês assenta na coerência entre a governação, a organização assistencial e a capacidade de execução

operacional local, promovendo cuidados mais humanizados, adequados e de elevada qualidade.

INOVAÇÃO E GESTÃO OPERACIONAL: DIGITALIZAÇÃO, DADOS EM TEMPO REAL E ORIENTAÇÃO PARA CUIDADOS BASEADOS EM VALOR

Este tema reflete a capacidade de transformar a inovação em prática operacional de forma sistemática, bem como a clara orientação para os resultados. A experiência no Hospital Catharina Ziekenhuis demonstra modelos de gestão baseados em dados, com monitorização em tempo real da procura e capacidade, visando reduzir cancelamentos cirúrgicos, otimizar camas e melhorar o percurso do utente. Esta abordagem na gestão hospitalar transforma a governação clínica e operacional, transformando as decisões reativas em proativas, através da monitorização contínua de fluxos, previsões e coordenação colaborativa. Destacou-se a relevância das tecnologias de saúde e do acesso a medicamentos para melhores resultados, evidenciando a capacidade de produção do Hospital Catharina Ziekenhuis.

No Universitair Medisch Centrum Utrecht, destaca-se a integração entre investigação, inovação clínica e cultura organizacional, sustentada em eixos estratégicos e infraestruturas dedicadas à inovação e simulação. A saúde digital (monitorização contínua, inteligência artificial para apoio à tomada de decisão e otimização de processos) posiciona-se como instrumento de transformação organizacional e redução da carga administrativa, gerando valor através da alteração de processos, redistribuição de tarefas e melhoria de resultados. Neste contexto, observou-se o papel

estratégico da farmácia hospitalar na eficiência, segurança e logística, bem como a integração dos hospitais em ecossistemas regionais de inovação tecnológica e de colaboração científica. Estes elementos demonstram que a sustentabilidade do sistema de saúde depende não apenas do financiamento, mas também das competências de gestão, de processos estruturados e de redes de inovação consolidadas.

CONCLUSÕES

A análise global da visita aos Países Baixos permite concluir que o desempenho do sistema de saúde neerlandês assenta na coerência entre a governação, a organização assistencial e a capacidade de execução. A articulação entre uma regulação rigorosa, regras claras de cobertura e modelos de contratualização consistentes favorece a responsabilização, previsibilidade e disciplina na gestão, promovendo eficiência e equidade. Esta partilha de experiências evidenciou que a sustentabilidade do sistema de saúde depende de uma visão integrada do percurso do utente, articulando cuidados de saúde primários eficientes, respostas comunitárias robustas e soluções digitais (como por ex. a monitorização domiciliária), integradas e complementares aos cuidados de saúde hospitalares, e não como componentes autónomos. A inovação destaca-se, não apenas pelo avanço tecnológico, mas também pelo seu contributo para a tomada de decisão, a reorganização de processos e a afetação eficiente de recursos. No contexto português, preconiza-se que a transformação do sistema de saúde requer alinhamento entre incentivos, redes assistenciais e práticas de gestão, mais do que a

replicação de modelos externos. A visita aos Países Baixos evidencia que ganhos sustentados em eficiência, qualidade e humanização refletem escolhas estruturais consistentes, liderança, cultura organizacional e capacidade de operacionalização, mais do que o reforço isolado de recursos ou gestão reativa. Neste sentido, esta Visita de Estudo obteve um sucesso inequívoco, com satisfação média de 4,88/5 entre os participantes (60% com experiência prévia em iniciativas semelhantes), classificações excelentes nos objetivos e organização, NPS de 92 — sendo que para 76% superou as expectativas —, confirmando a excelência organizacional e relevância transformadora, com a comitiva predisposta a repetir a visita. ●

1. UÉ, CHRC, ENSP NOVA, 55 CEAH
2. ENSP NOVA, GAE
3. ENSP NOVA, 55 CEAH
4. ULSLDOD, ENSP NOVA, 54 CEAH
5. CMB, ENSP NOVA, 54 CEAH
6. IPOLFG, GQR, 52 CEAH
7. ULSAS, HGO, ENSP NOVA, 55 CEAH
8. ULSSJ, ENSP NOVA, 53 CEAH
9. ENSP NOVA, PHRC, CHRC, REAL, CCAL
10. ENSP NOVA, PHRC, CHRC, REAL, CCAL

REFERÊNCIAS





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.

Resumo de atividades APAH

1.º trimestre de 2026

INICIATIVAS APAH

5 DE JANEIRO A 15 DE FEVEREIRO

- Período de Candidaturas para a 6.ª edição da Bolsa “Capital Humano em Saúde”.

19 E 30 DE JANEIRO

- Período de Candidaturas às Bolsas Formativas para 12.ª edição do Programa Leadership in Healthcare Delivery in a New Era.

30 DE JANEIRO

- 31.ª edição do Caminho dos Hospitais na ULS Alentejo Central.

4 DE FEVEREIRO

- Webinar de esclarecimentos da 6.ª edição da Bolsa “Capital Humano em Saúde”.

20 DE FEVEREIRO

- Divulgação dos 10 projetos selecionados da 6.ª edição da Bolsa “Capital Humano em Saúde”.

13 DE MARÇO

- Webinar de Esclarecimentos do Barómetro de Internamentos Sociais.

MARÇO

- Promoção do “Barómetro do Estado de preparação Nacional para o Espaço Europeu de Dados de Saúde”, uma iniciativa conjunta da APAH, Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, Associação Nacional das Farmácias, Glintt Life e EY.

REPRESENTAÇÕES APAH EM OUTRAS INICIATIVAS

26 DE FEVEREIRO

- Participação de Xavier Barreto, Presidente da APAH, no Webinar “Financiamento e Sustentabilidade Financeira do SNS”, da série “Conversas em Rede” promovido pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

9 A 11 DE MARÇO

- Participação de Raquel Chantre, Vice-Presidente da Direção da APAH, em representação da APAH, na edição de 2026 do International Forum on Quality and Safety in Healthcare, em Oslo.

11 DE MARÇO

- Participação de Sandra Olim, Secretária da Direção da APAH, em representação da APAH, na cerimónia da 11.ª Edição do Programa Gilead GÉNESE.

23 DE MARÇO

- Representação da APAH, através de Sandra Olim, na sessão de debate “Medicamentos essenciais e críticos: sustentabilidade do plasma no contexto geopolítico atual”.

REUNIÕES INSTITUCIONAIS

19 DE JANEIRO

- Reunião com IGAS para discussão de um Guia de Boas Práticas para Administradores Hospitalares no âmbito das relações com a indústria farmacêutica e entidades similares.

26 DE FEVEREIRO

- Reunião com Instituto Superior Técnico para análise de contributos da APAH no âmbito de Candidatura ao Concurso de Projetos de I&D em Todos os Domínios Científicos 2025, promovido pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), que visa avaliar o desempenho das ULS.

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES



Canal APAH - Gestão em Saúde

@canalapah-gestaoemsaude7070 · 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

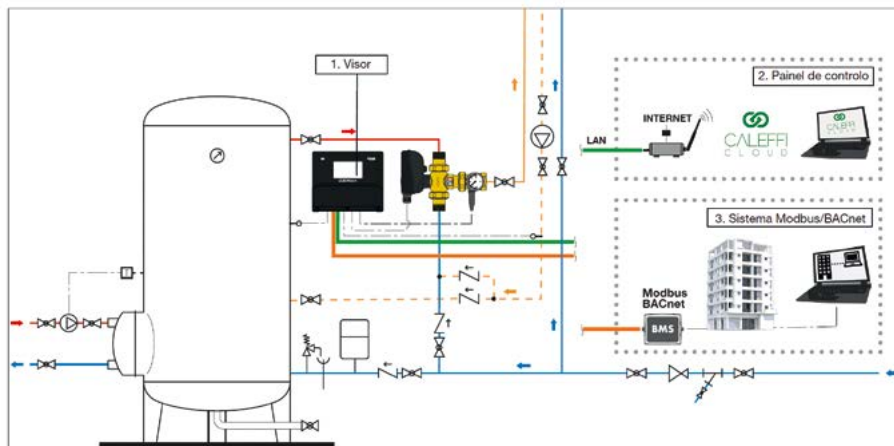


Visite o Canal APAH no Youtube e tenha acesso gratuito a vídeos, cursos e webinars de excelência na área da gestão de serviços de saúde. Subscrava já!

 YouTube



LEGIOMIX®evo: a saúde passa pela água



A água é um bem essencial à vida, mas a sua segurança pode ser posta em causa pela presença de bactérias perigosas como a Legionella. Num contexto de rápidas alterações climáticas e sociais, garantir água potável segura e livre de contaminação tornou-se uma prioridade máxima. Proteger a água significa prevenir riscos graves para a saúde, adotando tecnologias modernas e dispositivos avançados capazes de garantir um controlo contínuo e uma proteção eficaz contra a proliferação de agentes patogénicos.

A saúde passa pela água, e é exatamente por isso que a Caleffi projetou e desenvolveu a LEGIOMIX®evo série 6003, uma referência na eliminação da Legionella nas instalações hidrossanitárias. Unindo funcionalidades avançadas de desinfecção térmica e conectividade inteligente, esta inovadora misturadora eletrónica permite uma gestão precisa e segura da temperatura da água sanitária, reduzindo drasticamente os riscos para a saúde e contribuindo para o bem-estar das pessoas.

A solução é uma evolução das misturadoras eletrónicas Caleffi e é tecnologicamente avançada para melhorar a segurança das instalações hídricas, protegendo a água e a saúde das pessoas. As funcionalidades avançadas que oferecem segurança, controlo e desempenho otimizados são diversas:

- **Desinfecção térmica automática:** o dispositivo aumenta periodicamente

a temperatura da água misturada para níveis letais para as bactérias, garantindo que a Legionella é eliminada de forma segura e eficiente.

- **Monitorização contínua:** graças às sondas integradas, verifica constantemente a temperatura da água quente e de retorno, garantindo que os parâmetros se mantêm dentro de limites seguros.

- **Gestão remota e histórico:** a conectividade Modbus/BACnet permite que o sistema seja controlado e otimizado remotamente, enquanto todos os dados são registados para análise e conformidade regulamentar.

- **Gestão da bomba de recirculação:** o sistema foi projetado para gerir a ativação horária da bomba de recirculação, garantindo a disponibilidade de água quente em função das necessidades. Dotada de um regulador digital avançado com touchscreen a cores, a misturadora permite:

- Gerir diretamente todas as funções do sistema através do visor, simplificando as operações para o utilizador;
- Gerir programas personalizados de desinfecção térmica contra a Legionella;
- Monitorizar as temperaturas da água quente e de retorno em tempo real;
- Registrar e elaborar um histórico dos parâmetros de desinfecção para verificação contínua da eficácia;
- Controlar o sistema remotamente através dos protocolos Modbus e BACnet, integrando-se perfeitamente com os modernos sistemas de gestão de edifícios (BMS).

A conectividade é o verdadeiro ponto forte deste modelo, revolucionando a forma como os utilizadores podem monitorizar e gerir as instalações. Graças a esta

inovação, a LEGIOMIX®evo oferece:

- **Acesso a um painel de controlo na cloud:** graças à ligação Ethernet, o dispositivo é capaz de enviar dados em tempo real para um painel de controlo remoto. Isto permite aos utilizadores monitorizar e gerir um ou mais dispositivos, onde quer que estejam, melhorando a capacidade de resposta e a segurança das instalações hidrossanitárias;
- **Gestão e controlo remotos:** é possível programar e monitorizar o funcionamento do dispositivo através de uma aplicação dedicada que estará disponível em breve.

EFICIÊNCIA E SUSTENTABILIDADE

Com um consumo de energia otimizado e um design compacto para uma instalação e manutenção ágeis, a LEGIOMIX®evo reduz os custos operacionais e garante a máxima fiabilidade.

APLICAÇÕES PRINCIPAIS

A LEGIOMIX®evo está disponível em modelos adaptados a diferentes necessidades, oferecendo um controlo avançado em múltiplos contextos. É ideal para:

- Hospitais, onde a segurança sanitária é fundamental para proteger os utilizadores vulneráveis, como os idosos e os pacientes imunodeprimidos;
- Hotéis e centros desportivos para um conforto ótimo dos utilizadores;
- Complexos residenciais e parques de campismo com uma gestão inteligente para uma maior eficiência;
- Instalações residenciais, onde os modelos mais pequenos garantem uma utilização eficiente mesmo em habitações e complexos residenciais de menor dimensão. ●

Revestimento antibacteriano versus barras de apoio

Cláudia Roque¹

Por definição, as barras de apoio utilizadas nas casas de banho e zonas de duche devem ser tão higiénicas quanto possível. Cada vez mais, as barras de apoio PMR estão a ser apresentadas como antibacterianas. No caso de casas de banho públicas, como restaurantes, áreas de serviço de autoestradas e hospitais, a higiene é ainda mais importante devido ao número de utilizadores e ao consequente risco de contágio.

MAS QUAL É A SUA EFICÁCIA NO COMBATE ÀS BACTÉRIAS? A SUA AÇÃO ANTIBACTERIANA É DURÁVEL?

Revestimento antibacteriano

A maioria das barras de apoio PMR coloridas são pintadas. Utilizando o mesmo processo de fabrico, a pintura permite aos fabricantes oferecer uma ampla gama de acabamentos.

Existem tintas antibacterianas que matam as bactérias. Neste caso, o princípio ativo encontra-se na superfície do revestimento. Quando o produto é riscado, as propriedades antibacterianas desaparecem. A pintura pode ficar danificada e, por vezes, descascar, dependendo da sua qualidade e do tipo de ambiente - frequentemente húmido - onde a barra de apoio é instalada. Podem então formar-se nichos bacterianos ao longo do tempo, aumentando o risco de contaminação através das mãos.

Algumas barras de apoio para pessoas com mobilidade reduzida, são revestidas com uma película adesiva antimicrobiana. Uma vez perfurada, o utilizador fica em contacto direto com o acabamento da barra de apoio. Trata-se frequentemente de aço pintado sem tratamento antibacteriano.

NylonClean, eficácia aprovada

A DELABIE, especialista em locais públicos, tem como palavra de ordem «Higiene a todos os níveis»!



As barras de apoio NylonClean DELABIE têm um tratamento antibacteriano. Esta proteção contra o desenvolvimento bacteriano e o aparecimento de bolores, associada a um processo de limpeza regular, proporciona uma higiene ótima e uma proteção contra a contaminação através das mãos.

O princípio ativo é incorporado no material durante o fabrico. Por conseguinte, as propriedades antibacterianas não podem ser degradadas ou eliminadas ao longo do tempo, por golpes, radiação UV ou limpeza sucessiva com produtos químicos.

A eficácia antibacteriana do NylonClean é duradoura e foi comprovada por um laboratório independente (CTTM – Centre

de Transfert de Technologie du Mans - www.cttm-lemans.com), de acordo com a norma ISO 22196:2011 que especifica um método de avaliação da atividade antibacteriana dos plásticos tratados com antibacterianos, e outras superfícies não porosas de produtos (incluindo produtos intermédios): www.iso.org

Foi dada especial atenção ao design das barras de apoio NylonClean para reduzir o número de juntas e ligações. Isto evita a acumulação de depósitos de impurezas e nichos bacterianos, ou o aparecimento de um fio preto, particularmente nas partes retas feitas de uma única peça, que entram mais em contacto com as mãos.

QUAL É A BARRA DE APOIO A ESCOLHER PARA UMA HIGIENE DE EXCELÊNCIA?

As barras PMR NylonClean DELABIE estão perfeitamente adaptadas aos locais públicos e, nomeadamente, aos estabelecimentos de saúde, aos lares de idosos, aos ambientes dedicados aos pacientes muitas vezes imunocomprometidos, mais frágeis e particularmente suscetíveis de contágio. ●



¹ Senior Marketing & Communications Manager da Delabie 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.

