

GH GESTÃO HOSPITALAR

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

N.º 45 // ABRIL MAIO JUNHO 2026

TRIMESTRAL // GRATUITA // www.apah.pt

AUDITORIA INTERNA

PRESTAÇÃO
DE CONTAS E
MECANISMOS
DE CONTROLO
NA INTEGRIDADE
DA SAÚDE

17.ª CONFERÊNCIA DE VALOR APAH

REFLEXÕES
SOBRE CUIDADOS
DE SAÚDE
PRIMÁRIOS

GOVERNAÇÃO

PORQUE DEVEM
OS SERVIÇOS DE
SAÚDE PÚBLICA
SER UM PILAR
DAS ULS?

Rita Sá Machado
Diretora-Geral
da Saúde

ENTREVISTA

**“O FINANCIAMENTO DEVE SEGUIR
TAMBÉM AS COMUNIDADES,
NÃO APENAS O DOENTE”**



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. Subscriba já!



SUMÁRIO

ABRIL MAIO JUNHO 2026

GESTÃO HOSPITALAR

PROPRIEDADE



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

DIRETOR

Xavier Barreto

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Bruno Moita, Sandra Olim

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Sofia Marques

EDIÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO



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

PROJETO GRÁFICO

Sara Henriques

BANCO DE IMAGENS

Getty Images

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita

PERIODICIDADE

Trimestral

DEPÓSITO LEGAL N.º

16288/97

ISSN N.º

0871- 0767

TIRAGEM

1.500 exemplares

IMPRESSÃO

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

Esta revista foi escrita segundo as novas regras do Acordo Ortográfico

Estatuto Editorial disponível em www.apah.pt

4 Editorial

A Gestão dos Cuidados de Saúde Primários

6 História da Saúde

Outão: beleza natural e saúde

8 Direito Biomédico

As vagas sociais e as insuficiências do regime do maior acompanhado

10 Saúde Pública

Integração, prevenção e governação: porque devem os serviços de saúde pública ser um pilar das ULS?

14 Auditoria Interna

Transparência, prestação de contas e mecanismos de controlo

18 Voz do Cidadão

A importância do RSEu e o Cartão de Pessoa com Doença Crónica e/ou Rara

20 Gestão

OncoPath: o percurso no tempo certo - Transformar dados em governação do percurso oncológico

24 Entrevista

Rita Sá Machado, Diretora-Geral da Saúde

30 Estudo

10.ª edição do Barómetro dos Internamentos Sociais: análise integrada e implicações para o SNS

34 Estudo

Impacto do rastreio do cancro do pulmão na capacidade assistencial da Unidade Local de Saúde de Santa Maria

36 Profissionais

3 Perguntas a Hugo Quintino, Administrador da ULS Alentejo Central

38 Iniciativa APAH | Bolsa Capital Humano em Saúde

Beja+Lares: quando antecipar é cuidar melhor

40 Iniciativa APAH | Bolsa Capital Humano em Saúde

Centro de Saúde Sexual da ULS de Braga: da necessidade à criação do projeto

42 Iniciativa APAH | 17ª Conferência de Valor

Cuidados de Saúde Primários para todos: dos desafios às reflexões

44 Iniciativa APAH | 17ª Conferência de Valor

Formação em Cuidados de Saúde Primários: alinhamento entre Gestão Hospitalar e Medicina Familiar

45 Iniciativa APAH | Leading the Future

Capacitação para a transformação digital e redesenho de percursos assistenciais

46 Iniciativa APAH | International Forum 2027

Lisboa no centro do debate global sobre qualidade e segurança em saúde

48 Atividade APAH

Resumo de atividades – 2º trimestre



Xavier Barreto
Presidente da APAH

É tempo de o administrador hospitalar assumir o seu papel na gestão dos Cuidados de Saúde Primários. Sem substituir ninguém, sem replicar nos centros de saúde a cultura hospitalar e muito menos reclamando espaço por decreto ou por via de um organograma.

A Gestão dos Cuidados de Saúde Primários

A promessa das Unidades Locais de Saúde só se cumprirá se os cuidados primários deixarem de ser a periferia do sistema para passarem a ser o seu centro organizador. Foi por termos a clara consciência disso que dedicámos a 17.ª Conferência de VALOR APAH à gestão dos Cuidados de Saúde Primários. Falámos de integração, de transformação digital, de acesso, de recursos humanos, mas falámos, acima de tudo, de uma dimensão que atravessa todas as outras: a gestão.

Persiste a ideia de que, nos cuidados primários, os resultados dependem quase só da competência clínica. A evidência diz outra coisa: entre unidades com dotações semelhantes e o mesmo enquadramento normativo, há diferenças relevantes na cobertura vacinal, no controlo da diabetes, no perfil de prescrição, na acessibilidade ou na utilização da urgência hospitalar. O que as distingue não é, em regra, o saber clínico: é a forma como a equipa se constitui e se mantém estável, como as agendas são desenhadas e a procura é antecipada, se há circuitos claros para o doente crónico, se a informação disponível é efetivamente usada, como se divide o trabalho entre médicos, enfermeiros, secretariado clínico e as restantes profissões. Tudo isto é gestão - e tem impacto direto nos resultados em saúde.

O modelo das USF foi, provavelmente, a experiência de gestão mais bem-sucedida do SNS: alinhou autonomia organizativa, responsabilidade sobre uma população, medição de resultados e reconhecimento do desempenho. Duas décadas depois, o modelo precisa de ser melhorado. Precisamos de indicadores que reflitam os interesses dos doentes, de incentivos que premiem resultados e não “apenas” registos e de verdadeiros percursos integrados assentes em lógicas de contratualização que alinhem os interesses das equipas de todos os níveis de cuidados.

A transição para um financiamento por capitação torna a discussão inadiável. A partir do momento em que as instituições passaram a responder pela saúde de uma população (e não pela produção de episódios), o valor deixou de ser criado sobretudo dentro do hospital, passando antes a criar-se na prevenção, na gestão da doença crónica, na redução do internamento desnecessário e na articulação com a comunidade.

Se o modelo de gestão do SNS mudou, o âmbito da nossa profissão tem de acompanhá-lo. O administrador hospitalar chama-se hospitalar por razões históricas, mas o planeamento, a contratualização, a análise de informação, a gestão de pessoas, o desenho de processos e a decisão de investimento não são competências de uma área estanque. É tempo de o administrador hospitalar assumir o seu papel na gestão dos Cuidados de Saúde Primários. Sem substituir ninguém, sem replicar nos centros de saúde a cultura hospitalar e muito menos reclamando espaço por decreto ou por via de um organograma. O nosso lugar nos cuidados de saúde primários deve ser conquistado pelo que podemos acrescentar e pelo contributo que podemos dar ao desenvolvimento do seu modelo de gestão.

Uma ULS mais integrada e mais eficiente será, necessariamente, uma ULS em que os cuidados de saúde primários pesam mais - em recursos, em capacidade instalada e na influência sobre a decisão. Se a nossa presença servir para preservar o equilíbrio herdado, terá sido inútil. Se servir para o alterar, terá valido a pena. Trabalhemos então para isso, com a consciência de que essa será a melhor forma de garantir o futuro e a sustentabilidade do SNS. ●

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



Outão: beleza natural e saúde

Jorge Varanda¹

A beleza da paisagem, a pureza dos ares e a riqueza da história e das construções do Outão tornam apropriado que lhe seja aplicada a expressão que herdámos dos romanos o “Espírito do Lugar” (originalmente do latim *Genius Loci*) a qual se refere ao conjunto de características tangíveis e intangíveis que conferem identidade única, significado e emoção a um determinado espaço. O espírito de um lugar é formado pela interação dinâmica entre os elementos físicos (edifícios, paisagens, objetos) e imateriais (memórias, tradições, rituais e festivais). No caso em apreço, é elevado o espírito do local.

Selectivos como eram, os romanos descobriram o Outão e deixaram ali marca da sua presença. Essa presença está associada aos vestígios de um templo dedicado a Neptuno, erguido no promontório estratégico, como posto de vigia à entrada do estuário do Sado, e local de culto. Esses dados arqueológicos foram descobertos no século XVI durante obras realizadas na fortificação. Para além da presença romana no Outão, é de sublinhar a importância da colonização romana de Setúbal, durante a qual a povoação experimentou um enorme desenvolvimento, com instalação de fábricas de salga de peixe e fornos para cerâmica, que serviram para o seu desenvolvimento.



O Outão é uma das zonas mais emblemáticas da Serra da Arrábida, localizando-se na sua encosta nascente, junto à cidade de Setúbal. Esta área representa o ponto exato de transição do verde da serra a fundir-se com o estuário do Sado e o Oceano Atlântico. O Sado (antigamente chamado Sádão) nasce a 230m de altitude, na Serra da Vigia no município de Ourique, e percorre 180 quilómetros até desaguar no Atlântico em frente a Setúbal. De jusante de Alcácer do Sal até à foz desenvolve-se o seu largo estuário, separado do oceano pela península de Troia.

Ao longo dos séculos o Outão albergou uma fortaleza para a defesa do Sado e de Setúbal. Começa com D. João I que ali instalou uma torre de vigia em 1390, a qual foi ampliada no século XVI e dotada de baluartes para resistir a canhões. Por sua vez, D. João IV mandou acrescentar a fortaleza, dando-lhe o formato que hoje tem. Diante da progressiva perda de funções defensivas face à evolução dos meios de guerra, a fortaleza foi desactivada no século XIX e as suas instalações utilizadas como prisão.

Posteriormente, em 1890, sofreu obras de adaptação para residência de veraneio de D. Carlos e da Rainha Dona Amélia. Os Reis costumavam passar férias de verão em Setúbal, mais especificamente na histórica Fortaleza do Outão. A Rainha Dona Amélia aproveitava o microclima único e as praias abrigadas da zona do Outão. Passava os dias a banhos no rio e no oceano, acompanhada

das suas aias e damas de companhia. Isto aconteceu antes de o monarca ser aclamado rei e mudar o foco do veraneio oficial da corte para Cascais.

Foi a partir deste contexto que o forte foi adaptado a funções de saúde. Em 1900, a Rainha D. Amélia doou a fortaleza para a instalação de um sanatório marítimo, o primeiro estabelecimento da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Abriu a 6 de junho de 1900 com a missão de tratar crianças com tuberculose óssea e ganglionar, aproveitando o clima ameno, a luz solar e os ventos oceânicos ideais segundo os conceitos médicos da época. No centro do conjunto fortificado subsiste a antiga torre de defesa da barra, de muros verticais, com mata-cães nos ângulos. Rodeando a torre, existem edificações de dois e três andares, entre as quais a capela dedicada a Santiago, revestida a azulejos joaninos em azul e branco, com representações da Virgem e cenas da vida de Santiago. O bloco hospitalar, construído no lugar das antigas casamatas, é rasgado por varandas-solário e está virado para a plataforma do lado oeste.

Em Abril de 1971, o Sanatório Marítimo do Outão, até ali pertencente ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, é integrado na organização hospitalar da Direcção Geral dos Hospitais e classificado como Hospital Central Especializado em Ortopedia. Por sua vez, o Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) foi formalmente criado a 31 de dezembro



de 2005, através do Decreto-Lei n.º 233/2005, iniciando a sua atividade agregada em janeiro de 2006. Esta entidade nasceu da unificação de dois hospitais com perfis distintos: o Hospital de São Bernardo: unidade geral e polivalente inaugurada a 9 de maio de 1959 e o Hospital Santiago do Outão, unidade especializada em ortopedia.

No âmbito da reforma global do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, o modelo do Centro Hospitalar de Setúbal foi extinto no final de 2023. Através do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, o CHS fundiu-se com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Arrábida, dando origem à atual Unidade Local de Saúde (ULS) da Arrábida, que agora integra a gestão dos cuidados de saúde primários (centros de saúde) e dos cuidados hospitalares numa única estrutura.

O Hospital Ortopédico Santiago do Outão dispõe de três salas operatórias integradas no seu Bloco Operatório especializado em Ortopedia. Estas três salas fazem parte da capacidade cirúrgica da ULS da Arrábida, que conta ainda com outras seis salas operatórias centralizadas no Hospital de São Bernardo. Recentemente, o bloco do Outão recebeu investimentos de modernização, incluindo a aquisição de mesas operatórias de última geração para reforçar a capacidade cirúrgica e a segurança dos procedimentos.

O número oficial de camas pode variar ligeiramente consoante os planos de contingência sazonais, mas a capacidade regular instalada nas duas unidades que compõem os hospitais da actual ULS da Arrábida divide-se da

Nada é desvendado quanto ao futuro do Hospital do Outão e em particular quanto à sua continuidade

seguinte forma: o Hospital Ortopédico Santiago do Outão conta com uma lotação estável entre 32 e 61 camas de internamento. Por ser um hospital central especializado, a sua capacidade foca-se exclusivamente em doentes das áreas de ortopedia, traumatologia e reabilitação. Por sua vez, o Hospital de São Bernardo é uma unidade central polivalente, tendo uma capacidade de internamento muito superior, estimada em cerca de 400 camas.

Quanto ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação, os profissionais estão integrados no serviço geral da ULS, mas o Hospital do Outão conta com um ginásio de reabilitação funcional próprio focado na recuperação de doentes operados. Foco da actividade: a equipa de fisioterapia presente no Outão dedica-se essencialmente à reabilitação intensiva e precoce de doentes submetidos a grandes cirurgias ortopédicas (como a colocação de próteses do joelho ou anca através de cirurgia robótica) e doentes integrados no internamento de ortopedia infantil.

Parece relevante sublinhar que os profissionais pertencem aos quadros globais da Unidade Local de Saúde da Arrábida e que muitos médicos especialistas e enfermeiros rodam as

suas escalas entre o Hospital de S. Bernardo (onde asseguram urgências e consultas) e o Hospital do Outão (onde realizam cirurgias planeadas e acompanham o internamento). No Outão funcionam especificamente equipas dedicadas ao Departamento do Aparelho Locomotor, que agrega a Ortopedia, Cirurgia Plástica e a Medicina Física e Reabilitação

Nada é desvendado quanto ao futuro do Hospital do Outão e em particular quanto à sua continuidade, na sequência da ampliação do Hospital de S. Bernardo. Principais melhorias: o novo edifício vai acolher as novas urgências de adultos e pediátricas, além de um bloco materno-infantil com novos serviços de partos e pediatria. Impacto no hospital atual: a transferência destas especialidades para a nova ala vai libertar espaço no edifício antigo, permitindo reorganizar e melhorar a capacidade de atendimento dos restantes serviços. Daqui não se pode concluir obrigatoriamente o encerramento do Hospital do Outão. Aguardemos. ●

REFERÊNCIAS

- Wikipedia
- Palma-Rodrigues, Rogério
- O Sanatório e a Tuberculose, 1900-1950. Meio Século de Trabalhos e Memórias. Editora By The Book, 2024

Nota: Este autor não escreve segundo o Acordo Ortográfico.

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

As vagas sociais e as insuficiências do regime do maior acompanhado

André Gonçalo Dias Pereira¹

O problema das chamadas “vagas sociais” constitui hoje uma das manifestações mais visíveis da dificuldade do sistema jurídico e assistencial português em responder às situações de vulnerabilidade adulta. Trata-se de casos em que a pessoa já obteve alta clínica, mas permanece internada no hospital por inexistência de resposta familiar, social ou institucional adequada. A Portaria n.º 20/2026/1, de 20 de janeiro, reconhece expressamente esta realidade ao prever um regime de articulação interinstitucional para pessoas que, após alta clínica, continuam internadas em hospitais do SNS exclusivamente por motivos sociais, designadamente por dependência, incapacidade, ausência ou insuficiência de apoio familiar ou inexistência de rede formal de suporte. A resposta legislativa recente revela, assim, que o problema deixou de ser meramente hospitalar: ele situa-se na fronteira entre saúde, segurança social, família, capacidade jurídica e proteção da autonomia pessoal.

A dimensão do fenómeno é particularmente expressiva. Segundo dados divulgados em 2026, os internamentos sociais aumentaram quase 20% num ano, ocupando cerca de 13,9% das camas do SNS, com 2.807 pessoas internadas por motivos inadequados à função hospitalar, isto é, sem necessidade clínica de permanência em internamento. Estes internamentos representavam mais de 439 mil dias de hospitalização inapropriada e um custo estimado superior a 350 milhões de euros anuais para o Estado. O Governo reconheceu igualmente a existência de centenas de pessoas internadas em hospitais por razões sociais e não médicas, tendo anunciado o reforço das respostas destinadas a pessoas com alta médica que continuam nos hospitais, incluindo camas intermédias e respostas residenciais ou domiciliárias.

O impacto desta realidade é duplo. Por um lado, os hospitais veem a sua capacidade assistencial diminuída, com camas ocupadas por pessoas que já não carecem de internamento clínico, dificultando admissões, cirurgias e resposta às urgências. Por outro lado, as próprias pessoas permanecem em ambiente hospitalar

quando deveriam transitar para respostas mais adequadas, com riscos acrescidos de infeções, perda funcional, isolamento e institucionalização prolongada. A criação de camas intermédias, com financiamento específico às instituições sociais, procura mitigar este bloqueio, mas não elimina o problema de fundo: a existência de adultos vulneráveis que, por ausência de suporte familiar ou institucional adequado, ficam suspensos entre o hospital, a segurança social e o direito civil.

É neste contexto que assume particular relevância o Parecer 140/CNECV/2026, sobre o consentimento informado em cuidados continuados integrados. Embora incida especificamente sobre os cuidados continuados integrados, a sua relevância ultrapassa esse domínio, pois ilumina uma questão central: a transição do hospital para uma unidade de cuidados não pode ser tratada como simples decisão administrativa, logística ou meramente clínica.

Com efeito, a passagem de uma pessoa do hospital para cuidados continuados ou para uma resposta social residencial afeta dimensões essenciais da sua vida: residência, quotidiano, relações familiares, intimidade, autonomia, dependência e perceção da própria dignidade.

Está em causa, por isso, uma decisão existencialmente densa, que deve ser precedida de informação adequada, compreensão efetiva, participação da pessoa e, quando necessário, apoio à decisão. O Parecer 140/CNECV/2026 confirma a necessidade de compreender o consentimento informado não como um ato burocrático ou pontual, mas como processo comunicacional, deliberativo e centrado na pessoa vulnerável.

Esta orientação ética converge com uma tendência mais ampla do direito contemporâneo: proteger a pessoa vulnerável não significa substituí-la automaticamente, mas criar condições para que a sua vontade continue a ser juridicamente relevante. Quando a pessoa conserva capacidade decisória, ainda que fragilizada, deve ser apoiada na compreensão da informação, na ponderação das alternativas e na manifestação das suas preferências. Quando essa capacidade se encontra comprometida, a decisão deve procurar reconstruir, tanto quanto possível, a sua vontade presumível, considerando a sua

história, valores, crenças, relações e modo de vida. Assim, a família, os cuidadores ou os representantes não devem ocupar o lugar da pessoa como titulares autónomos da decisão, mas funcionar como mediadores da sua biografia moral.

É precisamente esta lógica que se encontra, ao menos em termos programáticos, no regime do Maior Acompanhado, criado pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto. Este diploma eliminou os antigos institutos da interdição e da inabilitação, substituindo-os por um modelo único e flexível de acompanhamento. A reforma pretendeu abandonar uma conceção rígida, biomédica e substitutiva da incapacidade, assente na ideia de que certas pessoas deveriam ser afastadas do exercício dos seus direitos, para adotar uma lógica de apoio, proporcionalidade e preservação da autonomia possível.

O regime do Maior Acompanhado assenta, assim, numa matriz monista: há uma única medida – o acompanhamento – cujos contornos devem ser moldados às necessidades concretas do beneficiário. O artigo 143.º do Código Civil estabelece que o acompanhante é, em primeiro lugar, escolhido pelo próprio acompanhado ou pelo seu representante legal e designado judicialmente; na falta de escolha, o tribunal deve deferir o acompanhamento à pessoa cuja designação melhor salvaguarde o interesse imperioso do beneficiário.

Nesta arquitetura, o juiz é frequentemente descrito como um “juiz-alfaiate”, incumbido de elaborar um “fato à medida” do beneficiário. A decisão judicial deve atender às capacidades preservadas, às limitações efetivas, às necessidades concretas de apoio e à vontade da pessoa. O acompanhamento não deve, por isso, traduzir-se numa incapacidade geral, mas numa resposta proporcional, necessária e individualizada. Todavia, a prática revela tensões relevantes.

Nos casos de ausência, indisponibilidade ou inidoneidade da família, o artigo 143.º, n.º 2, admite a designação da pessoa indicada pela instituição onde o acompanhado se encontre integrado, ou de “outra pessoa idónea”. Na prática judiciária, esta abertura tem permitido a nomeação de diretores de hospitais, lares, unidades de cuidados continuados ou comunidades terapêuticas como acompanhantes. A solução pode ser compreensível quando não existe qualquer familiar ou terceiro disponível

e quando o dirigente mantém com o beneficiário uma relação de proximidade efetiva. Porém, suscita riscos evidentes de conflito de interesses, sobretudo quando o acompanhante é simultaneamente responsável pela instituição que cobra mensalidades, gere a permanência do utente ou tem interesse na manutenção da resposta institucional.

O artigo 150.º do Código Civil procura responder a este risco, determinando que o acompanhante deve abster-se de agir em conflito de interesses com o acompanhado e, quando necessário, requerer ao tribunal autorização ou as medidas concretamente convenientes. Daqui resulta que a mera possibilidade abstrata de conflito não impede necessariamente a nomeação do diretor da instituição. Contudo, também não autoriza a sua banalização. Quando o conflito é pontual, pode ser controlado por autorização judicial, limitação de poderes ou intervenção casuística do tribunal; quando é estrutural, permanente ou compromete a independência do acompanhante, a nomeação deve ser afastada ou acompanhada da designação de outro acompanhante para matérias patrimoniais. É aqui que se revela uma das principais fragilidades da Lei n.º 49/2018: a reforma modernizou o paradigma jurídico da incapacidade, mas não criou uma infraestrutura institucional capaz de garantir a sua aplicação em contextos de abandono familiar, isolamento social ou institucionalização prolongada. O artigo 151.º do Código Civil estabelece que as funções do acompanhante são gratuitas, sem prejuízo da alocação de despesas, consoante a condição do acompanhado e do acompanhante, impondo ainda a prestação de contas ao acompanhado e ao tribunal quando cesse a função ou quando tal seja judicialmente determinado.

Esta gratuidade revela a permanência de uma lógica familiarista e altruística: presume-se que existirá alguém próximo, disponível e capaz de assumir gratuitamente uma função complexa, exigente e potencialmente duradoura.

Esta pressuposição é cada vez menos realista. O envelhecimento populacional, o aumento das doenças neurodegenerativas, a redução da dimensão dos agregados familiares, a dispersão geográfica dos descendentes e o crescimento das pessoas idosas a viver sozinhas colocam em crise um modelo assente na solidariedade familiar espontânea. Quando não existe família idónea, o sistema não dispõe de uma resposta profissional estável. Daí que se reclame a criação de acompanhantes profissionais, devidamente reconhecidos, formados, remunerados ou justamente

ressarcidos, sujeitos a deveres reforçados de prestação de contas, fiscalização judicial e autorização prévia para a prática de atos especialmente sensíveis.

A profissionalização do acompanhamento não significaria transformar a vulnerabilidade num mercado nem substituir a família por uma burocracia impessoal. Pelo contrário, permitiria assegurar que pessoas sem rede familiar não ficam dependentes de soluções improvisadas ou institucionalmente conflitantes. O acompanhante profissional deveria atuar de forma subsidiária, quando inexistissem alternativas pessoais adequadas, e sempre subordinado à vontade, preferências, valores e biografia do beneficiário. A sua formação deveria abranger direito civil, ética do cuidado, saúde mental, comunicação com pessoas cognitivamente vulneráveis, gestão patrimonial, prevenção de abusos e reconstrução da vontade presumível. Não menos criticável é a ausência, no direito português, de previsão expressa da designação de pessoas coletivas como acompanhantes. Em contextos de internamento ou institucionalização, a possibilidade de confiar funções de acompanhamento a entidades coletivas independentes, credenciadas, fiscalizadas e profissionalizadas poderia representar uma melhoria significativa para beneficiários carenciados de apoio. Em vez de se recorrer ao diretor da própria instituição onde a pessoa reside, seria possível mobilizar entidades externas especializadas, com equipas técnicas qualificadas e sujeitas a controlo judicial rigoroso.

A comparação europeia confirma que esta solução é juridicamente possível. No direito alemão, o § 1818 do Bürgerliches Gesetzbuch permite que o tribunal nomeie uma associação de acompanhamento reconhecida (Betreuungsverein) quando o adulto o deseje ou quando não possa ser suficientemente acompanhado por uma ou várias pessoas singulares. A associação deve depois atribuir a execução concreta da medida a uma pessoa determinada e comunicar essa identificação ao tribunal, respeitando as preferências do adulto sempre que não existam razões relevantes em contrário. O mesmo regime admite, em último caso, a nomeação da autoridade pública competente, demonstrando a existência de respostas escalonadas para situações em que a família ou terceiros próximos falham.

Também o modelo catalão oferece uma alternativa relevante. A Lei 25/2010 estruturou instituições de proteção da pessoa e permitiu o desenvolvimento de entidades tutelares sem fins lucrativos, organizadas como fundações ou

associações, vocacionadas para apoiar adultos vulneráveis em situações de inexistência ou inidoneidade familiar. Posteriormente, o Decret Llei 19/2021, de 31 de agosto, adaptou o Código Civil da Catalunha à reforma da capacidade jurídica, abolindo para o futuro os pressupostos tradicionais da tutela, curadoria e responsabilidades parentais prorrogada ou reabilitada, em linha com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. As antigas entidades tutelares foram reconvertidas em entidades de apoio, orientadas para auxiliar o exercício da capacidade jurídica no respeito pela vontade e preferências da pessoa assistida. Em sentido inverso, Portugal continua preso a uma solução incompleta. A Lei n.º 49/2018 proclamou corretamente a centralidade da autonomia, da proporcionalidade e da personalização, mas manteve o exercício do acompanhamento dependente de familiares, amigos, terceiros altruístas ou, em última instância, dirigentes institucionais. O resultado é paradoxal: o regime promete um acompanhamento “à medida”, mas nem sempre dispõe de pessoas ou entidades capazes de o concretizar. Nos hospitais, nas unidades de cuidados continuados e nos lares, esta lacuna torna-se particularmente visível, pois as situações de alta social, dependência e incapacidade decisória exigem respostas rápidas, qualificadas e independentes.

Em suma, o problema das vagas sociais mostra que a vulnerabilidade adulta já não pode ser tratada como questão privada da família. O Parecer 140/CNECV/2026 confirma que as decisões de transição entre cuidados devem ser participadas, informadas e centradas na pessoa. Tanto mais que muitas das chamadas “vagas sociais” derivam da ausência de resolução de processos judiciais de maior acompanhado.

O regime do Maior Acompanhado fornece o quadro jurídico adequado para proteger sem anular a vontade. Mas a ausência de acompanhantes profissionais e de pessoas coletivas credenciadas impede que esse quadro produza todos os seus efeitos. A reforma de 2018 foi, por isso, decisiva no plano dos princípios, mas insuficiente no plano institucional. O passo seguinte deverá consistir em criar uma rede profissional, independente e fiscalizada de apoio a adultos vulneráveis, capaz de assegurar que ninguém permanece no hospital, numa instituição ou num processo judicial apenas porque o Direito ainda não encontrou quem possa, com competência e isenção, acompanhar a sua vontade. ●

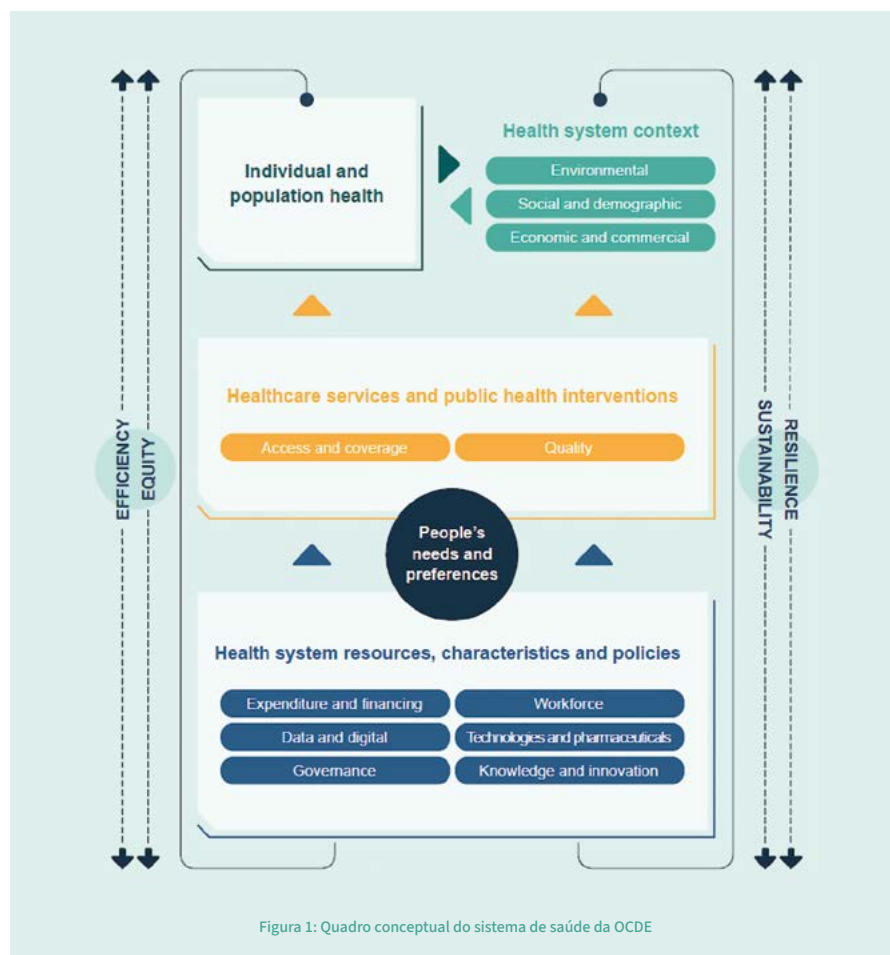
Integração, prevenção e governação: porque devem os serviços de saúde pública ser um pilar das ULS?

João Paulo Magalhães¹

No âmbito do VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública que decorrerá entre os dias 30 de setembro e 2 de outubro, em Espinho, subordinado ao mote “Da política à comunidade: um contrato para a saúde”, um dos eixos centrais de reflexão incide sobre o lugar da saúde pública no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esse debate tornou-se ainda mais pertinente com a reforma organizativa do sistema de saúde em Portugal, concretizada em 2024, com a criação de 39 Unidades Locais de Saúde (ULS).

A criação das ULS teve desígnios essenciais: melhorar a integração de cuidados, reforçar a articulação entre diferentes níveis de prestação e aumentar a eficiência do sistema, colocando sob o mesmo conselho de administração os cuidados hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados. Trata-se de uma reforma com potencial transformador. Mas, para que esse potencial se cumpra, importa reconhecer uma omissão crítica: a saúde pública continua sem o reconhecimento estrutural e legislativo que deveria ter neste novo modelo organizativo.

É precisamente aqui que importa ser claro. Se o SNS quer verdadeiramente dar um salto qualitativo para a promoção da saúde e prevenção da doença e se as ULS pretendem ser verdadeiras estruturas integradas de resposta às necessidades em saúde das populações, então a saúde pública deve ser reconhecida como um dos seus pilares. Não como um complemento periférico, não como uma função acessória, mas como uma dimensão constitutiva da governação, do planeamento e da ação em saúde.



Um sistema orientado para a integração não pode omitir a saúde pública

A reforma das ULS procura responder a um problema conhecido do SNS, que é a fragmentação entre níveis e tipos de cuidados. A integração organizacional é, sem dúvida, um passo importante para melhorar continuidade assistencial, racionalidade de recursos e coordenação de respostas. Contudo, se essa integração for pensada apenas na lógica da prestação de cuidados individuais, permanece incompleta.

A saúde das populações não depende apenas da articulação entre consultas, internamentos, cuidados domiciliários ou reabilitação. Depende também, e de forma decisiva, da capacidade do

sistema para conhecer necessidades, identificar riscos, antecipar problemas, prevenir doença, promover saúde, reduzir desigualdades e preparar respostas coletivas. Essas são funções nucleares da saúde pública.

Sem esta dimensão, as ULS correm o risco de serem estruturas mais integradas do ponto de vista assistencial, mas ainda limitadas do ponto de vista populacional e estratégico. E isso seria desperdiçar uma oportunidade histórica de reorganização do sistema de saúde em Portugal.

Promoção da saúde e prevenção da doença exigem serviços de saúde pública fortes

Há décadas que o sistema de saúde

português, os vários governos e demais órgãos de soberania, afirmam, em sucessivos documentos e intervenções, a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença. Mas essa prioridade tem permanecido muitas vezes mais retórica do que operacional. A organização do SNS continua fortemente orientada para responder à doença instalada, enquanto a prevenção surge frequentemente como responsabilidade difusa, sem liderança clara, sem enquadramento normativo suficiente e sem instrumentos robustos de execução e avaliação.

Ora, qualquer evolução séria neste domínio exige um princípio organizador simples, isto é, a promoção da saúde e a prevenção da doença têm de passar pelos serviços de saúde pública.

Não porque estas funções lhes pertençam em exclusividade, mas porque os serviços de saúde pública são a estrutura do SNS com mandato, competências e posicionamento institucional para as liderar, coordenar e articular. São essas as suas funções essenciais¹:

- Avaliar o estado de saúde das populações, priorizar os problemas e riscos, e planear estrategicamente e de forma intersectorial;
- Preparar, prevenir e responder a emergências em saúde pública;
- Vigiar e mitigar os riscos que afetem as populações;
- Desenhar, gerir e implementar intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença e de deteção precoce;
- Promover a colaboração e a interligação entre o setor da saúde e os atores comunitários, assim como entre estes atores;
- Promover o acesso aos cuidados de saúde e apoiar o planeamento e organização dos serviços de saúde;
- Implementar e apoiar a investigação epidemiológica e de serviços de saúde.

Num modelo como o das ULS, que pretende integrar cuidados e aproximar respostas das populações, esta função torna-se ainda mais indispensável. A saúde pública é o elo que permite ligar a lógica assistencial à lógica populacional, a atividade clínica à proteção da saúde coletiva, a resposta

aos episódios de doença à construção de intervenções em saúde.

A necessidade de reconhecer a saúde pública como pilar das ULS

É por isso que a Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública e a Ordem dos Médicos têm defendido, junto da tutela, que a saúde pública seja reconhecida legislativamente como um pilar das ULS, a par dos cuidados hospitalares, dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados.

Esta proposta não responde a uma lógica corporativa, mas antes a uma exigência de coerência do modelo (Figura 1), também em linha com as conceptualizações internacionais da OCDE² e da OMS³. Se as ULS existem para organizar melhor a resposta às necessidades das populações, então não podem omitir precisamente a área que melhor traduz essa perspetiva populacional, preventiva, territorial e intersectorial.

Reconhecer a saúde pública como pilar das ULS teria vários efeitos positivos. Em primeiro lugar, daria visibilidade ▶



Invenia™ ABUS Premium

Ecografia mamária automatizada

Inovação em Ecografia 3D.
Cancro pequeno. Grande impacto.

Rastreio



Diagnóstico



Estadiamento



Monitorização



Orientado por IA. Digitalização mais rápida e reprodutível

Melhor visualização de características suspeitas.
Maior confiança diagnóstica.

A Avaliação da Qualidade da Aquisição (Scan Quality Assessment) fornece uma avaliação qualitativa imediata durante o exame, garantindo a correta cobertura e posicionamento da mama.

A separação da aquisição da interpretação permite melhorar a eficiência, a consistência e a capacidade de resposta.

1. Estudo de Caso GE HealthCare: A implementação do Invenia ABUS melhora os benefícios operacionais e económicos. Prof. Aribal, Hospital Acibadem. JB21392XX. 2. A. Huppe et al., ABUS Interpretation Times – A Reader Performance Study, Academic Radiology, Volume 25, n.º 12, pp. 1577–1581, dezembro de 2018. 3. Shah et al., Journal of Diagnostic Medical Sonography, DOI: 10.1177/8756479313476920, 2013.

Invenia™ ABUS Premium é uma marca comercial da GE HealthCare. GE HealthCare é uma marca comercial da empresa General Electric utilizada sob licença de marca registada. Os produtos deste documento estão em conformidade com a legislação vigente - JB00520PT



44%

de redução do tempo de leitura para os radiologistas¹

18%

de redução dos custos operacionais¹



Leia um exame ABUS completo em menos de 3 minutos¹

10 minutos de tempo de ocupação da sala por exame

100%

das mulheres recomendariam um exame ABUS à sua melhor amiga¹



institucional à sua função estratégica, evitando que continue a ser remetida para uma posição secundária ou residual no desenho organizacional. A auditoria do Tribunal de Contas⁴ à gestão da pandemia claramente reconheceu fragilidades operacionais e recomenda a necessidade de melhorar os instrumentos e capacidade da ação da Saúde Pública. Em segundo lugar, permitiria reforçar a sua capacidade de influência na governação, no planeamento, na definição de prioridades e na avaliação de resultados. Este ponto ganha ainda maior importância no contexto da reforma administrativa do Ministério da Saúde, da descentralização de competências na área da saúde para os municípios e o reforço das competências na área da saúde nas Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional. Em terceiro lugar, ajudaria a afirmar a promoção da saúde e a prevenção da doença como dimensões estruturais da missão das ULS, e não apenas como enunciados genéricos. Por fim, criaria melhores condições para a organização dos serviços, para a alocação de recursos e para a responsabilização sobre resultados.

A centralidade da legislação

Este debate remete inevitavelmente para a definição legislativa dos serviços de saúde pública enquanto questão crítica. Ao longo dos anos, a saúde pública tem sofrido com enquadramentos insuficientemente claros, com indefinições funcionais e com fragilidades normativas que limitam a sua capacidade de afirmação dentro do sistema.

Se queremos que a saúde pública assuma plenamente o seu papel nas ULS e no SNS, é indispensável avançar para uma revisão legislativa que:

- clarifique o estatuto, as funções e os recursos humanos dos serviços de saúde pública;
- defina a sua posição no modelo organizacional das ULS;
- explicita as respetivas competências, responsabilidades e relações funcionais;
- garanta enquadramento para a sua liderança técnica e institucional;
- reconheça e reforce a rede de autoridades de saúde, enquanto instrumento exercido pelos médicos de saúde pública.

Legislar bem, neste caso, não é um exercício formal. É criar as condições

para que a saúde pública deixe de depender de boa vontade local ou de interpretações variáveis e passe a integrar, de forma estável e consistente, a arquitetura do sistema a par das ULS onde o modelo já vigora.

A legislação é também necessária para dar previsibilidade à organização, para assegurar coerência entre unidades e para permitir que a contratualização e a avaliação assentem em bases sólidas. Sem definição legislativa clara, a promoção da saúde e a prevenção da doença continuarão a ficar vulneráveis à dispersão de responsabilidades e a uma deficiente prioridade institucional.

Investimento além do financiamento

Naturalmente, esta transformação implica investimento financeiro. Nenhum serviço pode cumprir adequadamente funções complexas de planeamento, vigilância, análise, prevenção e articulação sem recursos humanos suficientes, meios técnicos, sistemas de informação e capacidade logística. Mas importa insistir que o investimento necessário não é apenas financeiro, é também organizacional, normativo e político.

É necessário definir uma carteira de serviços de saúde pública, melhorar instrumentos de gestão e estabelecer processos de contratualização ajustados às suas funções, criar indicadores adequados de monitorização e avaliação, reforçar a articulação entre saúde pública, cuidados de saúde primários, hospitais e cuidados continuados, e assegurar mecanismos de participação efetiva da saúde pública nos processos de decisão das ULS.

Só assim será possível passar de uma valorização abstrata da prevenção para uma integração concreta da prevenção na governação das organizações, porque o que está hoje em causa não é apenas a posição de uma área profissional no organograma de novas estruturas, mas antes o próprio modelo de sistema de saúde que queremos consolidar.

Se as ULS forem concebidas apenas como estruturas de integração assistencial, perderemos uma parte essencial da sua promessa transformadora. Se, pelo contrário, forem construídas com uma visão mais ampla, integrando a saúde pública como pilar do modelo organizacional, poderão tornar-se

verdadeiros instrumentos de governação em saúde das populações.

Essa diferença é decisiva, porque um sistema que trata melhor, mas previne pouco, continuará a responder tarde e sob pressão. Um sistema que integra a saúde pública na sua arquitetura pode antecipar riscos, reduzir instabilidade, apoiar decisões mais inteligentes e contribuir para ganhos em saúde mais sustentados.

Uma oportunidade que não deve ser perdida

O VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública⁵ irá procurar contribuir para este debate, chamando a atenção para a relação entre saúde pública, SNS e comunidade. No momento atual, esse esforço deve traduzir-se também numa mensagem muito concreta: a reforma das ULS só ficará completa quando reconhecer a saúde pública como um dos seus pilares estruturantes.

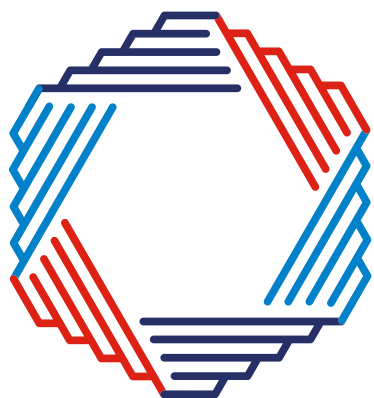
É tempo de passar do consenso verbal sobre a importância da prevenção e da promoção da saúde para uma decisão política e legislativa consequente. A saúde pública precisa de reconhecimento formal, enquadramento normativo robusto e capacidade efetiva de intervenção.

Se queremos um SNS mais integrado, mais preventivo e mais sustentável, então precisamos de ULS que não organizem apenas cuidados, mas que organizem também promoção da saúde e a prevenção da doença. E isso não será possível sem serviços de saúde pública fortes, bem definidos e plenamente integrados na governação do sistema. ●

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (2024), Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health. Geneva: World Health Organization.
2. OECD (2024), Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>.
3. Alliance for Health Policy and Systems Research (2022), Systems for health: everyone has a role, World Health Organization, Geneva.
4. Tribunal de Contas (2024), Gestão da Crise Pandémica COVID-19 - síntese das ações de controlo e lições para o futuro. Relatório N.1/2024-OAC-PG.
5. Todas as informações sobre o congresso encontram-se disponíveis no website da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública (www.anmsp.pt/cnm-sp-2026)

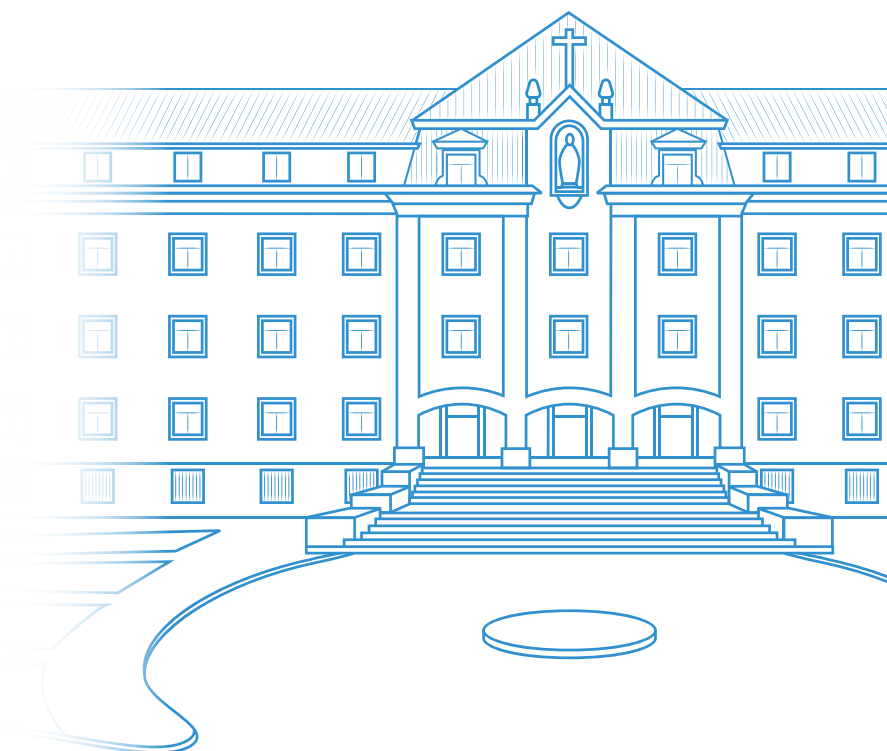
1. Vice-Presidente da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública



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

Eficiência dos cuidados de saúde

SDivine Fátima Hotel
Fátima
06 e 07 novembro



Organização

APAH
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Secretariado

admédic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

paula.cordeiro@admedic.pt
www.admedic.pt

Transparência, prestação de contas e mecanismos de controlo

Rute Serra¹

Introdução

O setor da saúde tem vindo a reforçar a centralidade dos sistemas de governação, gestão de risco e controlo interno, face às exigências relativas a mais transparência, prestação de contas e integridade institucional. Num contexto de elevada complexidade organizacional, fragmentação dos processos assistenciais, volumes financeiros transacionados e de fortes assimetrias de informação entre decisores, profissionais de saúde, prestadores e fornecedores (Transparency International, 2019; World Health Organization [WHO], 2016), os riscos de ocorrência de fraude e corrupção são significativos. Em Portugal, têm sido divulgadas estimativas que apontam para valores na ordem dos 800 milhões de euros anuais associados a práticas fraudulentas no Serviço Nacional de Saúde, ainda que a quantificação exata permaneça incerta.

Nos últimos anos, Portugal assistiu a um reforço significativo do seu quadro institucional anticorrupção, designadamente através da publicação do Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC) (Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 09 de dezembro), da atuação do Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e da valorização de modelos organizacionais assentes na gestão do risco e na monitorização contínua. Paralelamente, iniciativas dirigidas especificamente ao setor da saúde (e.g. a estratégia do Ministério Público para o combate à fraude no SNS [2026–2028], a criação da Comissão de Combate à Fraude no Serviço Nacional de Saúde [Resolução do Conselho de Ministros n.º 182/2025, de 26 de novembro] ou o novo SINACC - Sistema Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia, evidenciam uma preocupação crescente com a articulação entre prevenção, controlo e investigação deste tipo de fenómenos.

Não obstante, este reforço normativo e institucional não constitui a panaceia para a distância que ainda se verifica entre a formalização dos mecanismos de controlo e a sua eficácia real. Em muitos casos, os instrumentos de prevenção tendem a assumir uma natureza predominantemente documental, sem tradução consistente nas práticas organizacionais e nos processos de decisão. É precisamente neste desfasamento entre conformidade formal e efetividade operacional, que se concentram muitas das fragilidades das arquiteturas institucionais de integridade. Neste contexto, a auditoria interna assume uma relevância acrescida. Mais do que uma função tradicional de verificação ex post, emerge como um elemento central de uma verdadeira infraestrutura institucional de integridade, capaz de assegurar a avaliação contínua dos controlos, a identificação de vulnerabilidades e a monitorização da eficácia dos mecanismos de prevenção.

Em Portugal, têm sido divulgadas estimativas que apontam para valores na ordem dos 800 milhões de euros anuais associados a práticas fraudulentas no Serviço Nacional de Saúde, ainda que a quantificação exata permaneça incerta

2. Riscos de fraude e corrupção no setor da saúde

O setor da saúde em Portugal é caracterizado por uma elevada complexidade organizacional, que resulta, desde logo, da articulação entre diferentes níveis de cuidados, entidades públicas e privadas, sistemas de informação e modelos de financiamento, o que dificulta a supervisão efetiva e aumenta a opacidade de determinados processos.

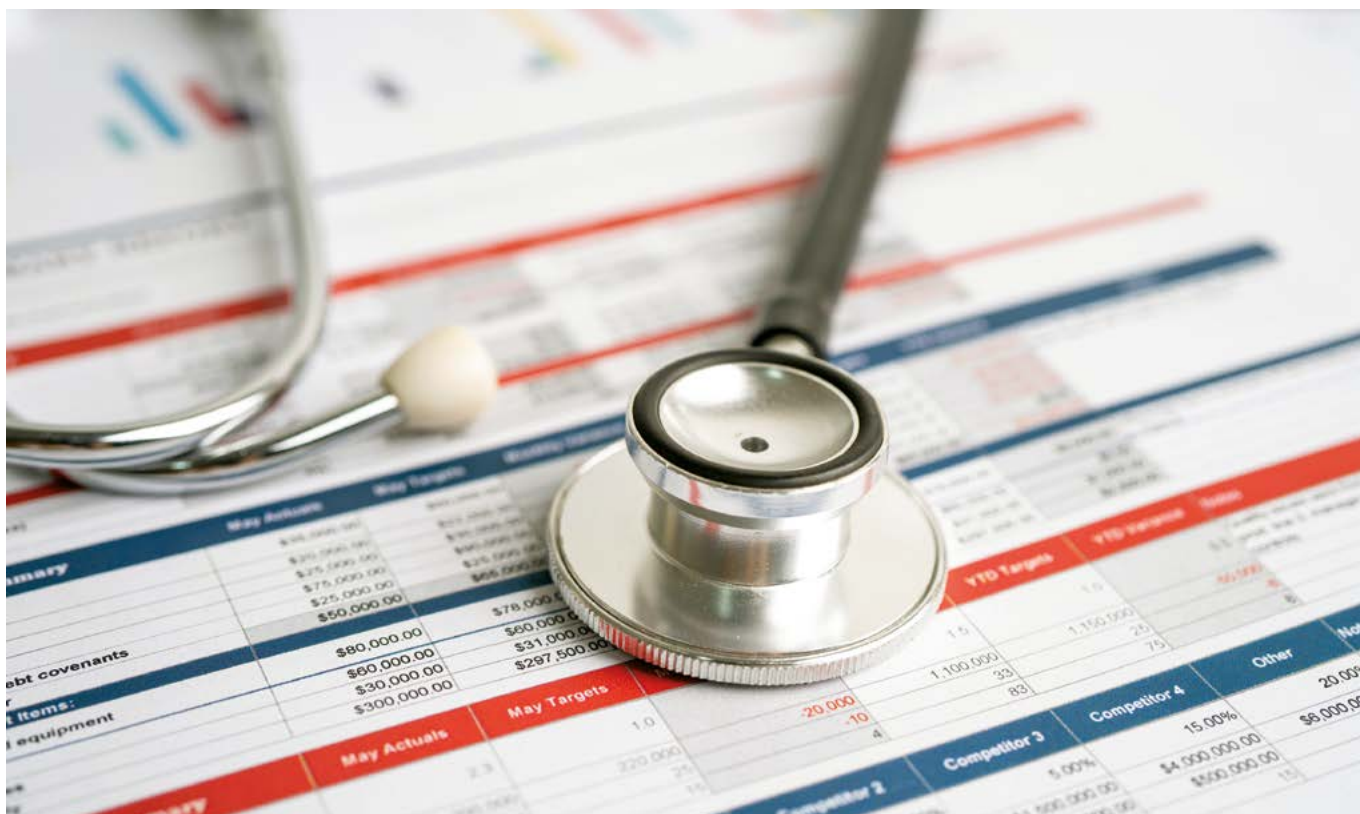
Entre as áreas de maior risco destacam-se a contratação pública, especialmente na aquisição de medicamentos, dispositivos médicos e serviços especializados; os processos de faturação clínica; e a utilização indevida de recursos públicos. Acrescem riscos associados à contratação de profissionais externos, à relação com entidades convencionadas e à influência indevida sobre decisões clínicas e administrativas.

A vulnerabilidade do setor resulta igualmente da dificuldade de escrutínio externo e da fragmentação dos processos operacionais, fatores que reduzem a capacidade de deteção precoce de irregularidades. Como apontado em diversos fóruns internacionais, a corrupção na saúde tende a desenvolver-se em ambientes caracterizados por elevada discricionariedade, baixa transparência operacional e insuficiência dos mecanismos de controlo efetivo (WHO, 2016; Transparency International, 2019).

Mais do que da ausência de regras, estas vulnerabilidades decorrem frequentemente de fragilidades na implementação, monitorização e articulação dos mecanismos de controlo (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2020).

3. Sistemas de prevenção da corrupção: entre formalização e eficácia

A implementação do RGPC veio acelerar a generalização de instrumentos formais de prevenção da corrupção, como planos de prevenção de riscos, códigos



de conduta, canais de denúncia e a necessidade de serem implementados eficazmente sistemas de controlo interno. Estes mecanismos alinham-se com referenciais internacionais de governação e controlo interno (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission [COSO], 2013; OECD, 2020) e aproximam-se de modelos desenvolvidos por agências anticorrupção europeias, como a Agência Francesa Anticorrupção e a Autoridade Nacional Anticorrupção de Itália, que enfatizam abordagens baseadas no risco e na monitorização contínua (Agence Française Anticorruption [AFA], 2024; Autorità Nazionale Anticorruzione [ANAC], 2022). Contudo, em Portugal, persiste uma abordagem predominantemente documental aos sistemas de prevenção. Em muitos casos, estes instrumentos surgem sobretudo como resposta a exigências regulatórias, sem uma efetiva integração nos processos de decisão, gestão e supervisão quotidiana. O resultado são estruturas de compliance formalmente robustas, mas operacionalmente frágeis. Com efeito, a existência de políticas e procedimentos não é, por si só, suficiente para assegurar a eficácia dos sistemas de integridade, sobretudo em contextos organizacionais complexos e expostos a elevados níveis de discricionariedade (COSO, 2013).

É precisamente neste ponto que a auditoria interna assume uma função crítica, ao permitir testar a efetividade dos controlos, identificar fragilidades operacionais e promover a melhoria contínua dos sistemas de integridade organizacional.

4. O papel da Auditoria Interna na prevenção da fraude e corrupção

A auditoria interna assume um papel central na operacionalização dos sistemas de integridade e prevenção da corrupção, nomeadamente em setores de elevada complexidade organizacional e forte exposição ao risco, como o da saúde. Esta função encontra-se alinhada com o modelo das “Three Lines”, promovido pelo Institute of Internal Auditors, segundo o qual a auditoria interna constitui a terceira linha (de defesa), responsável pela avaliação independente da eficácia dos sistemas de governação, gestão de risco e controlo interno (Institute of Internal Auditors [IIA], 2020). As Normas Globais de Auditoria Interna sublinham que a atividade de auditoria deve assentar numa abordagem baseada no risco, orientada para as áreas de maior exposição organizacional (IIA, 2024). No setor da saúde, é essencial identificar processos em áreas mais suscetíveis, como a contratação pública, a gestão de listas de espera, a contratação de médicos tarefeiros, ou ainda os processos de

faturação e investigação clínica.

A auditoria interna é preponderante na avaliação da eficácia dos controlos internos. Não basta verificar a existência formal de políticas ou procedimentos; importa avaliar se esses mecanismos têm eficácia real.

Na prática, esta atividade pode traduzir-se em auditorias concretas a áreas sensíveis, identificadas na sequência de processos de gestão do risco.

A análise de listas de espera pode permitir identificar padrões anómalos de priorização ou desvios nos critérios de acesso; a auditoria à contratação de profissionais tarefeiros pode evidenciar fragilidades procedimentais ou riscos de favorecimento; a utilização de ferramentas algorítmicas de análise de dados pode ainda permitir detetar padrões atípicos de prescrição, faturação ou utilização de meios complementares de diagnóstico.

Na consecução da sua missão, a auditoria interna pode e deve assumir também a sua vocação enquanto fonte de informação estruturada, para entidades externas de controlo e investigação. A estratégia do Ministério Público para o combate à fraude no SNS enfatiza precisamente a importância da recolha sistemática de dados, da análise de padrões de risco e da cooperação interinstitucional na prevenção e investigação de práticas fraudulentas, ►

o que fará todo o sentido ser articulado com as auditorias internas. Por fim, importa sublinhar a função dissuasora desta atividade.

É internacionalmente reconhecido que organizações com funções de auditoria robustas, independentes e orientadas para o risco tendem a apresentar maior capacidade de deteção precoce de irregularidades e menor tolerância organizacional a comportamentos desviantes (IIA, 2024; OECD, 2020).

5. A interação entre auditoria interna e o MENAC: da conformidade à aprendizagem institucional

A eficácia dos sistemas de prevenção da corrupção depende da capacidade de articulação entre o plano normativo e o plano operacional. Neste contexto, o fomento da interação entre o MENAC e as estruturas de auditoria interna das organizações de saúde pode constituir o garante de uma mais eficaz prevenção de fenómenos de natureza corruptiva. O MENAC tem vindo a consolidar uma abordagem preventiva ao fenómeno da corrupção, baseada no risco, na monitorização contínua e na responsabilização organizacional, particularmente no contexto de aplicação do RGPC. No setor da saúde, caracterizado por elevada exposição ao risco, a articulação com as auditorias internas das entidades prestadoras de serviços de saúde pode desempenhar um papel importante na identificação de fragilidades recorrentes, padrões emergentes de risco e dificuldades práticas de implementação dos mecanismos de prevenção permitindo, desse modo, transformar informação operacional dispersa, em conhecimento institucional útil para a prevenção da corrupção. Não esqueçamos, pois, que os sistemas anticorrupção mais eficazes são aqueles que assentam em mecanismos contínuos de aprendizagem institucional e coordenação entre diferentes atores organizacionais e regulatórios (OECD, 2020). Neste contexto, as orientações e instrumentos de orientação produzidos pelo MENAC e dirigidos especificamente ao setor da saúde, podem assumir um papel relevante na harmonização de práticas e no desenvolvimento de referenciais comuns de monitorização e controlo.

6. Desafios à eficácia da auditoria interna

Apesar do seu potencial, a eficácia da auditoria interna encontra-se

A crescente complexidade dos riscos exige igualmente competências multidisciplinares dos auditores

condicionada por desafios de natureza organizacional, técnica e institucional. Um dos principais pressupostos da atividade de auditoria é precisamente a independência funcional, o que demanda a existência de linhas de reporte adequadas, acesso direto aos órgãos de governação e autonomia suficiente para atuar sobre áreas sensíveis (IIA, 2024). A crescente complexidade dos riscos exige igualmente competências multidisciplinares dos auditores, que ultrapassam o domínio tradicional da auditoria financeira ou de conformidade. A deteção de padrões anómalos em dados clínicos e financeiros, a monitorização de conflitos de interesse ou a análise de contratação pública complexa requerem capacidade analítica avançada e recursos especializados.

Em contextos de elevada pressão assistencial é comum existir resistência organizacional à implementação das recomendações de auditoria. Porém, a experiência internacional demonstra que funções de auditoria interna robustas tendem a estar associadas a modelos organizacionais que asseguram independência efetiva, acesso transversal à informação e integração da auditoria nos processos estratégicos de gestão do risco e controlo interno (IIA, 2024; COSO, 2013).

7. Conclusão

A prevenção da fraude e da corrupção no setor da saúde não depende apenas da existência de normas, procedimentos ou estruturas formais de compliance. A efetividade dos sistemas de integridade exige mecanismos permanentes de monitorização e avaliação, capazes de assegurar que os instrumentos de controlo produzem efeitos concretos na mitigação dos riscos. Deste modo, a auditoria interna assume-se como um elemento central da infraestrutura institucional de integridade no setor da saúde. A sua

capacidade de articular gestão do risco, controlo interno, monitorização e análise de dados posiciona-a como uma função crítica para a consolidação de sistemas de governação mais transparentes, resilientes e orientados para a accountability.

O reforço da articulação entre as auditorias internas das entidades do ecossistema institucional de saúde e o MENAC constituirá uma evolução relevante do modelo português de prevenção da corrupção, nesta área. Contudo, a consolidação desta parceria colaborativa dependerá da capacidade das instituições de saúde de reforçar efetivamente as funções de auditoria interna, ao garantir a sua real independência, capacitação técnica e integração nos processos estratégicos de governação. Sem uma auditoria interna robusta e operacionalmente relevante, os mecanismos de prevenção dificilmente produzirão efeitos concretos na mitigação dos riscos. Pelo contrário, uma auditoria interna ativa, tecnicamente capacitada e articulada com as entidades reguladoras e de supervisão pode constituir um fator decisivo para o reforço da transparência, da prestação de contas e da confiança institucional no setor da saúde. ●

REFERÊNCIAS

- Agence Française Anticorruption. (2024). Guide pratique à l'attention des établissements publics de santé: Mettre en place ou mettre à jour un dispositif anticorruption. <https://www.agence-francaise-anticorruption.gouv.fr/fr/nouveau-guide-pratique-lattention-des-etablissements-publics-sante>
- Autorità Nazionale Anticorruzione. (2022). Piano nazionale anticorruzione. ANAC.
- Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2013). Internal control – Integrated framework. COSO.
- Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2017). Enterprise risk management: Integrating with strategy and performance. COSO.
- Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro. Aprova o Regime Geral da Prevenção da Corrupção e cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção. Diário da República, 1.ª série, n.º 237.
- Institute of Internal Auditors. (2020). The IIA's three lines model. IIA.
- Institute of Internal Auditors. (2024). Global internal audit standards. IIA.
- Ministério Público. (2026). Estratégia nacional do Ministério Público para o combate à fraude no SNS (2026–2028).
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). OECD public integrity handbook. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ac8ed8e8-en>
- Transparency International. (2019). Global corruption report: Health. Transparency International.
- World Health Organization. (2016). Preventing corruption in the health sector. WHO.

1. Auditora do Tribunal de Contas, Consultora do MENAC; Subinspetora-Geral das Atividades em Saúde (2020-2025)



Prémio EDUARDO SÁ FERREIRA

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

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

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

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

A importância do RSEu e o Cartão de Pessoa com Doença Crónica e/ou Rara



- A criação do Registo Nacional com base no Número de Utente de Saúde, único, pessoal e intransmissível e
- A utilização desse registo pelas Unidades de Saúde do SNS como forma de acesso à identificação inequívoca do Utente.

Registo de Saúde Eletrónico Único (RSEu)

Por certo já ouviu falar do Registo de Saúde Eletrónico Único (RSEu). Este foi um trabalho hercúleo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, através da SPMS que coloca Portugal na linha da frente, não apenas em relação ao Registo de Dados de Saúde, clínicos e de experiência, mas na vanguarda da utilização secundária de dados no contexto europeu.

A SPMS constituiu a marca SNS24 com 4 canais de entrada para os cidadãos, que operam com os dados dos utentes atualizados e sincronizados, nomeadamente:

- A linha SNS24 através do número 808242424;
 - O SNS Balcão para atendimento presencial;
 - O portal SNS24² para acesso através de um computador ou tablet;
 - A App SNS24³ para acesso via telemóvel.
- Após algum trabalho desenvolvido pelas ADR, o espaço para o CPcDR passou a ter lugar na App. Ainda precisa de ser melhorado no sentido de responder a algumas das questões mencionadas anteriormente.

De acordo com a DGS, existem em Portugal, entre 600.000 a 800.000 pessoas afetadas por Doença Rara (DR).

Se pensarmos que apenas existem cerca de 13.000 cartões emitidos, mesmo que com duplicações, são muito poucos, face à realidade.

Por que razão é importante que todas as pessoas com DR peçam ao seu médico o registo da informação sobre a sua condição?

1. Porque em caso de atendimento de emergência, seja no serviço público, seja num serviço privado, é possível ter acesso de imediato à informação específica daquela pessoa, respetivos cuidados pré-hospitalares necessários, bem como, contactos com um centro de especialidade.

Paulo Gonçalves¹

Costuma usar a App SNS24?
E o portal SNS24?
Sabia que pode ter acesso a informação relevante sobre a sua saúde, à distância da sua mão?

Um breve enquadramento

Através da Norma N.º 1 de 2018¹ da Direção-Geral da Saúde (DGS), foi criado o Cartão da Pessoa com Doença Rara (CPcDR). Este cartão era gerado através de uma consulta com o médico especialista, a partir do diagnóstico de uma doença rara. Esta iniciativa proporcionou o início de uma caminhada no registo destas pessoas, de forma centralizada, no Sistema Nacional de Saúde. O objetivo inicial do CPcDR era simples: permitir que a pessoa com doença rara estivesse identificada no sistema de saúde, através de um cartão físico de identidade pessoal, com indicação da respetiva doença rara, do médico requisitante, da respetiva instituição de saúde e da informação sobre cuidados, incluindo cuidados pré-hospitalares de emergência. Neste registo foram identificadas limitações que precisavam de ser corrigidas, nomeadamente:

- O registo não estava englobado num

registo nacional e centralizado no Registo Nacional de Dados de Saúde;

- A informação sobre a doença rara, do médico ou da instituição era apresentada em texto livre, em vez de ser codificada;
- A informação sobre os cuidados, ainda que fosse personalizada para se referir àquela pessoa em particular, não facilitava a atualização dos dados do doente. A título de exemplo, quando uma PcDR via o seu diagnóstico alterado ou se mudasse de Unidade de Saúde de Tratamento, era-lhe emitido novo CPcDR. Talvez por isso, até dezembro de 2024, tivessem sido emitidos 13.263 CPcDR, embora tantas pessoas continuassem a desconhecer a sua existência.

O nosso contributo

Face ao acima exposto, a RD-Portugal, enquanto representante das Associações de Doenças Raras (ADR), solicitou à DGS a melhoria do CPcDR. Isto remonta a 2021. Tal levou a que nos reuníssemos com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). De facto, rapidamente percebemos que o principal desafio não era o CPcDR em si, mas o modelo de Registo da informação no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Unindo as necessidades das ADR às Associações de Doentes (AD), incluindo as doenças mais comuns, criou-se um movimento que defendeu uma mudança estrutural:

2. Porque o médico ou os membros da equipa de profissionais de saúde que acompanham essa pessoa podem ser notificados ou contactados, caso seja necessário.

Agora, se isto acontece com as PcDR, por que não com as pessoas com doenças crónicas mais comuns?

Pode acontecer. Ou seja, as pessoas com doença crónica também devem solicitar que a sua informação crónica esteja refletida no seu RSEu. Porquê? Pelas mesmas razões anteriormente assinaladas e mais uma vez descrita a seguir.

Portugal, através da SPMS e da AICIB, está a trabalhar numa solução de acesso secundário a dados de saúde. Do que se trata?

A construção de uma infraestrutura de dados de saúde anonimizados ou pseudoanonimizados para exploração de informação histórica, estatística e para fins científicos. Ou seja, com a infraestrutura promovida pelo RSEu que organiza os dados clínicos, gera-se um ambiente de dados gigante que permite a Portugal integrar o Espaço Europeu de Dados de Saúde (EEDS).

E qual a vantagem para as pessoas com doença crónica ou doença rara?

Desde logo, quando se quiserem fazer estudos de investigação básica, translacional ou ensaios clínicos, em vez de se encontrarem 6-7 potenciais candidatos, encontrar-se-ão, por exemplo, 60-70, porque procuramos na infraestrutura nacional. Adicionalmente, se outros países da União Europeia pesquisarem, também o vão encontrar, beneficiando a investigação e a cooperação internacional.

Os dados pessoais não ficam expostos

Atenção que estas entidades não terão acesso aos dados pessoais de cada utente, pois a informação é disponibilizada de forma agrupada. Se quiserem chegar à informação identificável de cada utente, a entidade terá de percorrer um protocolo de segurança muito rígido e restrito. Ao mesmo tempo que tudo isto foi desenvolvido, Portugal tem em desenvolvimento a iniciativa científica “Mais Dados, Melhor Saúde”, liderado pelo CEGIST (Centro de Estudos de Gestão do Instituto Superior Técnico), com a colaboração de peritos

nacionais e da IQVIA, para o desenho e implementação do modelo de acesso secundário aos dados de saúde, compatível e integrável no EEDS.

Conseguir explicar-me sobre o salto gigantesco que Portugal conseguiu dar nos últimos 5 anos?

Conseguir transmitir-vos a importância de cada um de nós, com ou sem doença crónica, com ou sem doença rara, ser chamado a agir, para garantir que os seus dados de saúde estão devidamente registados, que a informação nestes sistemas geridos pelo Estado português estão a ser elogiados e copiados por outros países?

E agora? Vai participar? Vai contribuir para o sucesso do seu país? Da sua saúde? ●

REFERÊNCIAS

1. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012018-de-09012018-pdf.aspx>
2. <https://www.sns24.gov.pt/pt/inicio/>
3. <https://www.sns24.gov.pt/pt/servico/app-sns-24/>

1. Provedor dos Destinatários dos Serviços dos Farmacêuticos; Membro do Grupo de Peritos do Mais Dados, Melhor Saúde; Presidente Executivo e de Empatia | RD-Portugal, União das Associações de Doenças Raras de Portugal

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, contribuímos 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:



OncoPath: o percurso no tempo certo

Transformar dados em governação do percurso oncológico

Cláudia Pen Freitas^{1,2*}, Ana Resende²,
Ana Agostinho^{2,3}, Nuno Valente^{2,4},
Joana Chêdas⁵, Teresa Magalhães⁶

O paradoxo da transformação digital em saúde

Os sistemas de saúde enfrentam hoje uma tensão estrutural crescente: apesar da digitalização acelerada dos últimos anos, uma parte relevante da informação gerada nos sistemas de saúde permanece subutilizada ou isolada no momento da decisão, limitando a capacidade das organizações para antecipar constrangimentos, otimizar recursos e melhorar resultados em saúde. Em alguns contextos analisados, estima-se que cerca de 46% dos dados disponíveis não sejam efetivamente utilizados na decisão¹.

Este desfasamento revela um problema que deixou de ser tecnológico e passou a ser de governação: o desafio atual já não reside na produção de dados relevantes, mas na sua transformação em conhecimento acionável, em tempo útil e no ponto certo do percurso assistencial².

A fragmentação dos percursos oncológicos

No contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a reestruturação em Unidades Locais de Saúde (ULS) procurou responder à fragmentação histórica entre os diferentes níveis de cuidados. Contudo, a integração estrutural não garante, por si só, integração funcional.

Os percursos oncológicos, em particular as neoplasias ginecológicas, nomeadamente do endométrio, colo do útero e ovário, constituem um modelo crítico para a análise de fluxos assistenciais. Estas patologias exigem uma janela temporal de intervenção reduzida, na qual atrasos no diagnóstico ou na decisão multidisciplinar, impactam



negativamente o prognóstico, com implicações diretas na complexidade terapêutica e consumo de recursos ao longo do ciclo de cuidados.^{3,4}

Esta realidade enquadra-se nos Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG) definidos para o SNS⁵ e nas recomendações da European Society for Medical Oncology (ESMO), que sublinham a importância da redução dos intervalos entre suspeita diagnóstica, estadiamento e início do tratamento, como determinante do prognóstico.^{3,6}

A análise do percurso da doente oncológica em contexto hospitalar caracteriza-se frequentemente pela fragmentação entre serviços, múltiplos

pontos de contacto assistencial, diversidade de profissionais envolvidos e sistemas de informação heterogêneos pouco interoperáveis. Esta fragmentação reduz a visibilidade global do percurso, tornando a sua melhoria um imperativo clínico, organizacional e de saúde pública.^{7,8,9}

OncoPath: da fragmentação de dados à governação do percurso

Para responder a este cenário foi conceptualizada uma solução digital integrada: o OncoPath. Desenhado como um modelo de governação clínica e operacional do percurso da doente com neoplasia ginecológica, e não como uma ferramenta tecnológica isolada, é dirigido a equipas clínicas, estruturas de gestão hospitalar e decisores em saúde.

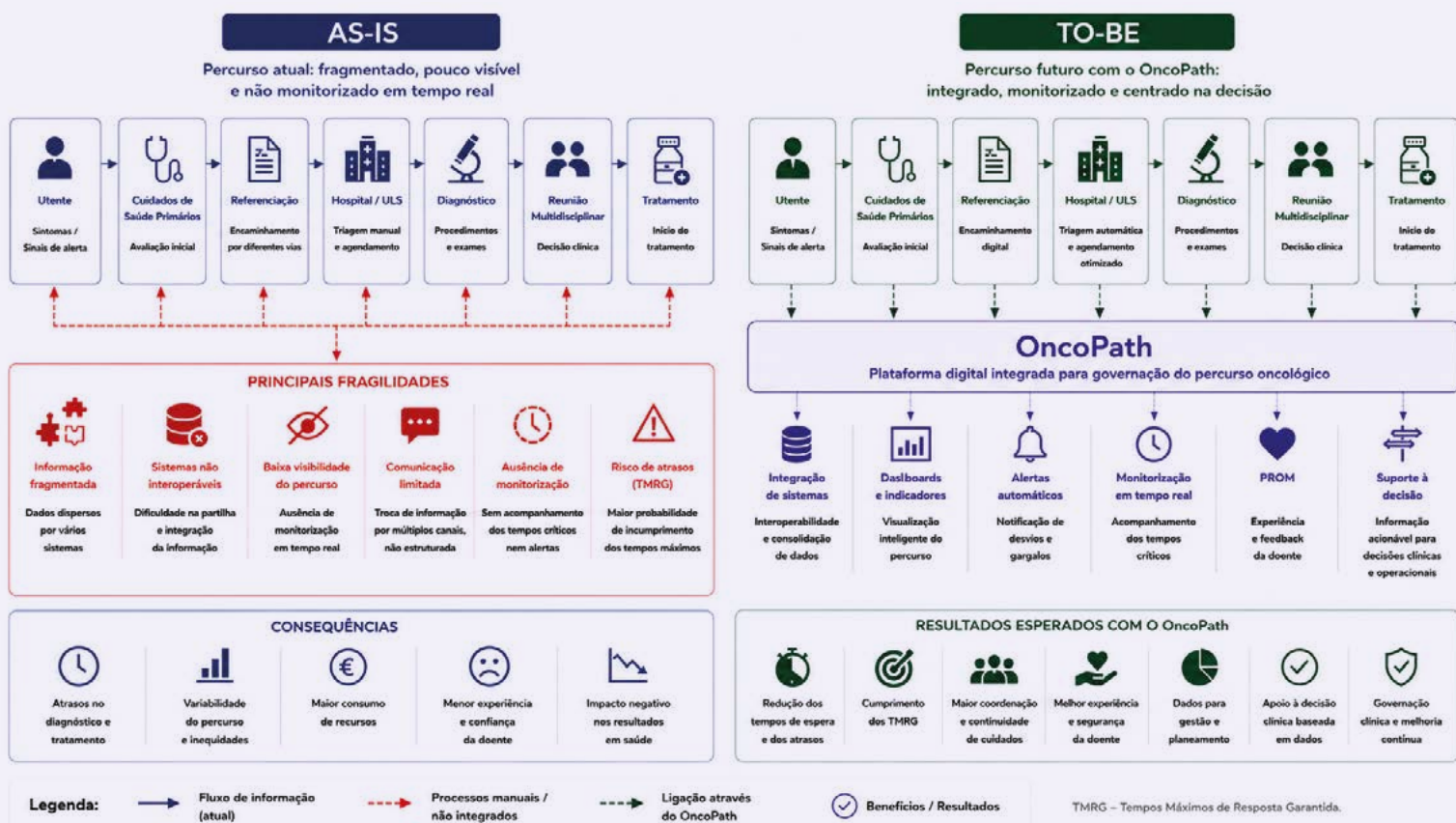


Figura 1: Modelo conceptual do OncoPath: comparação entre o estado atual (AS-IS) e o estado futuro (TO-BE) do percurso assistencial oncológico.

O objetivo central é reforçar a visibilidade do percurso da doente ao longo de todas as suas etapas críticas, permitindo uma leitura contínua, estruturada e operacional do fluxo assistencial.

O OncoPath propõe uma abordagem baseada em três pilares:

1. Monitorização estruturada de tempos entre etapas críticas do percurso;
2. Identificação precoce de constrangimentos operacionais e clínicos (gargalos);
3. Suporte à decisão através de indicadores integrados e análise aplicada.

A solução prevê a integração com sistemas de informação existentes, promovendo a interoperabilidade e consolidação de dados dispersos numa visão única do percurso.

Adicionalmente, contempla mecanismos de alerta para desvios face a tempos

críticos ultrapassados, análise de variabilidade de percurso e suporte à priorização clínica com base em critérios objetivos.

Metodologia de desenho

O desenho dos requisitos operacionais do OncoPath foi realizado por uma equipa interprofissional que reuniu a perspetiva de profissionais de saúde, engenharia, administração hospitalar e academia.

O processo iniciou-se com uma análise holística do percurso das doentes com neoplasia ginecológica, mapeando os pontos críticos ao longo do circuito assistencial, desde a referenciação até ao início do tratamento, tendo como referência o contexto organizacional de uma Unidade Local de Saúde da área metropolitana de Lisboa.

Complementarmente, foi realizada uma revisão estruturada da literatura sobre gestão de percursos oncológicos

(patient pathways), governação clínica, transformação digital, interoperabilidade de sistemas de informação, process mining e sistemas de apoio à decisão^{1,7,9,10,11,12}, bem como a análise do enquadramento normativo aplicável, incluindo TMRG, proteção de dados e governança digital.^{13,14}

Realizou-se a sinalização do contexto real através de entrevistas exploratórias a profissionais envolvidos no percurso oncológico, validadas posteriormente através de um questionário estruturado (Google Forms), dirigidos aos diferentes perfis de profissionais envolvidos no percurso.

Para avaliação estratégica preliminar da solução proposta recorreu-se à framework I2R2 (Implementation Readiness, Impact, Return on Investment and Risk)¹², tendo sido obtida uma avaliação global de 4 em 5, evidenciando elevado potencial de valor e maturidade conceptual e uma aplicabilidade relevante em contexto real. ▶

Da gestão reativa à monitorização prospetiva em tempo real

Foram obtidas 16 respostas, permitindo identificar constrangimentos operacionais, necessidades funcionais e pontos críticos de variabilidade no percurso assistencial. Os principais constrangimentos identificados relacionam-se com fragmentação de informação entre sistemas, ausência de uma visão integrada do percurso da doente, dificuldades de comunicação entre serviços, duplicação de tarefas administrativas e inexistência de mecanismos de monitorização dos tempos críticos em tempo útil.

Neste enquadramento, o OncoPath materializa-se numa plataforma digital integradora, interoperável com sistemas existentes, permitindo acompanhar cada etapa do percurso da doente através de dashboards operacionais e clínicos. É também aqui que o OncoPath se distancia das soluções convencionais, não se limitando a reportar dados históricos (o que já aconteceu) mas como uma ferramenta ativa de governação do percurso (o que está a acontecer)^{1,12}.

O OncoPath foi desenhado para intervir no presente, de forma dinâmica, atuando nos níveis operacional, tático e estratégico, mantendo sempre o foco no percurso da doente.

Ao nível operacional, garante visibilidade em tempo real sobre o estado exato de cada processo assistencial. Em vez de análises retrospectivas, o sistema emite alertas automáticos e preditivos sempre que deteta riscos de incumprimento dos TMRG, permitindo correções de trajetórias imediatas.^{5,14}

Ao nível tático, suporta as equipas multidisciplinares na gestão de fluxos. Através de modelos analíticos aplicados, identifica gargalos clínicos e operacionais e sugere a priorização de casos com base em critérios objetivos, mitigando reagendamentos, perda de capacidade instalada e potencial perda de doentes do circuito.^{11,15}

Ao nível estratégico permite evoluir de uma gestão reativa de episódios isolados, para uma visão agregada e preditiva de populações de utentes. O OncoPath viabiliza a identificação precoce de grupos em risco de intervenção, atraso no acesso a terapias personalizadas e antecipa necessidades de capacidade instalada,

A inteligência do futuro oncológico será integrada, preditiva e orientada para o valor, ou não será, de facto, uma verdadeira inteligência organizacional

apoiando decisões de administração hospitalar baseadas em evidência.^{1,10}

O trabalho desenvolvido nesta fase, permitiu mapear as etapas críticas do percurso assistencial, identificar necessidades funcionais prioritárias e desenvolver um protótipo conceptual suportado por dados simulados, validado junto de profissionais envolvidos no percurso oncológico. Estes resultados constituem uma base estruturada para futuras fases de desenvolvimento, integração tecnológica e validação operacional.

A proposta apresentada permite a integração com sistemas existentes, suporta uma implementação faseada, iniciando-se por um projeto-piloto focado no carcinoma do endométrio, com posterior escalabilidade para outros percursos oncológicos^{1,9,12,16} (Figura 1).

O caminho para a implementação e o ecossistema de parcerias

Como evolução natural deste projeto, os próximos passos passam pelo desenvolvimento de um protocolo de investigação estruturado para validação formal do modelo em contexto real, com definição de métricas clínicas, organizacionais e de desempenho do percurso.

Segue-se uma fase de discovery e caracterização funcional, incluindo mapeamento de sistemas de informação, fluxos de dados e requisitos de interoperabilidade.

Em paralelo, foram identificadas áreas de parceria estratégicas para as fases subsequentes de desenvolvimento e implementação, nomeadamente nas vertentes de análise avançada de dados, process mining, interoperabilidade

dos sistemas de informação em saúde, integração com o ecossistema digital do SNS e desenvolvimento de arquiteturas tecnológicas escaláveis e seguras, com vista à criação de um ecossistema colaborativo em saúde.

O futuro da gestão em saúde é a governança do percurso

Ao transformar dados fragmentados em conhecimento de vida real auditável, o OncoPath apresenta potencial para reforçar a eficiência, transparência e integração do percurso oncológico ginecológico, promovendo uma abordagem centrada na doente.^{8,10,17}

Mais do que uma questão tecnológica, trata-se de maturidade sistémica: a capacidade de transformar informação dispersa em decisão, no momento em que esta ainda influencia o desfecho clínico. As ferramentas preditivas e integradas apoiam os decisores a navegar no complexo triângulo que une a sustentabilidade, o acesso e a qualidade clínica, aproximando os fluxos da equidade em saúde.

A inteligência do futuro oncológico será integrada, preditiva e orientada para o valor, ou não será, de facto, uma verdadeira inteligência organizacional. ●

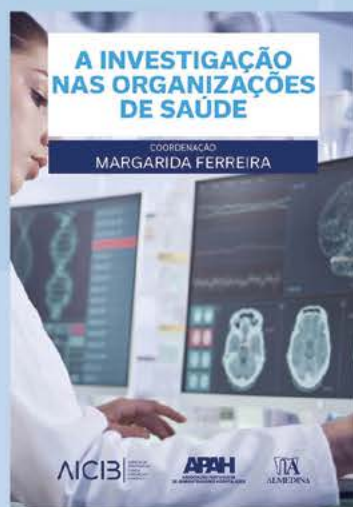
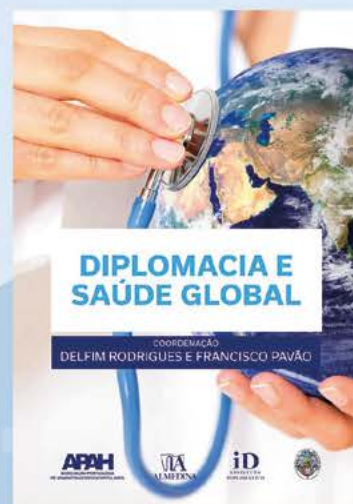
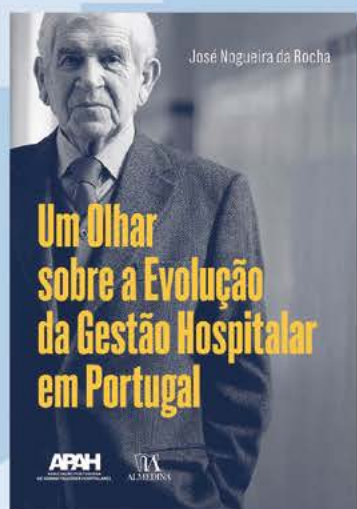
Agradecimentos: Agradecemos a todos os profissionais envolvidos no mapeamento do percurso assistencial e na identificação dos principais constrangimentos, pela disponibilidade, contributo e partilha de experiências, fundamentais para a compreensão e melhoria do percurso oncológico.

REFERÊNCIAS



1. Unidade Local de Saúde São José, Serviço de Anatomia Patológica, Lisboa, Portugal
 2. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa
 3. CUF, Cluster Sul – Hospital CUF Faro, Faro, Portugal
 4. Unidade Local de Saúde Loures-Odivelas, Hospital Beatriz Ângelo, Bloco operatório e VMER, Loures, Portugal
 5. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (Lisboa, Portugal)
 6. Escola Nacional de Saúde Pública, Public Health Research Centre, Comprehensive Health Research Center, CHRC, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal
- * Autor correspondente:
claudia.pen.freitas@gmail.com

GESTÃO EM SAÚDE



Rita Sá Machado

Diretora-Geral da Saúde

“O financiamento deve seguir também as comunidades, não apenas o doente”

Tendo iniciado funções como Diretora-Geral da Saúde logo a seguir à Pandemia, Rita Sá Machado é uma das mais jovens responsáveis a despenhar o cargo, facto que encara “como uma responsabilidade acrescida”, salientando que “a liderança na saúde exige conhecimento técnico, capacidade de decisão, escuta, serenidade e construção de confiança”. Nesta entrevista destaca ainda que a Direção-Geral da Saúde orienta todo o sistema de saúde: “dos cuidados de saúde primários aos hospitais, das respostas comunitárias às instituições privadas e sociais, e atua numa vasta área de cuidados desde a prevenção, à qualidade clínica e segurança dos doentes”.

Assumiu a liderança da DGS em novembro de 2023, num período pós-pandémico em paralelo com uma intensa reorganização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Como avalia esta fase de transição e como acha que vai moldar o papel que a DGS tem no sistema de saúde?

A Direção-Geral da Saúde é uma instituição com 127 anos de história. Isso traz uma responsabilidade muito grande: preservar um legado de credibilidade, rigor técnico e serviço público, mas, ao mesmo tempo, ter a capacidade de modernizar a instituição e adaptá-la aos desafios atuais mantendo o seu papel relevante.

Assumir estas funções em novembro de 2023, sendo mulher e uma das diretoras-gerais da Saúde mais jovens, teve também uma dimensão simbólica que não ignoro. Mas encaro isso sobretudo como uma responsabilidade acrescida. A liderança na saúde exige conhecimento técnico, capacidade de decisão, escuta, serenidade e construção de confiança. E essas características não dependem da idade ou do género, embora seja

importante que as instituições públicas também reflitam a diversidade e a renovação da sociedade que servem. E nunca tive dúvidas da minha capacidade para assumir esta liderança, se não, não me teria candidatado.

O período pós-pandémico foi particularmente exigente. Por um lado, porque a pandemia colocou a saúde pública no centro da vida das pessoas e aumentou muito a expectativa relativamente à atuação da DGS. Por outro lado, porque coincidiu com uma reorganização profunda do SNS, com mudanças institucionais, operacionais e de governança que ainda estão a consolidar-se.

O meu papel, enquanto diretora-geral da Saúde, é assegurar que esta transição acontece com estabilidade, com sentido estratégico e com o menor impacto possível para os cidadãos. As reformas são necessárias, mas têm de ser acompanhadas, avaliadas e corrigidas sempre que necessário. A DGS deve ser uma entidade que dá consistência técnica ao sistema, que antecipa riscos, que apoia a decisão e que mantém proximidade com

os profissionais, com as instituições e com a população. Acredito que esta fase vai moldar a DGS no sentido de a tornar mais moderna, mais orientada para dados, mais colaborativa e mais próxima do terreno. Mas sem perder aquilo que é essencial: independência técnica, credibilidade científica e uma visão nacional da saúde.

Com a recente reestruturação do SNS e o foco nas Unidades Locais de Saúde (ULS), como é que a DGS garante que as diretrizes de saúde pública são aplicadas de forma homogénea de norte a sul do país?

Antes de mais, importa dizer que as orientações da DGS não se dirigem apenas à saúde pública em sentido estrito. A DGS orienta técnico-normativamente todo o sistema de saúde: dos cuidados de saúde primários aos hospitais, das respostas comunitárias às instituições privadas e sociais, e atua numa vasta área de cuidados desde a prevenção, à qualidade clínica e segurança dos doentes. No caso específico da saúde pública, a homogeneidade não se promove apenas por decreto. Promove-se com liderança ▶





Considero muito relevante a medição de resultados que importam para os doentes

clínica também, e a produção normativa tem de acompanhar essa realidade.

Por isso, estamos a trabalhar num novo processo de desenvolvimento de normas, com uma priorização mais clara, maior consistência metodológica e maior capacidade de atualização. Não basta produzir documentos; é preciso garantir que são úteis, aplicáveis e capazes de orientar a prática clínica.

Outra área central são os percursos de cuidados integrados. A DGS já desenvolveu dois percursos e está a preparar outros. Estes instrumentos são particularmente importantes porque ajudam a clarificar o que deve acontecer em cada fase da trajetória do doente, desde a prevenção e diagnóstico até ao tratamento, reabilitação e seguimento. Isto é essencial para reduzir variabilidade injustificada, melhorar resultados e evitar desperdício, princípios que como diz, são centrais aos professados pelo VBHC.

Há ainda uma outra dimensão que considero muito importante: a medição de resultados que importam para os doentes. Estamos a trabalhar num documento normativo sobre PROMs e PREMs, precisamente para promover uma utilização mais consistente destes instrumentos no sistema de saúde. Se queremos falar seriamente de VBHC, temos de medir não apenas o que fazemos, mas o impacto que isso tem na vida das pessoas. Não há ninguém mais bem posicionado para o fazer que a DGS, que agrega diversas capacidades únicas incluindo conhecimento clínico, do sistema e de gestão para avançar esta agenda em Portugal. A DGS pode, portanto, contribuir para alinhar qualidade clínica, percursos assistenciais, resultados em saúde e sustentabilidade. Esse é um espaço onde a instituição tem de estar cada vez mais presente.

Tradicionalmente, a DGS é vista pelo cidadão comum como um órgão reativo a crises (epidemias, calor extremo, campanhas de vacinação) e a

técnica, com articulação, com formação, com monitorização e, sobretudo, com integração real da saúde pública nas decisões das instituições.

Com a criação das ULS, há uma oportunidade muito importante: aproximar a saúde pública da gestão local, da realidade das populações e das necessidades concretas de cada território. Recentrar a Saúde Pública no seu espaço natural, equidistante entre cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, e respostas da comunidade. Mas para isso se concretizar é essencial duas questões: primeiro que as Unidades de Saúde Pública consigam provar o seu valor diariamente, e segundo, que as administrações das ULS reconheçam a Saúde Pública como uma função estratégica, geradora de ganhos em saúde e de eficiência de custos, e não apenas como uma estrutura operacional, administrativa, ou simples unidade de perfil clínico.

No primeiro Encontro Nacional de Autoridades de Saúde, procurei precisamente transmitir essa mensagem. A saúde pública tem de mostrar o seu valor e liderança em três áreas fundamentais. Primeiro, no planeamento em saúde, ajudando as ULS a conhecer melhor a população que servem e a definir e organizar respostas de acordo com as necessidades reais. Segundo, na vigilância em saúde pública, garantindo capacidade para detetar rapidamente sinais de alerta, seja na comunidade, nos serviços de saúde ou em contextos específicos. Terceiro, na preparação e resposta a emergências, sejam elas

biológicas, ambientais ou climáticas – como surtos, ondas de calor, tempestades ou outras ameaças. A DGS tem aqui um papel de coordenação nacional, produção normativa, apoio técnico e acompanhamento. Mas a implementação concreta exige uma ligação forte ao nível local, com as autoridades de saúde, as ULS, os municípios, a proteção civil e os demais parceiros da comunidade.

A transição de um modelo de financiamento baseado na produção para um modelo centrado na capitação reforça a importância da Governança Clínica, da medição de resultados em saúde e da adoção de princípios de Value-Based Healthcare. Neste contexto, que papel pode a Direção-Geral da Saúde desempenhar na redefinição dos percursos assistenciais dos doentes, na harmonização dos clinical pathways e na atualização das normas e orientações clínicas, de forma a promover ganhos em saúde, eficiência e sustentabilidade do SNS?

A DGS tem um papel muito relevante nesta área, sobretudo através do Departamento da Qualidade na Saúde, que concentra grande parte do trabalho relacionado com normas clínicas, segurança do doente, qualidade assistencial e melhoria contínua dos cuidados. Estamos num momento em que precisamos de evoluir. O sistema precisa de normas e orientações clínicas que sejam tecnicamente sólidas, mas também mais ágeis, mais fáceis de atualizar e mais alinhadas com os percursos reais dos doentes. A evidência científica muda rapidamente, a prática



experiência da pandemia possivelmente acentuou esta perceção. O reforço da prevenção e da literacia em saúde é hoje, possivelmente mais do que em qualquer outro momento, fundamental para a melhoria dos resultados em saúde da população e para a mitigação de iniquidades entre cidadãos. Como é que se transforma a DGS para uma resposta mais eficaz a estes desígnios? Antecipa novas formas de comunicação com a população que facilitem a mudança de perceção?

A DGS é muitas vezes vítima do seu próprio sucesso. É natural que o cidadão se lembre mais da DGS nos momentos de crise, porque é nesses momentos que a nossa presença se torna mais visível. Mas muitos dos exemplos que deu não são propriamente reativos. O Programa Nacional de Vacinação é uma das maiores ferramentas de prevenção do país. Os rastreios são instrumentos preventivos fulcrais e de resultados de saúde e económicos comprováveis. A vigilância epidemiológica é o primeiro passo da prevenção da doença. A preparação para ondas de calor ou para outras ameaças também é prevenção dos impactos nocivos à saúde. O desafio é que a prevenção, quando funciona, muitas vezes é invisível. Evita doença, evita internamentos, evita mortes, mas nem sempre é percebida como uma intervenção concreta. Por isso, temos de comunicar melhor o valor da prevenção.

A literacia em saúde é hoje uma prioridade absoluta e onde estamos presentes. Estamos a procurar aproximar a comunicação da DGS dos cidadãos, utilizando uma linguagem mais clara, formatos mais simples e canais mais adequados a diferentes públicos. Temos também de comunicar melhor com os jovens, com populações mais vulneráveis e com grupos que tradicionalmente podem estar mais afastados das instituições. Mas diria que o desafio vai ainda mais longe. A geração atual já não é apenas uma geração que consome redes sociais. É uma geração que interage com interfaces digitais, motores de busca, assistentes virtuais e ferramentas de inteligência artificial. A saúde pública tem de estar preparada para comunicar também nesse ecossistema. Isso significa adaptar conteúdos, combater desinformação, produzir informação fiável em formatos acessíveis e garantir que a voz técnica da saúde chega onde as pessoas estão. A DGS tem de ser cada vez mais uma instituição que não comunica apenas em momentos de crise, mas que está presente de forma contínua na promoção da saúde, na prevenção da doença e na capacitação dos cidadãos.

A literatura científica consensualmente assume que entre 80% e 90% das necessidades e resultados em saúde são explicados pelos determinantes sociais da Saúde, designadamente fatores ambientais, socioeconómicos, culturais

e comportamentais. A contrário, apenas 10% a 20% são atribuíveis aos cuidados de saúde efetivamente prestados à população, contrastando com a importância que diariamente lhe é atribuída nos meios de comunicação social. Não obstante, Portugal continua a apresentar taxas preocupantes de prevalência e incidência de doenças cardiovasculares e metabólicas e existe evidência de variabilidade significativa dentro do nosso país. Não estará a sociedade a discutir ao lado do que deveria? Que medidas e ferramentas concretas tem a DGS para endereçar estes problemas e pressões mediáticas?

É verdade que uma parte muito significativa daquilo que determina a saúde das pessoas acontece fora dos serviços de saúde. A habitação, a educação, o rendimento, o ambiente, a alimentação, o urbanismo, o trabalho, os transportes, a coesão social e também os determinantes comerciais da saúde têm um impacto enorme nos resultados em saúde. Também por isso referi antes que a Saúde Pública se faz no espaço comunitário e onde queremos estar. Muitas vezes, o debate público concentra-se quase exclusivamente no acesso a consultas, urgências ou cirurgias. Esses temas são fundamentais e têm impacto direto na vida das pessoas. Mas, se quisermos melhorar estruturalmente a saúde da população, temos de discutir também aquilo que faz com que as ►

peças adoeçam mais cedo, vivam com mais doença crónica ou tenham menos anos de vida saudável.

A DGS tem procurado reforçar essa abordagem. Por um lado, através do Plano Nacional de Saúde e dos programas nacionais prioritários, que identificam áreas críticas e orientam políticas de prevenção. Por outro lado, através de uma maior articulação intersectorial, porque muitas das soluções dependem de políticas públicas fora do setor da saúde. Temos também vindo a utilizar metodologias mais próximas do marketing social, procurando compreender melhor comportamentos, barreiras, perceções e contextos. Não basta dizer às pessoas o que devem fazer. É preciso perceber porque é que determinados comportamentos acontecem, que obstáculos existem e como podemos criar ambientes que tornem as escolhas saudáveis mais fáceis. Naturalmente, há medidas que dependem de decisão política nacional e local: regulação, fiscalidade, desenho urbano, políticas alimentares, medidas ambientais, proteção social. A DGS deve apoiar tecnicamente essas decisões, produzir evidência, identificar riscos e contribuir para que a saúde esteja presente nas políticas públicas.

Portanto, sim, muitas vezes discutimos a jusante aquilo que deveríamos discutir também a montante. Mas esse é precisamente um dos papéis da saúde pública: trazer para o debate os fatores estruturais que determinam a saúde.

Entre outras, o Plano Nacional de Saúde tem como meta aumentar a esperança de vida com qualidade, indicador em que por sinal Portugal compara mal a nível internacional. Em Portugal uma mulher com 65 anos espera viver cerca de 7,3 anos saudáveis, a média da União Europeia é de 9,6 anos e nos países nórdicos cerca de 14 anos. Estamos a viver mais anos, mas muitos deles com doença crónica e sem qualidade de vida associada. O que falhou no sistema até agora e como podemos inverter isto?

Portugal é hoje um dos países mais envelhecidos do mundo e tem uma carga muito elevada de doença crónica e multimorbilidade. Isto não é um detalhe estatístico; é uma transformação profunda da nossa sociedade e do nosso sistema de saúde.

Durante muitos anos, o sistema foi muito eficaz a responder à doença aguda, ao episódio, à urgência, à intervenção pontual. Mas os grandes desafios de hoje são diferentes. São a diabetes, as doenças cardiovasculares, a doença

A DGS tem um papel de coordenação, orientação técnica e mobilização

respiratória crónica, o cancro, a doença mental, a demência, a fragilidade, a perda de autonomia. Estas condições exigem continuidade de cuidados, prevenção, gestão integrada e acompanhamento ao longo da vida.

O que falhou? Diria que não foi uma falha única. Foi, em parte, uma dificuldade em antecipar suficientemente a transição demográfica e epidemiológica.

Foi também uma tendência para investir mais na resposta à doença do que na sua prevenção. E foi ainda uma insuficiente integração entre saúde, apoio social, comunidade e políticas locais.

Para inverter esta situação, temos de agir muito antes da doença instalada. Temos de investir na promoção da saúde ao longo do ciclo de vida: alimentação, atividade física, prevenção do tabagismo, redução do consumo nocivo de álcool, saúde mental, vacinação, rastreios, prevenção de quedas, literacia em saúde e acompanhamento das pessoas com maior risco.

Mas temos também de reorganizar os cuidados para a multimorbilidade. Uma pessoa idosa com várias doenças crónicas não pode ser tratada como a soma de várias patologias isoladas. Precisa de um plano integrado, de equipas multidisciplinares e de uma resposta articulada entre cuidados de saúde primários, hospital, cuidados continuados, autarquias e setor social.

Se fizermos esse trabalho de forma consistente, os resultados não aparecem de um ano para o outro. Mas daqui a 10 ou 20 anos poderemos reduzir o intervalo entre viver mais e viver melhor. Esse é um dos grandes objetivos da saúde pública.

A resistência aos antibióticos é apontada pela OMS como uma das maiores ameaças à saúde global. Em Portugal, o consumo de antibióticos continua bastante elevado. Que novas abordagens estão previstas para sensibilizar tanto os profissionais de saúde como os utentes?

A resistência aos antimicrobianos é uma das ameaças mais sérias para a

saúde pública global. É um problema que afeta hospitais, cuidados de saúde primários, medicina veterinária, ambiente e comunidade. Por isso, tem de ser abordado numa lógica de One Health. Em Portugal, já tivemos iniciativas com impacto, como o projeto STOP Infecção, e existe um trabalho acumulado importante na área da prevenção e controlo de infeções e dos programas de apoio à prescrição antibiótica. Mas precisamos de reforçar esta agenda. A sensibilização dos profissionais é essencial, mas não chega. Temos de envolver também os conselhos de administração, as direções clínicas, as comissões de farmácia e terapêutica, as equipas de controlo de infeção, os cuidados de saúde primários e os próprios cidadãos. Também aqui as unidades de Saúde Pública locais têm de ser empoderadas para ter efetivamente mandato e espaço para promover melhorias nas unidades de saúde, sob orientação nacional da DGS. Do lado dos profissionais, por exemplo, é necessário reforçar a prescrição adequada, a utilização de dados de consumo e resistência, a auditoria clínica, o feedback aos prescritores e a existência de equipas multidisciplinares de antimicrobial stewardship. Isto tem de ser visto como qualidade e segurança do doente, não apenas como uma preocupação microbiológica. Do lado dos cidadãos, temos de comunicar de forma simples: os antibióticos não tratam infeções virais, não devem ser tomados sem prescrição, não devem ser guardados para utilização futura e o seu uso inadequado compromete a capacidade de tratar infeções graves no futuro. Esta mensagem tem de ser repetida, mas também adaptada aos diferentes públicos.

A DGS tem aqui um papel de coordenação, orientação técnica e mobilização. A resistência antimicrobiana é um bom exemplo de uma área em que a saúde pública, a prática clínica, a gestão hospitalar e a literacia dos cidadãos têm de trabalhar juntas.

Com a reorganização do SNS em Unidades Locais de Saúde (ULS), a integração entre os cuidados de saúde, por um lado, e o setor do apoio social, por outro, tornou-se ainda mais urgente, sobretudo para responder ao isolamento e à perda de autonomia dos idosos. Portugal, em conjunto com a Itália e a Bulgária, apresenta o Índice de Dependência de Idosos mais elevado da EU. Como é que a DGS, enquanto

órgão regulador, planeia reforçar o papel dos assistentes sociais nas equipas multidisciplinares de saúde pública para evitar que problemas sociais como a pobreza ou a falta de rede familiar se transformem em necessidades clínicas e consequentemente em cuidados de saúde potencialmente evitáveis, assim como o aumento de internamentos inapropriados?

Essa é uma questão muito importante, e que reforça o ponto que fiz anteriormente da importância da Saúde Pública planear as necessidades reais e locais. Mas é também importante clarificar o papel de cada entidade. A DGS pode produzir orientação técnica, enquadrar prioridades, apoiar boas práticas e reforçar a importância da abordagem multidisciplinar. Mas a organização concreta das equipas e a afetação de recursos humanos é uma responsabilidade da gestão local, nomeadamente das ULS. Dito isto, concordo inteiramente com o princípio: muitos problemas que chegam ao sistema de saúde têm origem social. Isolamento, pobreza, ausência de rede familiar, más condições habitacionais, dificuldades no acesso a alimentação adequada ou falta de apoio domiciliário podem rapidamente transformar-se em agravamento clínico, idas à urgência, internamentos evitáveis ou atrasos na alta hospitalar.

As ULS, apesar de muitas vezes terem a sua sede num hospital, não podem ser organizações centradas no hospital. Têm de reforçar a dimensão comunitária. E isso implica equipas multidisciplinares, onde os assistentes sociais têm um papel essencial, em articulação com médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeutas, autarquias, segurança social, instituições particulares de solidariedade social e cuidadores.

A saúde pública pode ajudar muito neste processo, identificando vulnerabilidades, mapeando necessidades, sinalizando populações em risco e apoiando respostas territoriais. Mas a resposta tem de ser local. É no território que se percebe quem vive sozinho, quem não tem rede, quem está em risco de perda de autonomia e que recursos existem para intervir antes da descompensação clínica.

Portanto, a DGS pode e deve reforçar tecnicamente esta visão. Mas a integração efetiva entre saúde e social tem de acontecer nas ULS, nas comunidades e nas redes locais de intervenção.

Tendo em conta que a livre circulação dos doentes e a referenciação para centros de referência podem reduzir



o financiamento de algumas ULS e dificultar o cumprimento das metas contratualizadas, como avalia a adequação do atual modelo de financiamento? Que medidas considera necessárias para assegurar que as ULS disponham dos recursos adequados para responder às necessidades da população que servem, sem serem penalizadas por dinâmicas que não controlam diretamente?

O financiamento dos sistemas de saúde é sempre um tema complexo e deve ser discutido com serenidade. Não existe um modelo perfeito. Existem modelos que se ajustam melhor ou pior à realidade de cada país, à organização dos serviços, aos objetivos de política pública e à maturidade dos sistemas de informação. Portugal está num momento de transição para um modelo mais centrado na capitação, em que a população atribuída e as necessidades dessa população passam a ter um peso maior. Isso faz sentido numa lógica de responsabilidade populacional: as ULS devem conhecer a sua população, planear em função das suas necessidades e ser responsabilizadas pelos resultados em saúde.

Mas temos de reconhecer que há dinâmicas que podem criar tensões. A livre circulação dos doentes, a referenciação para centros de referência, a concentração de competências diferenciadas e a mobilidade natural das pessoas podem gerar assimetrias entre instituições. Por isso, o modelo de

financiamento tem de ser suficientemente sofisticado para não penalizar instituições por fatores que não controlam diretamente. Muitos gestores defendem o princípio de que “o dinheiro deve seguir o doente”.

Esse princípio é relevante, sobretudo quando falamos de atividade efetivamente realizada noutra instituição. Mas eu iria um pouco mais longe: numa fase inicial, o financiamento deve seguir também as comunidades. Ou seja, deve refletir as características da população, o risco, a vulnerabilidade, a carga de doença, os determinantes sociais e as necessidades específicas de cada território.

Se queremos que as ULS sejam verdadeiramente responsáveis pela saúde das suas populações, então o financiamento tem de reconhecer diferenças reais entre populações. Uma ULS com maior envelhecimento, maior multimorbilidade, maior isolamento ou maior vulnerabilidade socioeconómica não tem as mesmas necessidades de uma ULS com uma população mais jovem e menos complexa.

Portanto, mais do que discutir apenas produção versus capitação, precisamos de evoluir para modelos ajustados ao risco, aos resultados e às necessidades populacionais. E precisamos de garantir que os incentivos financeiros não fragilizam a cooperação entre instituições, nem dificultam a referenciação adequada dos doentes para os locais onde devem ser tratados. ●

10.ª edição do Barómetro dos Internamentos Sociais: análise integrada e implicações para o SNS

O Barómetro de Internamentos Sociais (BIS) é uma iniciativa promovida pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte técnico da EY, que tem por objetivo monitorizar anualmente o fenómeno dos internamentos inapropriados, permitindo a sua quantificação e o desenvolvimento de ações conjuntas para minimização do seu impacto.

Consideram-se internamentos inapropriados as situações em que um doente permanece internado após obtenção de alta clínica, sem existir uma necessidade de cuidados de saúde que justifique a sua permanência em ambiente hospitalar.

Os resultados da 10.ª edição do Barómetro dos Internamentos Sociais confirmam a persistência e o agravamento de um fenómeno estrutural com impacto direto na eficiência do Serviço Nacional de Saúde (SNS): a permanência de doentes em internamento hospitalar após alta clínica, por ausência de respostas sociais e de continuidade de cuidados adequadas.

Os dados de 2026 evidenciam 2.807 internamentos sociais, representando um aumento de cerca de 19% face ao período homólogo (março de 2025 a março de 2026). Este crescimento é acompanhado por uma trajetória ascendente consistente nas últimas edições do Barómetro, refletindo não apenas a persistência do problema, mas também a sua intensificação.

Em paralelo, os internamentos inapropriados representam 13,9% dos doentes internados nos hospitais públicos, comparando com 11,1% em 2024 e 11,7% em 2025. Este valor significa que aproximadamente uma em cada sete camas hospitalares se encontra ocupada por doentes com alta clínica, mas sem condições para transição para resposta adequada fora do hospital.

Do ponto de vista da gestão hospitalar, este indicador traduz um problema crítico de eficiência: uma parcela significativa da capacidade instalada está imobilizada por motivos não clínicos, reduzindo a disponibilidade para doentes agudos, aumentando tempos de espera em urgência e limitando a capacidade de resposta programada. Em termos operacionais, trata-se de um constrangimento estrutural ao funcionamento regular das unidades hospitalares.

Os dados de 2026 evidenciam 2.807 internamentos sociais, representando um aumento de cerca de 19% face ao período homólogo

A dimensão do fenómeno é ainda mais evidente quando analisado em termos de utilização acumulada de recursos. Em 2026 foram registados 439.871 dias de internamentos inapropriados, mais 20% do que na análise anterior. Apesar da demora média se manter relativamente estável em 157 dias por episódio (valor idêntico ao da 9.ª edição), existem variações relevantes entre regiões, com destaque para as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, que em conjunto concentram cerca de 85% dos internamentos inapropriados registados a nível nacional.

A região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta ainda o maior rácio entre internamentos inapropriados e camas disponíveis, indicando uma pressão particularmente intensa sobre a sua rede

hospitalar. Estas assimetrias regionais revelam desigualdades na capacidade de resposta do sistema e sugerem diferentes níveis de acesso a soluções de continuidade de cuidados.

Também a duração dos internamentos evidencia variações relevantes entre regiões: 239 dias na Região Norte, 124 dias em Lisboa e Vale do Tejo e apenas 32 dias no Alentejo. Estas diferenças sugerem disparidades na disponibilidade de respostas sociais, na articulação entre setores e na capacidade de encaminhamento dos doentes após a alta clínica.

O impacto económico associado ao fenómeno é igualmente expressivo. O custo anual estimado ascende a 351,6 milhões de euros, representando um agravamento superior a 60 milhões de euros face ao ano anterior. Este valor reflete não apenas custos diretos associados à ocupação hospitalar prolongada, mas também custos indiretos, incluindo perda de capacidade assistencial, redução da produtividade hospitalar e aumento da pressão sobre profissionais e serviços.

A análise do perfil dos doentes evidencia um padrão consistente com o envelhecimento populacional. Cerca de 72% dos casos correspondem a pessoas com mais de 65 anos, confirmando a forte associação entre internamentos sociais, dependência funcional e fragilidade clínica. A distribuição por sexo é equilibrada, sugerindo que o fenómeno não apresenta enviesamentos relevantes nesta variável.

Do ponto de vista clínico, 71% dos internamentos correspondem a episódios de natureza médica, sendo a Medicina Interna o serviço mais afetado, com 46% dos casos. Esta concentração reforça o papel destes serviços como principais gestores de doentes complexos, frequentemente com necessidades simultâneas de cuidados clínicos e

10ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais

Apoio Institucional



sociais, o que aumenta a pressão organizacional e assistencial sobre estas unidades.

As causas dos internamentos sociais continuam a refletir limitações estruturais na rede de continuidade de cuidados. A principal causa é a espera por resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), responsável por cerca de 45% dos casos, acima dos 38% registados no ano anterior. Esta evolução evidencia um agravamento da insuficiência de capacidade da rede, que continua a ser o principal bloqueio à alta hospitalar em todo o território nacional.

A segunda causa mais frequente corresponde à demora na resposta para admissão em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), responsável por 27% dos internamentos. Contudo, quando se analisa o tempo total de permanência, esta causa assume maior relevância, sendo responsável por 38% dos dias de internamentos inapropriados, o que indica que os atrasos na colocação em ERPI tendem a prolongar significativamente o internamento.

Adicionalmente, a incapacidade de resposta dos familiares ou cuidadores representa cerca de 30% dos dias de internamentos sociais. Este fator evidencia a crescente fragilidade das redes de suporte informal, influenciada pelo envelhecimento, pela transformação das estruturas familiares e pela complexidade crescente dos cuidados necessários no domicílio.

Para além dos constrangimentos assistenciais e sociais, persistem também fatores administrativos e legais que dificultam a concretização da alta, nomeadamente processos associados ao Regime do Maior Acompanhado, que podem atrasar a tomada de decisão e a definição de representantes legais em contextos de dependência.

Apesar deste enquadramento, existem mecanismos alternativos que procuram mitigar o problema. Atualmente 27 instituições disponibilizam respostas alternativas aos internamentos sociais, acolhendo 1.035 doentes em vagas contratualizadas. Paralelamente 714 doentes foram integrados no âmbito da Portaria n.º 38-A/2023. Ainda assim, a dimensão global do problema evidencia que estas respostas permanecem insuficientes face à procura existente.

A robustez metodológica do estudo reforça a relevância dos resultados apresentados. A 10.ª edição do Barómetro integrou dados de 41 unidades hospitalares do SNS, representando cerca de 97% das camas hospitalares públicas (20.383 camas), o que garante elevada representatividade nacional e consistência analítica.

Em resumo, os resultados da 10.ª edição do Barómetro evidenciam um problema estrutural, caracterizado por três dimensões centrais: aumento da ocupação hospitalar por doentes com alta clínica; insuficiência persistente das respostas de continuidade de cuidados; e forte pressão financeira sobre o SNS. A estes fatores acrescem

desigualdades regionais significativas e constrangimentos administrativos que dificultam a resolução atempada dos casos.

Perante este enquadramento, os resultados apontam para a necessidade de intervenções simultâneas em três níveis: reforço da capacidade da RNCCI e das estruturas residenciais; melhoria dos processos de gestão da alta hospitalar com intervenção precoce e multidisciplinar; e simplificação dos mecanismos legais e administrativos associados à transição de cuidados.

Em última análise, os internamentos sociais não representam apenas um problema de ocupação hospitalar, mas sim um indicador da fragmentação entre os setores da saúde e da proteção social. A sua resolução exige uma abordagem integrada, sustentada e territorialmente ajustada, capaz de garantir que os doentes recebem o nível de cuidados adequado, no contexto mais apropriado e no tempo clinicamente necessário.

A 10.ª edição do BIS contou com o apoio institucional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), da Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública (ANMSP) e da Ordem dos Assistentes Sociais (OAS). ●

A apresentação pública dos resultados decorreu a 23 de abril de 2026, no Auditório do Hospital de Vila Franca de Xira, da Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, reunindo representantes do setor da saúde e da área social. O evento incluiu ainda um painel de debate dedicado à análise dos resultados e à discussão de soluções para mitigar o impacto dos internamentos sociais no SNS.

10ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais

Abril 2026

Como estão a evoluir os internamentos inapropriados em Portugal?

OBJETIVOS E METODOLOGIA

O Barómetro de Internamentos Sociais tem por objetivo monitorizar e caracterizar os internamentos de pessoas que apesar de terem alta clínica permanecem hospitalizadas por razões não clínicas. As unidades de saúde públicas reportaram, através de um questionário, os dados referentes a um dia do ano definido - este ano, a 19 de março de 2026 - segmentando os dados por número de internamentos e dias de internamentos, assim como a caracterização sociodemográfica.

RESULTADOS*

Nº de Internamentos e Dias

2 807

Número de
Internamentos
Inapropriados

439 871

Dias de
Internamentos
após alta clínica

Índice de Inapropriação de Internamentos

O índice de inapropriação de internamentos aumentou ligeiramente (2,2 p.p) face ao ano anterior, sendo atualmente 13,9%. A demora média manteve-se praticamente a mesma face ao ano anterior sendo cerca de 5 meses.

Valorização dos Internamentos Inapropriados***

O aumento do número de internamentos sociais, contribuiu para ao aumento do impacto financeiro.

- 8ª Edição: Dados recolhidos a 20/03/2024
- 9ª Edição: Dados recolhidos a 19/03/2025
- 10ª Edição: Dados recolhidos a 19/03/2026

TAXA DE PARTICIPAÇÃO

Na 10ª edição, 41 hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), participaram no Barómetro dos Internamentos Sociais, o que corresponde a 97% das camas totais do SNS.

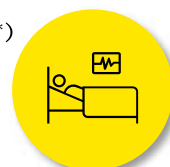
% de camas hospitalares
(face ao total de camas do SNS**)



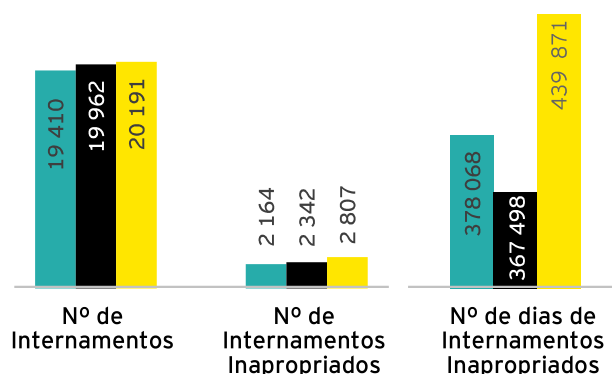
90%
8ª Edição



96%
9ª Edição



97%
10ª Edição



Índice de Inapropriação do Internamento

11,1%

11,7%

13,9%

Demora Média

175 dias

157 dias

157 dias

Valorização dos Internamentos Inapropriados

261,2M€

288,6M€

351,6M€

Valor Base por Dia

3 120 €

3 120 €

3 120 €

* Os dados das 8, 9 e 10ª Edições incluem Instituições Psiquiátricas

** Serviços Nacionais de Saúde

***Extrapolação para um ano

10ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais

Abril 2026

Como estão a evoluir os internamentos inapropriados em Portugal?

RESULTADOS*

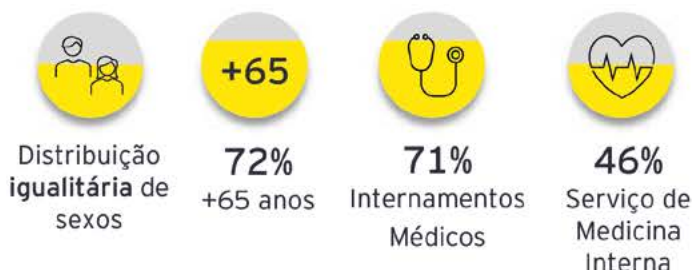
Alternativas e Soluções

No sentido de aliviar o impacto dos internamentos sociais, as instituições possuem algumas alternativas para os mesmo, nomeadamente a aplicação da portaria 38-A/2023, de 2 de fevereiro. Atualmente a nível nacional existem 27 instituições com alternativas, sendo que no dia 19 de março estavam 1035 doentes em vagas contratualizadas, e 714 tinham sido integrados no âmbito da aplicação da portaria 38-A/2023.



Caracterização demográfica

A situação de internamento indevido incide igualmente sobre os dois sexos, no entanto nota-se maior incidência em doentes com mais de 65 anos (72%), em internamentos de índole médica (71%) e no serviço de medicina interna (46%).



TOP 3 Causas Nacionais

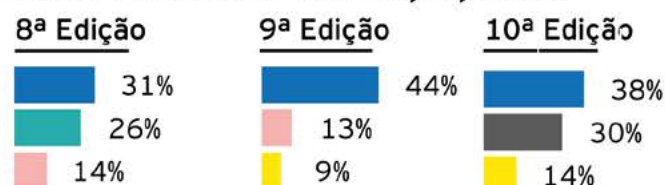
As principais causas de inapropriação dos internamentos são semelhantes às edições anteriores- destaca-se a falta de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (45%), seguida da demora na resposta para admissão em Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI) (27%).

Relativamente aos dias de internamento, destaca-se a espera para admissão em ERPI (38%), seguida da Incapacidade de resposta de familiar ou cuidador (30%).

Número de Internamentos Inapropriados



Dias de Internamentos Inapropriados



-  Aguarda resposta para admissão na Rede de Cuidados Continuados
-  Aguarda resposta para admissão na ERPI
-  Outras causas de índole organizacional/sistema
-  Aguarda vaga em Estrutura de Saúde Mental para doentes crónicos ao abrigo da circular informativa nº 10/2024/DPS/ACSS/N17/2015/DPS/ACSS/27 de abril de 2015
-  Incapacidade de resposta de familiar ou cuidador

* Os dados das 8, 9 e 10ª Edições incluem Instituições Psiquiátricas

Impacto do rastreio do cancro do pulmão na capacidade assistencial da Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Patrícia Martins¹, Cristina Bárbara²,
Adalberto Campos Fernandes³

Resumo

O rastreio do cancro do pulmão através de Tomografia Computorizada de Baixa Dose (TCBD) tem demonstrado benefícios significativos na redução da mortalidade em populações de elevado risco. No entanto, a sua implementação implica impactos relevantes na organização e capacidade assistencial das unidades de saúde. O presente estudo avalia o impacto do rastreio do cancro do pulmão na Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM), com especial enfoque no Serviço de Cirurgia Torácica. Recorreu-se a um estudo de caso com metodologia mista, integrando a caracterização da população elegível para rastreio nos Cuidados de Saúde Primários, a extrapolação dos resultados do ensaio NELSON para o contexto da ULSSM e a simulação do impacto assistencial nos principais serviços envolvidos. Foram identificados 9.350 indivíduos elegíveis para rastreio. A simulação aponta para um aumento significativo da atividade assistencial, nomeadamente nas áreas de Pneumologia, Imagiologia, Radioterapia e Cirurgia Torácica. Os resultados evidenciam que, apesar dos benefícios clínicos associados à deteção precoce, a implementação do rastreio exige planeamento estratégico, reforço de recursos e ajustamentos organizacionais, de forma a garantir a sustentabilidade do sistema e a qualidade dos cuidados prestados.

Introdução

O cancro do pulmão constitui um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, sendo responsável pela maior taxa de mortalidade entre as doenças oncológicas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, esta patologia mantém uma elevada letalidade, em grande parte devido ao diagnóstico tardio, frequentemente realizado em fases avançadas da doença (OMS, 2022). Em Portugal, o cancro do pulmão representa uma proporção significativa da mortalidade oncológica,

reforçando a necessidade de estratégias eficazes de deteção precoce (Registo Oncológico Nacional, 2020). A evidência científica acumulada nas últimas décadas demonstrou que o rastreio através de Tomografia Computorizada de Baixa Dose (TCBD), aplicado a populações de elevado risco, permite reduzir de forma significativa a mortalidade associada ao cancro do pulmão. Ensaio clínico de grande escala, como o National Lung Screening Trial e o estudo europeu Netherlands-Leuven Longkanker Screenings Onderzoek (NELSON), confirmaram a eficácia do rastreio na deteção precoce da doença e na redução do risco de morte (Aberle et al., 2011; De Koning et al., 2020). Com base nestes resultados, a Comissão Europeia passou a recomendar, em 2022, a implementação do rastreio do cancro do pulmão em indivíduos entre os 50 e os 75 anos com elevada carga tabágica (Comissão Europeia, 2022). Apesar dos benefícios clínicos amplamente documentados, a implementação de programas de rastreio levanta desafios significativos ao nível da organização e gestão hospitalar. O aumento do número de diagnósticos precoces traduz-se num acréscimo da procura de consultas, exames e tratamentos especializados, com impacto direto na capacidade instalada dos serviços (Alves et al., 2021). Neste contexto, torna-se fundamental avaliar antecipadamente os efeitos do rastreio na atividade assistencial, de forma a apoiar decisões estratégicas e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto do rastreio do cancro do pulmão na Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM), com enfoque no Serviço de Cirurgia Torácica, recorrendo a um modelo de simulação baseado na extrapolação dos resultados do estudo NELSON.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de caso com abordagem metodológica mista, centrado na Unidade Local de Saúde

de Santa Maria (ULSSM). A metodologia integrou componentes quantitativas e qualitativas, com o objetivo de estimar o impacto assistencial do rastreio do cancro do pulmão.

A componente quantitativa incluiu a caracterização da população elegível para rastreio nos Cuidados de Saúde Primários da ULSSM, de acordo com os critérios definidos no estudo NELSON. Foram utilizados dados agregados referentes à idade, sexo e carga tabágica, respeitando os princípios de confidencialidade e proteção de dados. Identificaram-se 9.350 indivíduos elegíveis para rastreio, correspondendo a 3,44% da população inscrita.

Os resultados do ensaio NELSON foram extrapolados para o contexto da ULSSM através de simulação estatística, permitindo estimar a redução do risco de mortalidade e o aumento esperado de diagnósticos precoces. Com base nesta extrapolação, foi simulada a variação da atividade assistencial nos serviços de Pneumologia, Imagiologia, Radioterapia e Cirurgia Torácica. Adicionalmente, foi desenvolvido o fluxograma do percurso do doente no contexto do rastreio, desde a referência inicial até ao tratamento, integrando os principais pontos de decisão clínica e organizacional. A componente qualitativa incluiu entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde envolvidos no processo, com análise de conteúdo orientada para a identificação de desafios operacionais e necessidades de adaptação organizacional.

Resultados

A aplicação do modelo de simulação permitiu estimar o impacto da implementação do rastreio do cancro do pulmão na atividade assistencial da ULSSM.

A extrapolação dos resultados do estudo NELSON para a população elegível identificada revelou uma redução estimada do risco de mortalidade de 31%, valor ligeiramente superior ao observado no ensaio original, refletindo diferenças demográficas e de distribuição por género da população portuguesa (De Koning et

al., 2020). Esta redução associa-se a um aumento significativo do diagnóstico em estádios precoces, com impacto direto na procura de cuidados especializados. No plano assistencial, a simulação estimou um acréscimo de 9.350 primeiras consultas de Pneumologia, referenciadas através do sistema de Consulta a Tempo e Horas, associado a um aumento equivalente de exames de Tomografia Computorizada de Baixa Dose no Serviço de Imagiologia. Observou-se ainda um aumento estimado de cerca de 1% nos procedimentos de Pneumologia de Intervenção e biópsias, um acréscimo de 14% na atividade de Radioterapia e um aumento de 2% nas intervenções do Serviço de Cirurgia Torácica. O percurso do doente evidencia a necessidade de articulação estreita entre os Cuidados de Saúde Primários, Pneumologia, Imagiologia, Anatomia Patológica, Radioterapia e Cirurgia Torácica. A concentração temporal de consultas e exames, idealmente no mesmo episódio assistencial, surge como fator crítico para a eficiência do processo e para a redução de tempos de resposta. Os resultados obtidos demonstram que a implementação do rastreio terá um impacto relevante na capacidade instalada dos serviços hospitalares, exigindo ajustamentos organizacionais e reforço de recursos humanos e tecnológicos.

Discussão

Os resultados deste estudo confirmam que a implementação do rastreio do cancro do pulmão, embora clinicamente benéfica, não é neutra do ponto de vista organizacional. O aumento da deteção precoce traduz-se numa maior pressão sobre os serviços hospitalares, em particular nos serviços diretamente envolvidos no diagnóstico e tratamento da doença, como a Pneumologia, Imagiologia, Radioterapia e Cirurgia Torácica (Field et al., 2016). A simulação evidencia a importância do planeamento estratégico prévio à implementação do rastreio. Sem uma adaptação adequada da capacidade instalada, existe o risco de criação de estrangulamentos assistenciais, com impacto nos tempos de resposta e na qualidade dos cuidados prestados. A literatura destaca a necessidade de modelos integrados de planeamento que articulem os Cuidados de Saúde Primários e os cuidados hospitalares, assegurando fluxos eficientes e continuidade assistencial (Balata et al., 2022).



Defesa do trabalho de campo desenvolvido no âmbito da Especialização em Administração Hospitalar. Da esquerda para a direita: Prof.ª Doutora Teresa Magalhães, Dra. Maria João, Dra. Patrícia Martins, Prof.ª Doutora Cristina Bárbara e Prof. Doutor Adalberto Campos Fernandes.

Neste contexto, a utilização de modelos de simulação constitui uma ferramenta relevante de apoio à decisão, permitindo antecipar impactos, testar cenários e apoiar a alocação racional de recursos. A experiência da ULSSM sugere que a introdução faseada do rastreio, associada ao reforço progressivo de recursos e à reorganização de processos, poderá mitigar os impactos negativos identificados.

Conclusão

O rastreio do cancro do pulmão através de TCBD apresenta benefícios clínicos claros, traduzindo-se numa redução significativa da mortalidade e numa melhoria do diagnóstico precoce. Contudo, a sua implementação implica um impacto relevante na capacidade assistencial das unidades de saúde.

O presente estudo demonstra que, no contexto da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, a introdução do rastreio exigirá planeamento estratégico, reforço de recursos humanos e ajustamentos organizacionais, de forma a garantir a sustentabilidade do sistema e a qualidade dos cuidados prestados. A simulação apresenta-se como uma ferramenta essencial de apoio à decisão, permitindo fundamentar políticas de saúde e apoiar a eventual expansão do rastreio do cancro do pulmão em Portugal.

O presente estudo resulta de um trabalho de campo desenvolvido na Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM), no âmbito do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, defendido em setembro de 2024 e orientado

pelo Prof. Doutor Adalberto Campos Fernandes tendo constituído a base técnica para a implementação do rastreio do cancro do pulmão na ULSSM. A Prof. Doutora Cristina Bárbara, Diretora do Departamento do Tórax da ULSSM foi também coorientadora do trabalho e é a responsável pelo desenvolvimento do projeto-piloto de rastreio do cancro do pulmão na ULSSM. ●

Nota: À data de elaboração deste estudo ainda não se encontrava publicada a Orientação n.º 003/2025 da DGS (31/07/2025), que define os critérios nacionais de elegibilidade para rastreio do cancro do pulmão. Assim, os critérios utilizados basearam-se no protocolo do ensaio NELSON, refletindo o evidência científica disponível naquele momento.

REFERÊNCIAS

- Aberle, D. R., et al. (2011). "Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening." *New England Journal of Medicine*.
- Alves, S., et al. (2021). "Organização dos cuidados oncológicos e impacto dos rastreios." *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Balata, H., et al. (2022). "Lung cancer screening: organisational challenges and implementation." *Thorax*.
- Comissão Europeia (2022). *Recomendações do Conselho sobre o reforço dos programas de rastreio do cancro*.
- De Koning, H. J., et al. (2020). "Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial." *New England Journal of Medicine*.
- Field, J. K., et al. (2016). "Lung cancer screening: the way forward." *The Lancet Oncology*.
- Organização Mundial da Saúde (2022). *Cancer fact sheets*.
- Registo Oncológico Nacional (2020). *Incidência e mortalidade por cancro em Portugal*.

1. Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra
2. Unidade Local de Saúde de Santa Maria
3. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa

3

Perguntas a Hugo Quintino

Administrador da ULS Alentejo Central

1 Como descreve o seu percurso?

O meu percurso tem sido desenvolvido na área da gestão e organização dos serviços de saúde, com uma forte ligação à análise de dados, planeamento e melhoria de processos. Em termos académicos, sou licenciado em Matemática e Ciências da Computação e mestre em Modelação Estatística e Análise de Dados. Concluí o XL Curso de Administração Hospitalar e foquei, desde sempre, a formação profissional na área da gestão em saúde, como é exemplo disso, recentemente, a frequência e conclusão do 52º PADIS.

Iniciei funções no Hospital do Espírito Santo de Évora, atualmente integrada na ULS Alentejo Central, no Gabinete de Estatística, com apenas 22 anos, evoluindo para o Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, onde desenvolvi competências em contratualização, monitorização da atividade, assessoria e apoio à decisão do Conselho de Administração.

Em 2017 passei a desempenhar funções como Administrador Hospitalar, assumindo o desafio de dirigir e reorganizar o Serviço de Consulta Externa. Neste período participei no planeamento e implementação de projetos de Centros de Responsabilidade Integrados, nomeadamente o CRI Onco-Cirúrgico do HESE e o CRI@HOME, que incluía a Unidade de Hospitalização Domiciliária e a Unidade de Hospital de Dia Médica.



Atualmente sou Diretor do Serviço de Gestão da Produção, serviço que tive a oportunidade de criar em 2023 e que incorpora a ULGA. Acumulei estas funções com a gestão do Departamento de Medicina até ao início de 2026 e, atualmente, com a gestão do Departamento Cardiovascular e Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo.

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

A nível pessoal, a minha maior inspiração é, sem dúvida, a minha família. O meu pai, que já não está fisicamente presente, continua a acompanhar-me todos os dias; sinto, muitas vezes, que me protege, me orienta e me acompanha nas decisões mais difíceis. É uma presença constante, que levo comigo em tudo o que faço. A minha querida mãe, o meu irmão e a minha cunhada e, claro, a minha esposa, sempre acreditaram em mim, sem qualquer dúvida, e esse apoio incondicional foi essencial para me dar a confiança e a

força necessárias para construir o meu percurso. E mais recentemente o meu filho Manuel, que trouxe uma nova alegria a toda a família.

No plano profissional, tive a felicidade de me cruzar com pessoas que marcaram profundamente a minha forma de estar. Destaco o Dr. Francisco Guerreiro, vogal do CA e meu chefe durante a minha formação em Administração Hospitalar, a quem devo o incentivo, a enorme disponibilidade e a confiança que sempre me transmitiu.

No Hospital do Espírito Santo de Évora, tive ainda o privilégio de trabalhar com referências como o Dr. Manuel Fialho e o saudoso Dr. José Cosinha, exemplos de sabedoria, rigor e dedicação ao serviço público.

Não posso deixar de referir o Dr. Delfim Rodrigues, uma verdadeira fonte de inspiração para mim. Tive o privilégio de privar e trabalhar de perto com ele. Cada conversa era um enorme ensinamento. Guardo essas memórias com profunda gratidão e saudade. Partiu cedo demais.

ENQUADRAMENTO DOS PRINCIPAIS PROJETOS DESENVOLVIDOS OU EM DESENVOLVIMENTO

Ao longo do meu percurso, estive envolvido na implementação de diversos projetos com foco na melhoria de cuidados ao doente e que contribuíram determinantemente para o meu desenvolvimento profissional

Destaco, desde logo, o trabalho desenvolvido na área da Consulta Externa, onde fui responsável pela gestão de uma equipa de cerca de 40 profissionais.

Neste contexto, implementei um conjunto de medidas de reorganização dos processos administrativos e dos circuitos assistenciais, com impacto direto na melhoria do acesso, da resposta assistencial e na otimização do contacto com o utente.

Durante a pandemia COVID-19, assumi a responsabilidade pela organização da vacinação no hospital, abrangendo profissionais e utentes.

Este processo exigiu a articulação de equipas multidisciplinares – médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais e profissionais da área farmacêutica – garantindo a coordenação entre a preparação das vacinas, o agendamento rigoroso (seja na definição de quem era vacinado, seja no cumprimento da curta validade para administração), a validação clínica e a administração por parte da enfermagem, num contexto de elevada pressão e exigência logística.

Ainda nesse período, promovemos uma reorganização na Consulta Externa para assegurar a continuidade de cuidados não COVID.

Foram implementadas várias respostas, nomeadamente testes para doentes cirúrgicos, circuitos assistenciais diferenciados para o hospital de dia e novas áreas de atividade como consultas de patologia cervical, rastreio do cancro do colo do útero, histeroscopias, consultas pré-operatórias e postos de colheita específicos, aproximando os cuidados às necessidades dos utentes e libertando outras áreas hospitalares para tratamento de doentes COVID.

Atualmente, encontro-me envolvido em projetos de natureza estruturante. Destaco a reformulação do Centro de Responsabilidade Integrado Cardiovascular do Alentejo, com uma lógica de integração regional e alargamento a todo o departamento cardiovascular.

Assumi recentemente a coordenação do projeto do Novo Hospital Central do Alentejo, incluindo a gestão de contratos, articulação institucional com entidades como a Câmara Municipal de Évora ou a CCDR, acompanhamento das empreitadas assessorias à construção do edifício, redefinição de espaços e fluxos, planeamento de recursos e preparação da transição para o novo modelo organizativo. Este projeto é, sem qualquer dúvida, o mais desafiante e gratificante da minha carreira profissional.

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

Diria, antes de mais, que têm de ser profissionais dinâmicos, preparados para contextos de elevada exigência e mudança constante. A gestão em saúde implica lidar diariamente com constrangimentos, pressão e complexidade, pelo que a capacidade de resolver problemas de forma pragmática e orientada para resultados é essencial. Cada novo dia é uma incógnita e o administrador hospitalar terá de ter uma enorme capacidade de adaptação.

Tão importante como essa capacidade é a dimensão relacional.

Um administrador hospitalar deve saber exercer diplomacia, promover o diálogo e procurar entendimentos entre diferentes intervenientes, muitas vezes com interesses distintos. A construção de consensos e de pontes e, sobretudo,

a capacidade de ouvir os profissionais são hoje competências centrais na gestão das organizações de saúde.

Outro aspeto crítico é a proximidade ao terreno. Não se pode gerir apenas a partir do gabinete ou com base em relatórios. É fundamental sair, conhecer a realidade concreta dos serviços, acompanhar o dia a dia das equipas e compreender os seus problemas. Só assim é possível tomar decisões mais informadas, ajustar soluções e ganhar legitimidade junto dos profissionais.

Deveremos manter uma postura de aprendizagem contínua e de abertura à inovação, sem perder o foco no essencial: criar as condições para que os profissionais de saúde possam prestar os melhores cuidados possíveis aos utentes, dentro dos recursos disponíveis. É esse equilíbrio exigente – entre qualidade, eficiência e sustentabilidade – que deve orientar a ação de quem quer liderar na saúde. ●

É esse equilíbrio exigente – entre qualidade, eficiência e sustentabilidade – que deve orientar a ação de quem quer liderar na saúde

Beja+Lares: quando antecipar é cuidar melhor



O Projeto

O Beja+Lares nasceu da experiência acumulada da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) Beja+ na intervenção regular em ERPI. Em 2025, a ECSCP acompanhou 284 doentes residentes em ERPI, dos quais 128 faleceram – 113 na própria ERPI. Estes resultados confirmam que é possível garantir uma morte digna no local de residência quando existe acompanhamento especializado. O desafio é identificar mais pessoas antes da crise, e não apenas em resposta a ela.

O projeto foi selecionado para a 6.ª edição da Bolsa Capital Humano em Saúde, promovida pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), com parceria técnica da NoBox e apoio da Gilead Sciences. A Bolsa distingue projetos que colocam o desenvolvimento do capital humano ao serviço da melhoria dos cuidados de saúde, reconhecendo no Beja+Lares um modelo de integração com potencial de impacto sistémico e de replicação de boas práticas.

A ideia central é antecipar: identificar precocemente as pessoas idosas com necessidades paliativas – no hospital, antes da alta, e na ERPI – e criar as condições para que essa identificação seja seguida de ação. O projeto estrutura-se em 4 eixos:

1. Protocolo de sinalização e referenciação ERPI-ECSCP. A ECSCP Beja+ dispõe de uma linha de apoio 24 horas, acessível para os doentes já em acompanhamento. O projeto visa aumentar o número de residentes identificados e referenciados precocemente, de modo a que mais pessoas beneficiem deste circuito quando dele mais necessitam. Para isso, é formalizado o protocolo de sinalização e referenciação entre as ERPI e o Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP) Beja+, ao qual a ECSCP pertence.

2. PAC universal, partilhado e integrado. Elaboração de um Plano Antecipado de

Catarina Pazes¹, Raquel Granjo¹, Rita Carrapiço¹

A ULSBA atua em 13 concelhos do Baixo Alentejo, um território marcado pelo envelhecimento populacional e com elevada procura de respostas residenciais para pessoas idosas.

Em 2025, 134 das 526 pessoas que faleceram internadas na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) eram residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) – 25,5% dos óbitos hospitalares. No Serviço de Urgência, 142 dos 438 óbitos, 32,4% correspondiam ao mesmo grupo. Um único residente em ERPI recorreu ao Serviço de Urgência vinte e uma vezes no mesmo ano.

Ainda nesse ano registaram-se na ULSBA 698 episódios de internamento hospitalar de residentes em ERPI – 8,7% do total de saídas –, correspondentes a 550 doentes, com uma média de 1,3 internamentos por doente. No Serviço de Urgência, 4.048 admissões diziam respeito a 1.599 residentes de ERPI, com uma média de 2,5 episódios por pessoa; 999 destes doentes recorreram ao Serviço de Urgência duas ou mais vezes no mesmo ano.

Estes números não descrevem fatalidade. Descrevem ausência de estratégia.

O problema que os dados revelam

Um olhar atento sobre estes dados revela um padrão claro: não se trata de situações imprevisíveis. Trata-se de doentes conhecidos, com doença crónica avançada, acompanhados em continuidade por profissionais de saúde e por equipas das ERPI. O desafio não se prende com a resposta à crise, mas com a insuficiente antecipação dos cuidados, fator determinante na prevenção de internamentos repetidos.

A análise das transições de cuidados revelou fragilidades estruturais: ausência de Plano Antecipado de Cuidados (PAC) na maioria das situações estudadas; equipas das ERPI sem formação específica em cuidados paliativos; inexistência de protocolos de articulação com os serviços de saúde ou articulação informal; e decisões clínicas tomadas exclusivamente em contexto de agudização, sem reflexão prévia com o doente e a família sobre os seus valores e preferências.

O que acontece quando não existe plano é previsível: a equipa da ERPI contacta o 112. Não por negligência – por falta de alternativa. Esta é a realidade que o projeto Beja+Lares se propõe transformar.



ULS do Baixo Alentejo, Vencedor da 6ª edição da Bolsa Capital Humano em Saúde

Cuidados (PAC) para todos os residentes com doença avançada, partilhado entre a ERPI, familiares, Cuidados de Saúde Primários, hospital e SICP através de um sistema informático integrado. O PAC explicita as limitações terapêuticas e as intervenções a não implementar em situação de crise, refletindo a vontade da pessoa doente e dos familiares, promovendo a continuidade dos cuidados, a coerência das decisões clínicas e o respeito pelas preferências expressas.

3. Rastreio com IDC-Pal e Stop and Watch. O Instrumento Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos (IDC-Pal) é já utilizado pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) da ULSBA. O projeto propõe-se alargá-lo às ERPI. O Stop and Watch é uma ferramenta destinada aos cuidadores formais das ERPI – incluindo ajudantes de ação directa – que permite detetar alterações subtis no estado global do residente antes que se instale a crise, sinalizando-os à equipa de enfermagem da ERPI para avaliação com o IDC-Pal.

4. Formação em cuidados paliativos para profissionais das ERPI. Curso básico de cuidados paliativos, articulado com o Gabinete de Formação da ULSBA, dirigido aos profissionais das ERPI da área de abrangência.

Capital humano como instrumento de mudança

O Beja+Lares é, antes de mais, um projeto de pessoas. A integração de cuidados não

se implementa por decreto – constrói-se na relação entre profissionais que aprendem a reconhecer necessidades mais cedo, a comunicar de forma mais estruturada e a tomar decisões partilhadas com os doentes e as famílias.

A equipa é composta por Catarina Pazes, enfermeira especialista e coordenadora da ECSCP Beja+; Rita Carrapiço, enfermeira da EIHSCP e elemento facilitador do projeto no contexto hospitalar; e Raquel Granjo, psicóloga do SICP Beja+, responsável pelo suporte psicossocial às equipas e às famílias. O SICP Beja+ assume a coordenação, enquanto estrutura transversal entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários.

O investimento no capital humano visa reforçar competências transversais – comunicação interprofissional, tomada de decisão partilhada, gestão de situações de elevada complexidade clínica e ética – e contribuir para a redução da sobrecarga emocional dos profissionais envolvidos, promovendo a melhoria do seu bem-estar.

O que se espera

Os indicadores de impacto são mensuráveis e os dados de base existem: número de internamentos hospitalares de residentes em ERPI, episódios de Serviço de Urgência, percentagem de óbitos no hospital versus no local de residência, e número de PAC elaborados. A comparação com os resultados de 2025 será possível no final de 2026.

O modelo assenta em estruturas e recursos já existentes na ULSBA, o que garante sustentabilidade. Pelas características do Baixo Alentejo – território de baixa densidade populacional, envelhecimento populacional e dispersão geográfica –, poderemos inferir que, se o modelo funciona aqui, funciona em qualquer ULS com ERPI e uma Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos ativa.

Antecipar não é apenas uma estratégia clínica. É um imperativo ético. As pessoas merecem que as decisões sobre o fim da sua vida sejam tomadas com elas, no tempo certo, no lugar que escolheram. O Beja+Lares é uma aposta nesse caminho. ●

REFERÊNCIAS

- Gomes, B., Higginson, I. J. (2006). "Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review". *BMJ*, 332(7540), 515–521.
- Ouslander, J. G., Lamb, G., Tappen, R., et al. (2011). "Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: Evaluation of the INTERACT II program". *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 745–753.
- Sarmento, V. P., Gama, A., Abrantes, P., Gomes, B. (2017). "Home death: A nationwide study in Portugal in 2011". *Palliative Medicine*, 31(8), 693–703.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2024). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biênio 2023-2024. Direção Executiva do SNS.
- DEJSNS - Comissão Nacional Cuidados Paliativos. (2024). Unidades Locais de Saúde - Serviço Integrado de Cuidados Paliativos. SNS.
- ULSBA, E. (2024). Regulamento Interno- Serviço Integrado de Cuidados Paliativos Beja+.
- ULSBA, E. (2026). Serviço de Estatística ULSBA.

1. Serviço Integrado de Cuidados Paliativos Beja+ – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Centro de Saúde Sexual da ULS de Braga: da necessidade à criação do projeto



Sofia Lopes¹, Luísa Graça²

A Sexualidade constitui uma dimensão fundamental da condição humana e uma necessidade básica, posicionando-se na base da hierarquia das necessidades de Maslow. Abrange não apenas as práticas sexuais, mas também a identidade de género, a orientação sexual, o prazer, a intimidade, a reprodução e outras formas de expressão da sexualidade. A vivência individual da sexualidade é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, legais, históricos e religiosos, que interagem de forma dinâmica ao longo da vida¹. Neste contexto, a sua natureza multidimensional evidencia a necessidade de mobilizar diferentes profissionais e recursos, assegurando uma resposta integrada, abrangente e de elevada qualidade. Verifica-se um contexto epidemiológico caracterizado pela tendência crescente sustentada da notificação de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), constituindo o grupo de doenças de notificação obrigatória (DNO) com maior magnitude na área da ULS (Unidade Local de Saúde) de Braga. Em 2024, registaram-se 207 casos confirmados de VIH e outras IST, representando um volume de notificações aproximadamente duas vezes superior ao segundo grupo mais notificado² – apesar da reconhecida subnotificação. Verificam-se desafios no acesso às profilaxias pré-exposição (PrEP) e profilaxias pós-

-exposição (PPE) da infeção por VIH, com tempos de resposta longos e má adesão aos planos de seguimento – 26% de faltas a primeiras e 13% de faltas a consultas subsequentes na Infeciologia do Hospital de Braga (HB).

Paralelamente, verifica-se uma resposta ainda insuficientemente estruturada às disfunções sexuais nos Cuidados de Saúde Primários. Estas têm impacto na qualidade de vida, saúde mental e relações interpessoais, podendo associar-se a custos acrescidos quando não diagnosticadas e tratadas precocemente. A disfunção sexual pode ainda constituir um marcador de saúde global, incluindo de doença cardiovascular, reforçando a importância da integração da saúde sexual na prevenção e gestão da doença. Mais recentemente, tornou-se também evidente a necessidade de uma abordagem estruturada e culturalmente competente ao chemsex – o consumo de substâncias psicoativas em contexto sexualizado – que se estima que seja praticado por cerca de 20% da coorte da consulta de PrEP do HB.

O contexto sociodemográfico dos 6 concelhos da ULS caracteriza-se pela coexistência de áreas rurais, meios culturalmente mais conservadores, e uma população jovem expressiva, resultante de Braga ser um importante polo universitário e uma das cidades mais jovens do país. Paralelamente, a presença de populações em situação de maior vulnerabilidade, nomeadamente pessoas migrantes (incluindo refugiados), trabalhadores do sexo e pessoas consumidoras de

substâncias ilícitas, associa-se a maior exposição ao risco, estigma, dificuldades no acesso e utilização mais fragmentada dos cuidados de saúde, reforçando a necessidade de uma resposta integrada e diferenciada em saúde sexual.

Atualmente, na ULS de Braga, verifica-se a existência de serviços e programas com foco na saúde sexual que funcionam de forma dispersa na instituição, nomeadamente o Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD), o Programa Autoestima, a Consulta Comunitária de Medicina Sexual e a Consulta de PrEP e IST da Infeciologia do HB.

Atendendo à recente organização das ULS e à oportunidade de aumentar a integração entre Cuidados Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Saúde Pública, foi criado o projeto do Centro de Saúde Sexual. O projeto visa estruturar, num modelo e espaço únicos, estes mesmos serviços e programas, propondo uma resposta verdadeiramente integrada à saúde sexual, em contexto comunitário e prestada por uma equipa multidisciplinar, composta por Médicos (Saúde Pública, Infeciologia e Sexologia), Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais e Fisioterapeutas Pélvicos. O Centro irá localizar-se num espaço fixo (no edifício da Unidade de Saúde Pública), que será apoiado por uma unidade móvel. Assim, este Centro encara a saúde sexual não apenas como ausência de doença, mas como uma componente essencial do bem-estar e da qualidade de vida. O projeto reforça a ação comunitária, envolvendo parceiros e população na identificação de necessidades e na construção de respostas, promovendo educação sexual, redução do estigma e maior proximidade dos cuidados.

O valor da integração em saúde

A integração destas valências num Centro de Saúde Sexual representa uma mais-valia para utentes e profissionais, ao concentrar, num único espaço, respostas diferenciadas, acessíveis e articuladas para as diversas necessidades em saúde sexual. Esta abordagem está alinhada com as orientações do Programa Nacional para o VIH e IST da Direção-Geral da Saúde para o triénio 2026-2028, que preconiza a “criação de centros de resposta às IST”, promovendo a “descentralização efetiva

da PrEP”, a proximidade dos cuidados e o “maior acesso à testagem ao VIH e outras IST”. O Programa destaca ainda como prioridades o “apoio à população vulnerável e migrante”, a “redução do estigma” e o reforço da “vigilância epidemiológica, monitorização e avaliação”³.

Para os utentes, esta integração traduz-se numa melhoria do acesso e da orientação no percurso de cuidados, com uma resposta mais flexível e adaptada às necessidades da população, através de horários alargados para o período pós-laboral e implementação de consulta aberta (além da programada). A unidade móvel permitirá ainda aproximar os cuidados das comunidades, promovendo prevenção, rastreio e aconselhamento em contextos onde existam maiores barreiras de acesso.

Para alguns utentes, o receio do estigma ou a eventual menor privacidade sentida na sua unidade de saúde, bem como a dificuldade em abordar estes temas com o seu médico de família, podem constituir barreiras no acesso aos cuidados. Ao disponibilizar uma resposta especializada, acessível e centrada na saúde sexual, o Centro contribuirá para ultrapassar estas barreiras.

Apesar do alargamento da PrEP da infeção por VIH, nomeadamente através da disponibilização em farmácias comunitárias e prescrição por várias especialidades (Portaria n.º 402/2023, de 4 de dezembro), a resposta mantém-se centrada na consulta hospitalar de Infeciologia e utilizada sobretudo por homens que têm sexo com homens. A aproximação dos cuidados à comunidade permitirá diversificar as populações abrangidas, aumentar o número de consultas e reduzir tempos de resposta. A consulta aberta poderá igualmente contribuir para reduzir a taxa de faltas às primeiras consultas PrEP, e responder de forma mais célere a situações como PPE, sintomas de IST ou outras necessidades de saúde sexual, evitando o recurso ao serviço de urgência.

A integração do Centro de Saúde Sexual permitirá reforçar o rastreio e tratamento de contactos de pessoas com IST, através da definição de circuitos funcionais que promovam uma intervenção mais célere e efetiva da Saúde Pública na interrupção das cadeias de transmissão. Esta articulação reveste-se de particular importância, uma vez que a notificação da maioria destas infeções é anónima, limitando a capacidade das Autoridades de Saúde para identificar a origem da infeção e rastrear contactos, o que dificulta



ULS de Braga, Vencedor da 6ª edição da Bolsa Capital Humano em Saúde

a implementação atempada de medidas de prevenção e controlo da transmissão na comunidade.

Para os profissionais de saúde, uma das principais mais-valias reside na proximidade de uma equipa multidisciplinar diferenciada, facilitando a consultoria entre profissionais e permitindo respostas clínicas e não clínicas mais efetivas, completas e adequadas. Esta integração favorece igualmente a articulação com outros programas existentes na ULS, como a Saúde Escolar, e com parceiros comunitários estratégicos, incluindo autarquias e organizações não-governamentais, potenciando intervenções coordenadas e diferenciadas de promoção da saúde e prevenção da doença. A integração permitirá também uma resposta mais estruturada ao chemsex, assegurando uma abordagem multidisciplinar e articulada entre a saúde sexual e a área dos comportamentos aditivos.

O Centro criará condições para o desenvolvimento da investigação, permitindo aprofundar o conhecimento sobre determinantes, barreiras, facilitadores e crenças em saúde sexual, como também elaborar um diagnóstico de saúde populacional mais contextualizado. Este conhecimento será essencial para o desenho de intervenções em saúde pública mais eficazes e ajustadas à realidade da população, com impacto direto na melhoria dos ganhos em saúde. Esta resposta constituirá igualmente um polo de formação em saúde sexual, respondendo a uma necessidade atualmente existente na formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, assim como um importante fator de valorização e motivação profissional.

Consolidar o presente, construir o futuro

Nesta fase, o foco centra-se na construção e consolidação de um modelo sólido, estruturado e operacional, com o apoio do Conselho de Administração da ULS, garantindo que a sua implementação assenta numa abordagem centrada na promoção da saúde e prevenção da doença, na integração efetiva de cuidados e na articulação com os diferentes níveis de resposta dentro e fora da ULS.

A Bolsa da APAH constitui um importante impulso para o projeto, reforçando a sua capacidade de operacionalização e disponibilizando ferramentas adicionais à equipa. Permitirá apoiar a consolidação da visão, a definição da estrutura do projeto e do plano de mudança, assim como a sua implementação ao longo de 2026, com o nível de qualidade que se pretende assegurar.

A prioridade consiste em assegurar uma resposta consistente às necessidades da população e dos profissionais, criando uma base para a melhoria contínua do Centro e reforço do seu impacto na saúde pública. ●

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: WHO.
2. Unidade Local de Saúde de Braga. (2024). Diagnóstico de Situação de Saúde 2024. Consultado em 29 de junho de 2026, em https://www.hospitaldebraga.pt/storage/texts/Diagnostico%20de%20Situacao%20de%20Saude%202024_ULS%20Braga.pdf
3. Direção-Geral da Saúde, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2025). Infeção por VIH em Portugal – 2025. DGS/INSA.

1. Assistente de Saúde Pública, ULS Braga
2. Assistente Hospitalar de Infeciologia, ULS Braga

17.ª CONFERÊNCIA DE VALOR APAH

Cuidados de Saúde Primários para todos: dos desafios às reflexões



Cuidados de saúde primários para todos

Pousada Serra da Estrela
Covilhã
15 e 16 maio



1. Xavier Barreto, Presidente da APAH.
2. Carlos Vaz, Chairman da 17.ª CV APAH.
3. e 4. Jan De Maeseneer e Alexandre Gouveia, keynote speakers.

A 17.ª Conferência de VALOR APAH, promovida pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), realizou-se nos dias 15 e 16 de maio de 2026, na Covilhã, num contexto de crescente pressão sobre os sistemas de saúde e de consolidação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como eixo estruturante da resposta assistencial.

Sob a presidência de Carlos Vaz, Administrador Hospitalar recentemente aposentado, a conferência afirmou-se como um fórum de reflexão estratégica sobre a evolução dos CSP, reunindo decisores, gestores e especialistas nacionais e internacionais. O programa integrou dois Keynote speakers e cinco painéis temáticos estruturados em torno de temas como integração de cuidados, inovação digital, políticas de saúde, recursos humanos, acesso e governação.

A sessão inaugural contou com a intervenção de Jan De Maeseneer, referência internacional em Medicina Geral e Familiar, que enquadrou o papel dos CSP na concretização da cobertura universal de saúde. A sua apresentação destacou a transição de modelos centrados na doença para abordagens orientadas para a pessoa, com ênfase na funcionalidade, continuidade de cuidados e integração entre níveis assistenciais.



O segundo keynote, Alexandre Gouveia, centrou a sua abordagem na transformação digital nos Cuidados de Saúde Primários. A sua intervenção evidenciou o potencial das tecnologias digitais para reorganizar modelos de prestação de cuidados, com impactos na acessibilidade, eficiência operacional, coordenação assistencial e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O primeiro eixo de debate incidiu sobre a integração de cuidados no contexto das Unidades Locais de Saúde (ULS), analisando os progressos alcançados e os desafios persistentes na articulação entre níveis assistenciais. A discussão sublinhou o papel dos CSP enquanto elemento coordenador dos percursos assistenciais e instrumento central na melhoria da continuidade e eficiência dos cuidados.

A dimensão político-estratégica dos CSP foi igualmente abordada num painel com representantes de diferentes forças políticas com assento parlamentar. O debate centrou-se nos constrangimentos estruturais do sistema, na sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e nas condições necessárias para o desenvolvimento de modelos organizativos mais integrados e orientados para valor em saúde.

O segundo dia dedicou especial atenção aos recursos humanos, identificados como fator crítico de sustentabilidade



5. Paula Rebelo (moderadora), Catarina Arizmendi Filipe (ULS Litoral Alentejano), Nuno Jacinto (APMGF) e Ana Correia de Oliveira (DE SNS).

6. Paula Rebelo, Bernardino Soares (PCP), Dulcineia Catarina Moura (PSD), Patrícia Nascimento (CHEGA), Joana Cordeiro (IL), Joana Alves Pereira (Livre) e Nuno Fazenda (PS).

7. Paula Rebelo, Tiago Villanueva (UEMO), Peter Groenewegen (Inst. Neerlandês para Investigação em Serviços de Saúde), Ana Sofia Ferreira (PlanApp) e Ellen Kuhlmann (Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde).

8. Paula Rebelo, Antoine Boivin (Univ. Montreal), Verónica Casado Vicente (Acad. Medicina de Família de Espanha) e Lee Chien Earn (SingHealth).

9. Paula Rebelo, Correia de Campos (ex-Ministro da Saúde), Luís Pisco (Especialista em CSP), Ana Correia de Oliveira (DE SNS) e André Biscaia (USF-AN).

dos CSP. A discussão incidiu sobre desafios de recrutamento, retenção e desenvolvimento profissional, bem como sobre a necessidade de reforçar o planeamento da força de trabalho, qualificar lideranças e promover modelos organizacionais mais flexíveis e atrativos. Foi igualmente enfatizada a relevância das assimetrias territoriais na distribuição de profissionais de saúde.

A sessão dedicada ao acesso aos CSP apresentou perspetivas internacionais sobre estratégias de melhoria da equidade e da efetividade dos sistemas de saúde. O debate destacou a importância da coerência entre políticas públicas e prática organizacional, da participação ativa dos cidadãos e da focalização em populações vulneráveis, enquanto elementos estruturantes para a melhoria do acesso e dos resultados em saúde.

O painel de encerramento promoveu uma reflexão sobre a evolução dos CSP em Portugal, analisando tendências históricas e desafios futuros. Entre as principais conclusões destacou-se a necessidade

de estabilidade e consistência nas políticas de saúde, bem como o reforço de mecanismos de avaliação e aprendizagem organizacional, como condições para a sustentabilidade das reformas em curso.

A 17.ª Conferência de VALOR APAH reafirmou os Cuidados de Saúde Primários como pilar central dos sistemas de saúde contemporâneos. Num contexto marcado pelo envelhecimento populacional, pela multimorbilidade e pela pressão crescente sobre os recursos, os debates evidenciaram a centralidade da integração de cuidados, da transformação digital e da gestão estratégica de recursos humanos como vetores críticos de sustentabilidade.

Enquanto espaço de produção de conhecimento e reflexão aplicada, a conferência consolidou-se como plataforma de debate sobre políticas



Reveja o programa da 17.ª Conferência de VALOR APAH

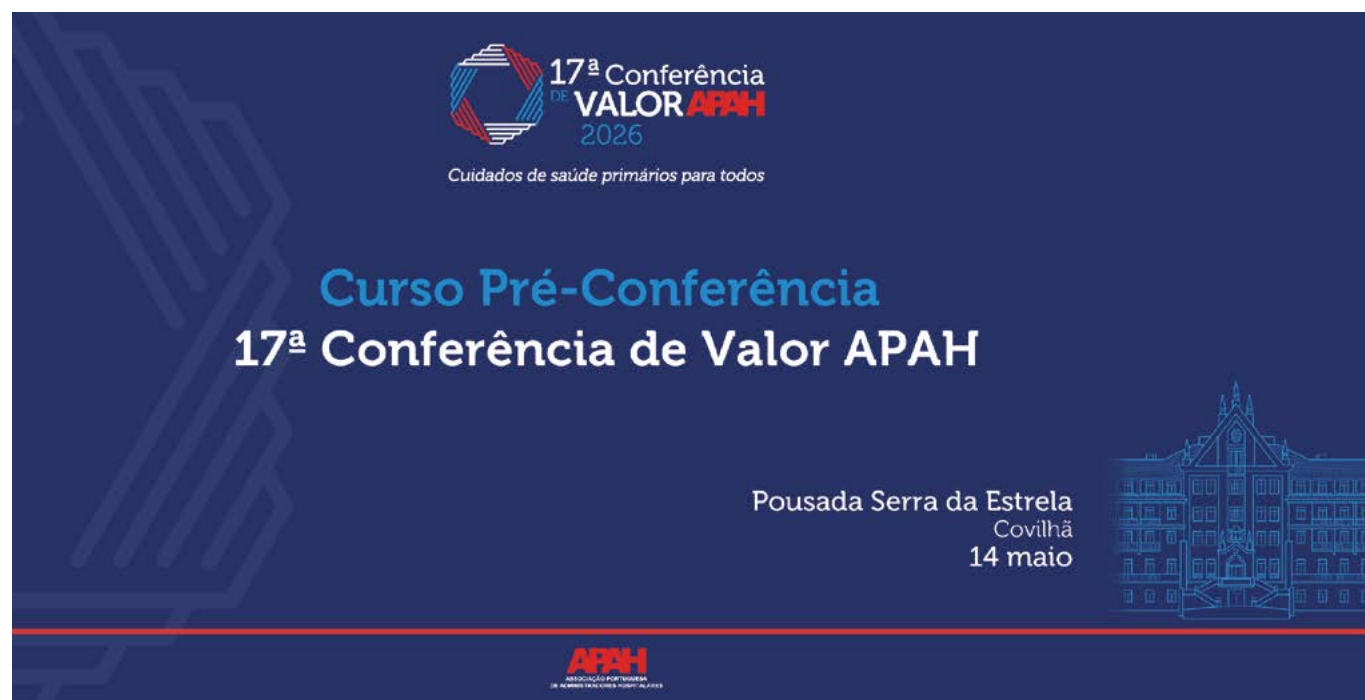


Sponsors



e modelos organizacionais em saúde, sublinhando a necessidade de alinhar governação, estrutura e prática clínica em torno de objetivos comuns orientados para a criação de valor em saúde. ●

Formação em Cuidados de Saúde Primários: alinhamento entre Gestão Hospitalar e Medicina Familiar



Num contexto de crescente complexidade dos sistemas de saúde, a capacitação dos profissionais envolvidos na governação e gestão dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) assume um papel central na concretização de modelos assistenciais mais integrados, eficientes e orientados para valor em saúde. A articulação entre competências clínicas e competências de gestão é hoje reconhecida como um fator crítico para a sustentabilidade e desempenho do SNS.

Foi neste âmbito que se realizou no dia 14 de maio de 2026 o curso pré-conferência integrado no Programa da 17.ª Conferência de VALOR APAH. Esta formação dirigida a Administradores Hospitalares, insere-se numa lógica de reforço das competências de gestão em CSP, num momento em que a evolução dos modelos organizativos do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente no contexto das Unidades Locais de Saúde, exige maior alinhamento entre a gestão

hospitalar e os CSP.

O curso contou com a coordenação de Miguel Azevedo, médico de Medicina Geral e Familiar e foi ministrado por médicos de família com experiência consolidada na área dos CSP, assegurando uma abordagem centrada na prática clínica e na organização dos serviços. A metodologia adotada privilegiou a discussão aplicada de instrumentos de gestão e governação, promovendo a ligação entre conhecimento técnico e realidade organizacional.

Os conteúdos abordados incluíram a tipologia das unidades funcionais em Cuidados de Saúde Primários e os respetivos modelos de governação, com particular enfoque na articulação entre autonomia organizacional e mecanismos de coordenação no interior das ULS. Foram igualmente discutidos modelos de contratualização, sistemas de indicadores de desempenho e ferramentas de apoio à gestão,

essenciais para a monitorização da atividade e para a melhoria contínua dos cuidados.

A formação procurou igualmente promover uma leitura integrada dos desafios dos CSP, cruzando perspetivas da medicina familiar e da administração hospitalar. Este enfoque interdisciplinar permitiu aproximar diferentes racionalidades organizacionais, contribuindo para uma melhor compreensão dos constrangimentos operacionais e das oportunidades de melhoria na gestão dos cuidados.

O curso pré-conferência - que contou com o patrocínio exclusivo da Lilly - reforça a importância da formação contínua e da criação de espaços de aprendizagem partilhada entre diferentes perfis profissionais, contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional mais colaborativa e orientada para resultados em saúde. ●

LEADING THE FUTURE

Capacitação para a transformação digital e redesenho de percursos assistenciais

A crescente complexidade dos sistemas de saúde e a aceleração da transformação digital têm vindo a redefinir o papel dos profissionais de gestão hospitalar, exigindo novas competências na utilização de dados, inteligência artificial e metodologias de processos assistenciais.

Neste contexto, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), em parceria com a Johnson & Johnson Innovative Medicine e com execução académica da NOVA Medical School Advanced Education, promoveu o “Leading the Future – Transformar percursos, Melhorar cuidados”, um programa de formação inovador que visa contribuir para a formação de profissionais de saúde na área da transformação digital das instituições de saúde.

O programa assumiu uma abordagem integrada em relação à transformação digital, combinando sessões teóricas online com workshops presenciais, num modelo híbrido orientado para a aplicação prática. Destinou-se a administradores hospitalares e a outros profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos e representantes de associações de doentes, promovendo uma perspetiva multidisciplinar sobre a melhoria dos cuidados.

Com uma duração total de 16 horas distribuídas por quatro sessões ao longo do mês de maio de 2026, o programa estruturou-se em torno de três eixos fundamentais: o mapeamento e otimização de percursos assistenciais, a utilização de dados e inteligência artificial na tomada de decisão clínica e de gestão, e a incorporação da perspetiva do doente nos processos de inovação organizacional.

A metodologia formativa privilegiou a análise de percursos assistenciais, permitindo identificar estrangulamentos críticos e oportunidades de melhoria.



Reforço de uma cultura de inovação aplicada, orientada para resultados em saúde e centrada na criação de valor para os doentes e para os sistemas de saúde.

Este exercício foi complementado pela exploração do potencial da inteligência artificial e dos dados enquanto instrumentos de apoio à decisão, reforçando a capacidade analítica e preditiva na gestão dos serviços de saúde.

Um dos elementos diferenciadores do programa residiu na integração da perspetiva dos doentes no processo de otimização dos cuidados, promovendo a cocriação de soluções com associações

de doentes. Esta abordagem reforçou a centralidade do cidadão na definição de modelos de prestação de cuidados mais eficientes, acessíveis e centrados em resultados.

O programa culminou na apresentação de propostas concretas de melhoria, com planos de implementação estruturados em horizontes temporais de curto e médio prazo, incentivando a transferência efetiva de conhecimento para a prática organizacional.

Ao promover a articulação entre liderança, tecnologia e otimização de processos, o programa “Leading the Future” refletiu a crescente necessidade de desenvolver competências digitais avançadas na gestão em saúde. Num contexto de transformação acelerada, a capacidade de interpretar dados, integrar tecnologias emergentes e redesenhar percursos assistenciais assumiu-se como um fator crítico para a sustentabilidade e eficiência dos sistemas de saúde.

Esta iniciativa contribuiu, assim, para o reforço de uma cultura de inovação aplicada, orientada para resultados em saúde e centrada na criação de valor para os doentes e para os sistemas de saúde. ●

Lisboa no centro do debate global sobre qualidade e segurança em saúde



Sessões inspiradoras, workshops, estudos de caso e oportunidades de contacto direto com equipas de melhoria tornam o evento especialmente orientado para a aplicação. O propósito é que cada participante regresse à sua organização com novas perguntas, ferramentas úteis, contactos relevantes e maior capacidade para liderar a mudança.

Lisboa: uma oportunidade para o sistema de saúde português

A escolha de Lisboa deve ser entendida como mais do que o reconhecimento da capacidade do país para acolher grandes encontros internacionais. É uma oportunidade para afirmar Portugal como participante ativo no movimento global de melhoria da qualidade e para tornar visível o trabalho desenvolvido em hospitais, unidades locais de saúde, cuidados de saúde primários, instituições privadas, universidades e organizações da sociedade civil.

Os projetos portugueses poderão ganhar projeção junto de uma audiência internacional, criar pontes com instituições de referência e contribuir para discussões que ultrapassam fronteiras. Num momento em que os sistemas de saúde enfrentam pressões simultâneas sobre o acesso, os profissionais, os recursos e a confiança, partilhar soluções testadas no terreno é particularmente relevante.

A proximidade geográfica facilitará também a participação de mais profissionais e equipas nacionais. Para muitas organizações, Lisboa permitirá transformar uma deslocação internacional exigente numa oportunidade acessível de desenvolvimento, aprendizagem em equipa e comparação com experiências de outros países.

O Fórum poderá, assim, funcionar como ponto de partida para novas redes de cooperação, projetos conjuntos e relações duradouras entre profissionais, instituições e líderes comprometidos com a melhoria dos cuidados.

De 20 a 22 de abril de 2027, o Centro de Congressos de Lisboa acolherá o International Forum on Quality & Safety in Healthcare, promovido pelo BMJ Group e pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). O encontro reunirá uma comunidade internacional de gestores, profissionais de saúde, investigadores, decisores, especialistas em melhoria e pessoas com experiência vivida dos cuidados, com um objetivo comum: transformar conhecimento em melhores resultados para os doentes e para as comunidades.

Mais do que receber um evento de referência, Portugal terá a oportunidade de colocar o seu sistema de saúde no centro de uma conversa internacional sobre como prestar cuidados mais seguros, consistentes e centrados nas pessoas. A edição de Lisboa permitirá divulgar projetos nacionais, confrontar soluções, aprender com diferentes sistemas e acelerar mudanças que muitas organizações já procuram concretizar.

A realização do Fórum resulta da parceria estratégica entre o BMJ Group, o IHI e o Consórcio português constituído pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) e pela Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP). Esta colaboração associa a dimensão global do evento ao conhecimento e à capacidade de mobilização das organizações portuguesas.

Uma referência internacional orientada para a ação

Há mais de três décadas, o International Forum on Quality & Safety in Healthcare aproxima pessoas e organizações empenhadas na melhoria dos cuidados. O seu valor reside não apenas na apresentação de conhecimento científico, mas também na discussão aberta de experiências, dificuldades, resultados e métodos que podem ser adaptados a diferentes contextos assistenciais.

O Fórum convoca profissionais com responsabilidades clínicas, operacionais, académicas e políticas para debater liderança, segurança do doente, experiência das pessoas, transformação digital, força de trabalho, sustentabilidade, equidade e melhoria dos resultados em saúde. A diversidade de participantes favorece uma leitura sistémica dos problemas e reduz a distância entre a evidência, a decisão e a prática.

Portugal terá a oportunidade de colocar o seu sistema de saúde no centro de uma conversa internacional sobre como prestar cuidados mais seguros, consistentes e centrados nas pessoas

Uma construção conjunta

A preparação da edição de Lisboa assenta numa colaboração estreita entre os parceiros internacionais e o Consórcio Português. À APAH, APDH e APHP cabe contribuir para que a identidade e os padrões de qualidade do International Forum sejam articulados com as prioridades e a realidade do sistema de saúde português.

O trabalho conjunto procura assegurar que Portugal não seja apenas o país anfitrião, mas também uma fonte de conhecimento, experiências e propostas. Esta ambição exige mobilizar instituições, identificar práticas relevantes e criar condições para que profissionais portugueses participem ativamente no programa e na comunidade internacional do Fórum.

O percurso para Lisboa ganhou expressão na edição realizada em Oslo, em março de 2026, onde representantes do Consórcio acompanharam o evento, participaram em reuniões de preparação e apresentaram o contexto e os desafios do sistema de saúde português.

A passagem simbólica do testemunho de Oslo para Lisboa marcou o compromisso de organizar uma edição capaz de combinar aprendizagem internacional, participação nacional e impacto duradouro. O objetivo não é replicar um modelo, mas criar um Fórum com identidade própria, coerente com os princípios de melhoria e com os desafios vividos pelas organizações de saúde.

A preparação conta igualmente com o Local Programme Advisory Committee (LPAC), comité consultivo que integra representantes de diferentes entidades portuguesas. O LPAC contribui para a definição das prioridades, dos temas e da visão global do evento, ajudando a aproximar o programa das questões que hoje condicionam a qualidade, a segurança e a sustentabilidade dos cuidados.

Este envolvimento alargado permite construir um programa mais representativo e relevante, capaz de integrar perspetivas distintas e de reconhecer que a melhoria depende da colaboração entre organizações, profissões, níveis de cuidados, doentes e comunidades.



LPAC, BMJ e consórcio português - reunião de preparação do Fórum, 18 de maio de 2026, sede da Ordem dos Farmacêuticos.

Qualidade e segurança também se gerem

Para os administradores hospitalares, o International Forum tem uma relevância particular. A qualidade e a segurança não dependem apenas da competência clínica: são influenciadas pela governação, pela liderança, pela organização dos percursos, pelo planeamento da força de trabalho, pela utilização de dados, pelo investimento, pela tecnologia, pela gestão do risco e pela cultura das instituições. Melhorar cuidados exige, por isso, decisões de gestão coerentes e capacidade de execução.

O legado do Fórum começará antes de abril de 2027 e deverá prolongar-se muito para além dos três dias do evento. A mobilização de instituições, a preparação de trabalhos, a criação de redes e a disseminação posterior das aprendizagens podem fortalecer uma comunidade nacional de prática orientada para resultados e para a transformação dos serviços de saúde.

Enquanto membro do Consórcio Português, a APAH pretende contribuir para esse legado, valorizando o

papel da gestão, mobilizando os administradores hospitalares e promovendo a apresentação de experiências nacionais. A participação no Fórum deve ser encarada não apenas como presença num congresso, mas como uma oportunidade para mostrar trabalho, aprender com outros e reforçar a capacidade das organizações para melhorar.

Participar, apresentar, transformar

O International Forum on Quality & Safety in Healthcare realiza-se de 20 a 22 de abril de 2027, no Centro de Congressos de Lisboa. A submissão de resumos para posters encontra-se aberta até 7 de outubro de 2026 e as inscrições têm abertura prevista para agosto de 2026. A APAH convida os seus associados, as instituições e as equipas portuguesas a preparar desde já a participação e a levar a Lisboa projetos com resultados, aprendizagens e potencial de transformação. ●

Informação atualizada em:
internationalforum.bmj.com/lisbon/

Resumo de atividades APAH

INICIATIVAS APAH

14 de abril

- Bootcamp da 6.ª edição da Bolsa Capital Humano em Saúde.

21 de abril

- Assembleia Geral da APAH.

23 de abril

- Apresentação de Resultados da 10.ª edição do Barómetro de Internamentos Sociais.

14 de maio

- Curso Pré-Conferência, integrado na 17.ª Conferência de VALOR APAH.

15 e 16 de maio

- 17.ª Conferência de VALOR APAH dedicada aos Cuidados de Saúde Primários.

18 de maio a 30 de junho

- Período de Candidaturas à 13.ª edição do Prémio Healthcare Excellence.

21 de maio

- 1.ª sessão do Programa “Leading the Future - Transformar percursos, Melhorar cuidados”, dedicada ao tema “IA como motor de otimização de processos e percursos”.

26 e 28 de maio

- 2.ª e 3.ª sessão (online) do Programa “Leading the Future - Transformar percursos, Melhorar cuidados” dedicadas ao tema “Dados, tecnologia e liderança digital ao serviço dos percursos assistenciais”.

30 de maio

- 4.ª e última sessão do Programa “Leading the Future - Transformar percursos, Melhorar cuidados”, dedicada ao tema “Otimização do percurso do doente”.

15 de junho

- Sessão de formação do Programa Mais Valor em Saúde – Vidas que Valem dedicado ao tema “VBHC na prática: Expandir modelos e aprender com a experiência internacional”.

17 de junho

- 1.º Workshop da 5.ª edição do Programa Mais Valor em Saúde – Vidas que Valem (Lisboa)

18 de junho

- 2.º Workshop da 5.ª edição do Programa Mais Valor em Saúde – Vidas que Valem (Porto)

19 de junho

- Sessão de Formação para Curadores do CORIO, assistente virtual de Inteligência Artificial para Administradores Hospitalares.

24 de junho

- 3.º Workshop da 5.ª edição do Programa Mais Valor em Saúde – Vidas que Valem (Coimbra)

26 de junho

- 32.ª edição do Caminho dos Hospitais na ULS do Médio Ave.

30 de junho

- Abertura de Candidaturas à 5.ª edição das Bolsas Mais Valor em Saúde – Vidas que Valem.

REPRESENTAÇÕES APAH

17 de abril

- Representação da APAH através do Presidente, Xavier Barreto, na 7.ª Gala Solidária pelo IPO Porto.

7 de maio

- Executive Dinner - jantar promovido em parceria com a e-MAIS e a Unipartner, para debater desafios e oportunidades do setor.

9 de maio

- Participação de Xavier Barreto na mesa redonda “SNS e Doenças Respiratórias Obstrutivas: prioridade ou ilusão? Percurso Integrado do doente com DPOC e Asma”, no evento Lungshift 2026, a convite da Bial.

13 de maio

- Participação de Xavier Barreto na mesa redonda “Transformar os Cuidados em Oncologia Ginecológica em Portugal: a perspetiva das autoridades”, na conferência “OncoGyn PT: Diagnóstico, Tratamento e Acesso – Transformar os Cuidados no Cancro Ginecológico em Portugal”, a convite da GSK, NOVA Medical School e Jornal Expresso.

18 de maio

- Reunião do International Forum on Quality and Safety in Healthcare 2027 em Lisboa que juntou a organização do evento (Grupo BMJ e IHI - Institute for Healthcare Improvement), o consórcio (APAH, APDH e APHP) e representantes do Local Programme Advisory Committee (LPAC).

22 de maio

- Participação de Xavier Barreto, como orador no evento “Entre a Clínica e o Social – Desafios Atuais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, na ULS Barcelos/Esposende.

2.º trimestre de 2026

EM OUTRAS INICIATIVAS

22 de maio

- Participação de Hugo Moreiras, Tesoureiro da APAH, como orador na sessão “Gestão na Saúde 4.0”, integrada no Digital Health Porto Congress.

29 de maio

- Participação de Leandro Luís, Vogal da Direção, em reunião do projecto AUGMENT, a convite da Universidade NOVA.

30 de maio

- Participação de Xavier Barreto, no 15.º Congresso Nacional das Farmácias como orador na Sessão Plenária III: Integração de cuidados: Saúde Sem Barreiras.

08 de junho

- Representação da APAH através do Presidente, Xavier Barreto, na sessão “Uso Off-label de Medicamentos” a convite do CNECV/INFARMED.

22 de junho

- Representação da APAH através de Sandra Olim e Leandro Luís, Vogais da Direção, na Cerimónia de Tomada de Posse dos Órgãos Sociais da APORMED.

24 de junho

- Participação de Xavier Barreto, no evento “Profissionais de saúde - Que futuro queremos/podemos construir?”, a convite da UGT.

REUNIÕES INSTITUCIONAIS

14 de abril

- Reunião na Assembleia da República a convite da Equipa de Apoio à Comissão de Trabalho, Segurança Social e Inclusão, para Audição conjunta com várias entidades, no âmbito da apreciação, na especialidade, do Projeto de Lei n.º 389/XVII/1.ª. que cria o Programa “Voltar a Casa”, para dar resposta às pessoas que se encontram nos hospitais com alta clínica a aguardar vaga em respostas sociais.

20 de maio

- Reunião com o Coordenador do Pacto Estratégico para a Saúde para recolha de contributos e perspetivas para uma visão partilhada sobre o setor da saúde.

2 de junho

- Audição com a Comissão de Saúde na Assembleia da República, relativa ao problema dos internamentos sociais.

25 de junho

- Audição com Grupo de Trabalho para a Criação da Carreira de Medicina Dentária no SNS.

Publicamos um resumo

das atividades que a

APAH desenvolveu

ou participou no

segundo trimestre

deste ano

HIGIENE
CONFORTO
SEGURANÇA
DESIGN



DELABIE



30 ANOS
GARANTIA

50 ANOS
REPARAÇÃO

Mais informações em delabie.pt



As bactérias não têm onde se nidificar!

Cláudia Roque¹

A misturadora de lavatório mecânica que não poupa na higiene

Descubra a misturadora mecânica 2921LEP, a sua nova aliada para uma higiene irrepreensível e uma segurança anti-queimaduras otimizada, mesmo nos ambientes de saúde mais exigentes! Concebida em conformidade com as mais rigorosas normas de higiene, segurança e ergonomia, esta misturadora com equilíbrio de pressão é ideal para os estabelecimentos mais sensíveis, tais como lares, casas de repouso, hospitais e clínicas.

Um hábito, não uma opção

Com a misturadora de lavatório 2921LEP, manter uma higiene irrepreensível torna-se uma brincadeira de crianças! O seu design engenhoso, composto por um corpo com baixa capacidade de retenção de água e uma bica com um tubo interior liso e sem nichos bacterianos, evita que as bactérias se instalem. Para além disso, a velocidade reduzida da água através do tubo também ajuda a minimizar a formação de bactérias. Assim, esta misturadora garante um ambiente limpo e seguro para todos os utilizadores.

A DWD no caminho certo!

Na perspetiva da futura Diretiva Europeia sobre a Água Potável - Drinking Water Directive (DWD), a DELABIE antecipa já as evoluções regulamentares através das suas escolhas de conceção. A torneira de lavatório 2921LEP integra um tubo com interior liso ao nível da bica, evitando qualquer contacto da água com o cromo ou o níquel e contribuindo assim para limitar a migração de metais pesados.

Um escudo térmico!

A misturadora mecânica 2921LEP garante a sua segurança, mas com um toque de simplicidade! Acabaram-se as queimaduras de surpresa! Graças à sua limitação da temperatura máxima esta misturadora de lavatório dá-lhe a tranquilidade de não queimar as mãos. Além disso, com a tecnologia SECURITHERM, a água quente desliga-se automaticamente se a alimentação de água fria for interrompida, pelo que não há risco de queimaduras. Como bónus adicional, tem uma função de choque térmico sem necessidade de desmontar o manípulo ou cortar a alimentação de água fria. Com a 2921LEP, a segurança dos pacientes está garantida.

Uma misturadora ao serviço do conforto

A misturadora mecânica 2921LEP foi concebida para proporcionar uma experiência de utilização simples e confortável. Graças ao seu design ergonómico e ao seu comando através da alavanca Higiene, cada movimento é intuitivo. Equipada com uma bica especialmente concebida para receber o filtro terminal BIOFIL, garante água pura sempre que a utilizar. A misturadora de lavatório 2921LEP foi pensada para ser acessível para todos incluindo pessoas com mobilidade reduzida (PMR), respeitando assim as normas de acessibilidade. Independentemente das variações de pressão e de débito na rede, esta torneira mantém uma temperatura constante, proporcionando total tranquilidade.

Desfrute de um conforto e de uma facilidade de utilização inigualáveis todos os dias!

Garantia de 30 anos. ●

¹ Senior Marketing & Communications Manager da Delabie Portugal

Invenia ABUS: excelência diagnóstica e inovação no circuito mamário em Portugal



A incorporação de novas tecnologias continua a transformar a prestação de cuidados de saúde, permitindo uma resposta mais eficiente e qualitativa às necessidades da população. Neste contexto, a instalação do primeiro sistema Invenia ABUS (Automated Breast Ultrasound System) em Portugal, na clínica Xismor – Centro de Radiologia de Rio Maior, marca um passo relevante na evolução da imagiologia mamária no País.

O ABUS é um sistema automatizado de ecografia mamária tridimensional que se distingue pela sua capacidade de adquirir volumes completos da mama de forma padronizada e reproduzível. A sua tecnologia utiliza uma sonda com design côncavo e um campo de visão (FOV) de 15 cm, permitindo uma cobertura homogênea da anatomia mamária.

Para Henrique Henriques, CEO do Grupo H Saúde, ao qual pertence a Xismor, “este investimento reforça o compromisso da Grupo H Saúde com uma medicina cada vez mais moderna, próxima e centrada no doente. O ABUS representa uma evolução importante, permitindo uma maior precisão diagnóstica e contribuindo para a deteção precoce da doença, para que a população tenha acesso a uma ecografia de qualidade sem necessidade de se deslocar para grandes centros urbanos”.

Otimização de fluxos de trabalho e leitura remota

O exame consiste na realização de três varrimentos automáticos por mama, com a paciente deitada em posição supina, permitindo cobrir a totalidade do tecido e obter o volume mamário completo. Estes varrimentos realizam-se através do deslocamento automatizado da sonda dentro do seu suporte, assegurando consistência na aquisição. O tempo de exame e de ocupação de sala é de aproximadamente 10 minutos, contribuindo para uma elevada eficiência operacional e proporcionando uma experiência muito cómoda para a paciente.



Uma das principais inovações do ABUS reside na separação entre aquisição e interpretação. As imagens são obtidas por técnicos de forma standardizada e posteriormente analisadas pelo radiologista, podendo esta leitura ser realizada de forma remota. Este modelo não só otimiza os fluxos de trabalho e aumenta a produtividade – com reduções do tempo de leitura até 44%* – como também se apresenta como um aliado face à escassez de radiologistas e ao aumento das listas de espera na ecografia mamária, permitindo ampliar a capacidade de resposta sem comprometer a qualidade diagnóstica.

“O Invenia ABUS representa uma mudança na forma como pensamos a deteção do cancro da mama, sobretudo em mulheres com mama densa, onde a mamografia isolada pode não ser suficiente”, refere Rui Costa, Diretor-Geral da GE HealthCare Portugal. “A separação entre aquisição e interpretação permite às instituições de saúde ampliar a capacidade de resposta sem comprometer a qualidade do diagnóstico e isso é particularmente relevante num contexto de escassez de radiologistas.”

Do ponto de vista clínico, o Invenia ABUS da GE HealthCare, que é o primeiro

sistema com aprovação FDA para utilização em rastreio em conjunto com a mamografia, bem como em contexto diagnóstico, destaca-se pela obtenção do plano coronal, inexistente na ecografia convencional, permitindo identificar com maior clareza distorções arquiteturais e lesões infiltrativas associadas a tumores mais agressivos, favorecendo a sua deteção precoce.

A disponibilidade do volume completo da mama garante uma avaliação integral, reduzindo a variabilidade dependente do operador.

As suas aplicações clínicas abrangem todo o percurso assistencial da mama: rastreio, avaliação de pacientes jovens, diagnóstico, planificação cirúrgica e seguimento. ●

* Caso de Estudo da GE HealthCare: Implementation of Invenia ABUS improves operational and economic benefits. Prof. Aribal, Acibadem Hospital.

Invenia é uma marca comercial da GE HealthCare. GE HealthCare é uma marca comercial da empresa General Electric utilizada sob licença de marca registrada. As declarações dos clientes da GE HealthCare aqui presentes baseiam-se nas suas opiniões e nos resultados obtidos no respetivo contexto específico. Uma vez que não existe um ambiente hospitalar/clínico “típico” e que existem muitas variáveis, como a dimensão do hospital, a tipologia dos casos, a experiência da equipa, entre outras, não é possível garantir que outros obtenham os mesmos resultados. Os produtos deste documento estão em conformidade com a legislação vigente.



“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.

