

JANEIRO FEVEREIRO MARÇO 2020

Edição Trimestral

Nº 20

GESTÃO HOSPITALAR

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

APAH ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

OBRIGADO

Traduzimos a linguagem da vida em medicamentos vitais

Na Amgen, acreditamos que as respostas aos desafios colocados pelos medicamentos estão escritas na linguagem do nosso ADN. Como pioneiros em biotecnologia, utilizamos o nosso profundo conhecimento dessa linguagem para criar medicamentos vitais que vão ao encontro das necessidades dos doentes, no combate às doenças graves, melhorando de forma decisiva as suas vidas.

Para mais informações sobre a Amgen, visite www.amgen.pt ou contacte a Amgen Biofarmacêutica Lda., Edifício Dª Maria I (060), Piso 2 A, Quinta da Fonte – 2770-229 Paço d'Arcos, Portugal.

AMGEN
Pioneering science delivers vital medicines™

GH SUMÁRIO

JANEIRO FEVEREIRO MARÇO 2020

GESTÃO HOSPITALAR

PROPRIEDADE

APAH

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

DIRETOR

Alexandre Lourenço

DIRETORA-ADJUNTA

Bárbara Sofia de Carvalho

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Catarina Baptista, Miguel Lopes

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Alexandra Santos

EDIÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO

bleed

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

PROJETO GRÁFICO

Sara Henriques

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita

PERIODICIDADE

Trimestral

DEPÓSITO LEGAL N.º

16288/97

ISSN N.º

0871 - 0767

TIRAGEM

2.000 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 #OBRIGADO Alexandre Lourenço
6	Saúde Pública Desafios da saúde pública no contexto da pandemia Ricardo Mexia
10	Agentes Comunitários Vivemos em tempo excepcional Salvador Malheiro
14	Medicina Intensiva Reorganização dos hospitais portugueses neste tempo de Covid-19 José Artur Paiva
18	Serviço de Urgência A primeira linha de contenção da pandemia Nelson Pereira
24	Saúde Militar Reflexos da SARS de 2003 vs Covid-19 Esmeraldo Alfarroba
32	Voz do Cidadão Ponto de não retorno, mas de esperança de centralização dos cuidados de saúde no doente Ana Sampaio
36	Opinião Inteligência dos dados: quando e porquê? Ricardo Gil Santos
40	eSaúde Covid-19: a revolução na telesaúde Luís Goes Pinheiro
42	Espaço ENSP A escola na resposta à pandemia Alexandre Abrantes, Carla Nunes, Rui Santana
44	Hospitalização Domiciliária Lembro-me de Nemésio no "Verbo e a Morte" Delfim Rodrigues
48	Comunicação A comunicação no combate à pandemia Catherine Alves Pereira
50	Inovação Inovação nos ecossistemas de saúde durante a Covid-19: o caso da Vent2life André Caravela Machado, Adriana Coutinho Gradim, Daniel Ferreira Polónia
54	Direito Biomédico Vítimas colaterais da Covid-19 Ana Elisabete Ferreira, André Gonçalo Dias Pereira
60	Farmácia Hospitalar Projetos em contexto Covid-19: a unidade de ambulatório e packing da farmácia do CHULC Raquel Chantre
64	Responsabilidade Civil Seguros para gestores hospitalares Anabela Araújo
66	Estudo Index nacional do acesso ao medicamento hospitalar Sofia Oliveira Martins, Paula Campos, Jorge Soares, Armando Alcobia, António Melo Gouveia, Rogério Gaspar, Miguel Lopes, Alexandre Lourenço
72	Iniciativa APAH Barómetro Internamentos Barómetros de internamentos sociais: mais de 1.500 pessoas internadas de forma inapropriada em 2020 Sara Geraldes
78	Iniciativa APAH Prémio Healthcare Excellence Prémio vai distinguir projetos desenvolvidos no âmbito da resposta à pandemia
80	Iniciativa APAH Código dos Contratos Públicos Novos modelos de contratação pública: dos desafios às oportunidades
82	Iniciativa APAH Medicina de precisão Medicina de precisão: como promover o tratamento certo, à pessoa certa, no momento certo? Sara Geraldes
86	Iniciativa APAH Ciclo de webinars com CHU São João APAH dinamiza partilha de conhecimento e boas práticas em rede
90	Iniciativa APAH Ciclo de webinars ibéricos União ibérica em tempos de crise



Alexandre Lourenço
Presidente da APAH

#OBRIGADO

A pandemia da Covid-19 obrigou a uma reorganização ímpar do nosso modo de vida e das nossas sociedades. A APAH não foi exceção. Fomos obrigados a adaptarmos-nos a um novo modelo. Nos últimos anos tínhamos vindo a utilizar tecnologia como o Zoom para *webinars*, o Teams para trabalho de equipa, e o YouTube como plataforma de distribuição de conteúdos. Esta experiência facilitou a transformação da oferta de serviços e o teletrabalho de toda a equipa. O sucesso da resposta da APAH deveu-se à excelência da equipa permanente: Miguel Lopes, Alexandra Santos e Sofia Marques.

Numa fase em que todos estávamos muito inseguros quanto ao futuro, convidámos os melhores para partilhar boas práticas. Recordo os primeiros *webinars* com o Centro Hospitalar de São João e, principalmente, o que aprendemos com Margarida Tavares, José Artur Paiva, Nelson Pereira, Maria Filomena Cardoso, Tiago Guimarães, Áurea Andrade, Helena Farinha, Carlos Portugal, Pedro Soares e Pedro Norton. Apenas uma enorme generosidade, conhecimento e clareza de propósito, permitem explicar a qualidade e relevância do que foi transmitido. Foram milhares de profissionais que em direto nos seguiram. Desde então, emitimos perto de quatro dezenas de *webinars*, organizados em diferentes séries e com variados parceiros nacionais e internacionais, que hoje estão acessíveis através do Canal de Gestão em Saúde no YouTube.

Foram muitas mais as iniciativas que realizámos para fortalecer a resposta do sistema de saúde, desde a distribuição de *tablets* a hospitais em parceria com a Samsung, ao lançamento do Prémio Healthcare Excellence Especial Covid-19 para premiar os melhores projetos na área da Covid-19. Tomo a liberdade de dar maior relevo a duas: a ferramenta *Adappt - Surge Planning Support Tool* e o Barómetro de Internamentos Sociais 2020 & Covid-19.

Em parceria com a Glintt e a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi possível disponibilizar em tempo recorde a *Adappt* antes de final de março. Neste momento,

esta ferramenta é utilizada em todo o mundo, sendo o instrumento de planeamento recomendado pela OMS para prever a necessidade de diferentes camas hospitalares, profissionais de saúde, rastreio de contactos, cuidados domiciliários, estando preparada para a eventualidade de segundas vagas.

A APAH tem alertado ao longo dos últimos anos para a falta de solução para os doentes internados "inapropriadamente". Em maio apresentámos os dados de 2020 do Barómetro de Internamentos Sociais, onde verificámos que perto de 1 em cada 10 doentes cai dentro destas situações. Mas fomos mais longe e procurámos saber a realidade para os doentes vítimas da Covid-19, revelando-se a este nível uma taxa de inapropriação dos internamentos de 18%.

Com o intuito de proteger o acesso a cuidados de saúde, desde cedo demos nota da necessidade em promover a transformação do SNS para um modelo dual, exigindo-se a definição da rede de prestação Covid-19, incluindo cuidados de saúde primários, hospitais e cuidados extra-hospitalares. Esta clarificação permitiria responder de forma planeada e ordenada, alocar os recursos necessários à Covid-19, e libertar os restantes recursos para a resposta genérica. Sabemos que iremos enfrentar tempos bem mais difíceis, e não podemos desistir deste caminho.

Esta edição especial da RGH é dedicada aos profissionais de saúde, os verdadeiros heróis nesta fase tão difícil da nossa vida coletiva. Damos voz aqueles que marcaram este período, da saúde pública aos cuidados intensivos. Numa sociedade cada vez mais individualista, a pandemia deu-nos a noção de interdependência comunitária. Num SNS cada vez mais menosprezado, é unânime a necessidade do seu fortalecimento. Esperemos que o discurso não se desvaneça no éter, e se materialize em carreiras mais atraentes e condições de trabalho mais dignas. Sendo este um gesto simbólico, esta RGH é o compromisso da APAH para com todos os profissionais de saúde. OBRIGADO! ●

#Covid19



EFICIÊNCIA

TRANSPARÊNCIA

PRODUTIVIDADE

VIEWICS

Plataforma intuitiva que promove acesso, integração e capacidade de análise da informação



LabOPS

Informações claras que melhoram a gestão operacional do seu laboratório, reduzindo o desperdício, aumentando a eficiência e desempenho financeiro.



Dx Optimization*

Análise avançada de dados sobre o padrão de prescrição médica identificando oportunidades específicas para reduzir testes desnecessários e otimizar recursos.

VIEWICS - Plataforma de análise de dados para decisões baseadas em factos

Roche Sistemas de Diagnósticos, Lda.
Estrada Nacional, 249 -1 2720-413 Amadora, Portugal
Tel.: +351 21 425 70 00 Fax: +351 21 417 13 13

*Brevemente disponível

DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA



Ricardo Mexia
Presidente da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública

A Pandemia por Covid-19 veio trazer a percepção clara que Portugal conseguiu ultrapassar o primeiro embate sem entrar no crescimento exponencial de casos e sem a rutura da resposta dos cuidados de saúde, verificada em outros países. Mas adicionalmente também se constatou que a nossa preparação e capacidade de resposta estava aquém do que seria desejável, tendo havido diversas situações que só foi possível ultrapassar graças à dedicação e entrega dos diversos profissionais de saúde. E em nome da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública (ANMSP) não posso deixar de fazer esse reconhecimento público.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) já tinha identificado a necessidade de dotar cada país da capacidade de resposta adequada às ameaças à saúde. Na sequência do surto de SARS de 2002/3 foi feita a revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)¹, um tratado internacional que estabelece obrigações e direitos aos Estados signatários. O RSI prevê que todos os países estão obrigados a desenvolver e manter capacidades essenciais para a vigilância e resposta, de forma a poderem detetar, avaliar, notificar e responder a qualquer potencial evento de saúde pública de dimensão internacional.

Depois da iniciativa dos Estados Unidos da América de implementar a *Global Health Security Agenda*² (GHSA), a própria OMS, que detém a principal respon-

sabilidade dos assuntos de saúde internacionais e de saúde pública, passou a disponibilizar uma ferramenta avaliação externa conjunta³ (JEE), para avaliar a capacidade existente nos diferentes países. Portugal teve uma visita de avaliação externa no âmbito do GHSA⁴, mas ainda não foi feito o mesmo em relação ao JEE. Uma das ferramentas que permite ter uma noção da capacidade de cada país é o *Global Health Security Index*⁵, sendo, contudo, de realçar que a metodologia para as classificações não é totalmente clara. Ainda assim, Portugal ocupa a 20ª posição, dos 195 países avaliados. Contudo, olhando para as diversas variáveis avaliadas, há alguma surpresa pois parece refletir uma realidade que depois não se verifica no terreno.

Se há área em que foram notórias as dificuldades portuguesas na resposta à Pandemia, trata-se precisamente a do Sistema de Informação. Há longo tempo que vimos reclamando por uma solução para este problema, que é independente do contexto atual. A realidade portuguesa é de uma digitalização praticamente universal dos dados em saúde⁶, mas na Saúde Pública isso é praticamente residual. Enquanto responsáveis pelo diagnóstico de situação das populações que servem, os Serviços de Saúde Pública deveriam ter acesso aos dados de forma sistematizada e, mais que isso, a ferramentas de análise que permitam uma rápida identificação de problemas de saúde ou alteração de tendências. Houve há cerca de uma década uma tentativa, na região de Lisboa e Vale do Te-

jo, de criar o SISP - Sistema de Informação em Saúde Pública⁷, e a plataforma está ainda em funcionamento, maioritariamente para registo de dados sobre Juntas Médicas de Avaliação de Incapacidade. Contudo, por falta de recursos para a sua manutenção e atualização, acabou por ficar estagnada. O próprio SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, sediado na Direção-Geral da Saúde (DGS), é muito mais um sistema de registo das doenças de notificação obrigatória, do que uma verdadeira ferramenta vigilância epidemiológica, com deteção precoce de alteração do padrão de distribuição de doença. E foi notória a dificuldade em gerar dados para a produção do boletim diário sobre a situação epidemiológica do surto por Covid-19 disponibilizado pela DGS, com alguma incoerência na informação e diversas correções e acertos posteriores.

Por outro lado, a capacidade diagnóstica deve estar disponível e fornecer resultados em tempo útil, pois o tempo é precioso no controlo da pandemia. Cada dia a mais sem diagnóstico pode representar mais contactos e mais casos secundários. Houve várias soluções para maximizar a capacidade diagnóstica. Se numa fase inicial, o diagnóstico estava totalmente sediado do INSA (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge), acabou por haver progressiva capacidade instalada na rede dos laboratórios hospitalares. E o papel dos operadores privados foi também essencial para maximizar essa capacidade. A ANMSP foi

um dos parceiros do Camião da Esperança⁸, um centro de colheitas móvel, que tinha como objetivo levar capacidade diagnóstica às zonas com menor oferta, principalmente no interior do país. Acabou por ser uma aposta ganha, tendo realizado mais de 2.500 testes em 23 localidades diferentes. O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tem também capacidade de fazer deslocar equipas que fazem colheitas nos domicílios ou em lares, permitindo também intervir de forma rápida em contextos mais complexos. Outro aspeto central é a nossa capacidade de fazer o rastreio dos contactos. Esta tarefa começa, desde logo, com a realização do inquérito epidemiológico, para tentar fazer a identificação da cadeia de transmissão, ou seja, quem terá sido o caso primário e quem serão outras pessoas que tenham sido potencialmente expostas, ou seja, os contactos. Se em relação aos casos é fundamental que passem a estar em isolamento, no que toca aos contactos o cumprimento da quarentena durante 14 dias após o contacto com um caso confirmado é uma das medidas mais importantes para conter a disseminação da doença. Esta capacidade implica ter recursos humanos dedicados e treinados, que consigam fazer. Diversos países estão a apostar no recrutamento destes recursos. Outra solução que pode complementar (não substituir) o trabalho de rastreio de contactos é o suporte tecnológico. Ou seja, a existência de uma ferramenta informática, eventualmente uma aplicação para te- ▶





OS PROBLEMAS DA SAÚDE PÚBLICA
JÁ EXISTEM HÁ LONGO TEMPO.
TEMOS UMA FORÇA DE TRABALHO
ENVELHECIDA E QUE É POUCO
MAIS QUE RESIDUAL NA FAIXA
DOS 35 AOS 55 ANOS. UM ESTUDO
SOBRE DEMOGRAFIA MÉDICA
DEMONSTRAVA EM 2011 QUE 87,8%
DOS MÉDICOS DE SAÚDE PÚBLICA
TINHA MAIS DE 50 ANOS.



lemável, que possa, através da localização de cada utilizador, identificar potenciais contactos. Já há experiência da sua implementação em outros países, com diversas soluções que implicam maior ou menor perda de privacidade. E é precisamente aqui que está uma dificuldade importante, até à luz do nosso ordenamento jurídico e também do nosso conceito de liberdade enquanto sociedade. Até que ponto estamos disponíveis para prescindir da nossa privacidade para implementar uma solução deste género? É uma questão que implica um debate profundo e que não pode ser tomada num contexto de emergência, em que o sentido de urgência pode levar à tomada de decisões de que nos arrependemos posteriormente. Para que a identificação dos casos seja feita de forma célere, com um diagnóstico rápido, e medidas de controlo imediatas, uma das soluções mais eficazes é a criação de equipas de resposta rápida. Estas equipas poderiam ser ativadas perante a identificação de um foco, e a sua intervenção rápida poderia permitir um resultado muito mais eficiente. Teriam capacidade de se deslocar ao local e realizar de imediato um conjunto de tarefas, poupando tempo e recursos. Essas tarefas incluem desde logo a identificação dos casos, a colheita de amostras para diagnóstico laboratorial, a realização do inquérito epidemiológico, identifica-

ção dos contactos e a implementação das medidas de controlo. Há diversos contextos em que isto faz sentido: escolas, empresas, lares, obras de construção civil, bairros desfavorecidos.

Importa ter presente que muitos dos casos identificados ocorrem em contextos socioeconómicos particularmente desiguais e, portanto, há aspetos que têm de ser tidos em conta. Por um lado, em famílias mais desfavorecidas torna-se complicado cumprir o isolamento ou a quarentena. Em contextos de enorme precariedade laboral, muitas pessoas não têm proteção social e, portanto, apenas obtêm rendimentos mediante trabalho efetivo. Ou seja, se ficarem em isolamento (o doente) ou quarentena (os restantes coabitantes) perdem qualquer fonte de rendimento, o que inviabiliza a sustentabilidade do seu agregado familiar. Adicionalmente, no contexto de desigualdade social é também mais frequente que as habitações tenham um número elevado de coabitantes, o que também implica limitações importantes à capacidade de manter um isolamento ou quarentena de forma eficaz. Assim, torna-se fundamental ponderar a existência de infraestruturas que possam acolher doentes (e eventualmente também pessoas em quarentena) de forma a evitar a disseminação de doença. Podem ser espaços que estiveram encerrados, como hotéis ou o alojamento local, ou os “hospitais de campanha” ou de retaguarda que foram criados em diversas regiões, e cuja utilização foi muito baixa.

A nossa capacidade de resposta implica também uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Se nas Unidades Locais de Saúde (ULS) há uma maior tendência para as Unidades de Saúde Pública (USP) terem uma melhor articulação com as unidades hospitalares, no contexto dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) a situação é mais díspar, apesar de haver bons exemplos. Uma das soluções poderia passar pela efetiva criação dos Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar, criados pelo Despacho (extrato) n.º 7216/2015 de 1 de julho de 2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Estes serviços não se substituem às USP, mas poderiam dar um contributo que agora seria importante. Infelizmente a sua materialização foi praticamente incipiente, apesar do próprio Despacho prever um prazo de implementação para todas as unidades hospitalares.

Os problemas da Saúde Pública já existem há longo tempo. Temos uma força de trabalho envelhecida e que é pouco mais que residual na faixa dos 35 aos 55 anos. Um estudo⁹ sobre demografia médica demonstrava em 2011 que 87,8% dos médicos de

Saúde Pública tinha mais de 50 anos. Há agora um maior ingresso de médicos internos na Saúde Pública, mas ainda assim vai ser um processo difícil quando nos próximos 5 anos um contingente importante de médicos de saúde pública previsivelmente passe à situação de aposentado.

O investimento do Serviço Nacional de Saúde na diferenciação dos seus profissionais é quase nulo, sendo no caso dos médicos praticamente feito às custas do pagamento direto dos profissionais ou dos apoios da indústria farmacêutica. Importa assim também uma aposta na formação e Desenvolvimento Profissional Contínuo dos médicos de Saúde Pública, porquanto a evolução de conhecimentos e técnicas na Medicina é permanente e implica atualização. A existência de um plano de formação abrangente torna-se assim essencial para dotar o país de uma capacidade de resposta atual e diferenciada.

A dupla tutela entre a hierarquia da Autoridade de Saúde, que começa na Diretora-Geral da Saúde, e a hierarquia administrativa, via ARS e ACES/ULS, tomam também as coisas muito mais difíceis, pois por vezes há questões conflituantes entre estas duas realidades. Assim, a questão da Saúde Pública implica uma reforma de fundo e não apenas mudanças pontuais. Na legislatura anterior houve uma tentativa nesse sentido, com a criação de uma Comissão de Reforma¹⁰, mas os produtos acabaram por ficar muito aquém do pretendido. Houve um debate entre os diversos membros, multiprofissionais e a constituição de grupos mais pequenos focados em diversos aspetos centrais. Contudo, uma das questões era que houve várias limitações ao contexto da discussão pois, a título de exemplo, nunca foi possível discutir as questões das organizações nacionais como a DGS ou o INSA. A questão do INSA esteve até, à margem da Comissão, a ser discutida, com uma eventual passagem para a Universidade Nova de Lisboa, que mereceu firme rejeição da nossa parte. A discussão, assim espartilhada, tinha dificuldades inerentes. O processo foi muito complexo e longo, com mudanças sucessivas na constituição da Comissão, e veio a culminar com a submissão de uma proposta de Lei¹¹ à Assembleia da República, que pouco mais era que uma compilação legislativa. O projeto de Lei acabou por ser aprovado na generalidade (!) mas tendo baixado à discussão na Comissão Parlamentar de Saúde acabou por não avançar, o que se saúda.

A dado ponto, todas as Organizações Médicas abandonaram conjuntamente a Comissão de Reforma da Saúde Pública, uma medida drástica, mas necessária perante as diversas questões que se foram sucedendo.

Está agora em curso uma nova Comissão de Reforma¹², que tinha até um prazo muito curto para apresentação de produtos concretos, o que não surpreende, pois o diagnóstico está há longo tempo feito. Os trabalhos foram prejudicados e suspensos devido à pandemia, mas importa agora concretizar e materializar as mudanças propostas.

A nossa expectativa é que a pandemia possa ter vindo tomar claro que temos de investir mais na Saúde Pública, para estar preparados para uma próxima situação semelhante. O mundo globalizado em que vivemos vai continuar a criar as condições para que possamos ter uma nova pandemia em breve. A própria OMS já o reconheceu, em 2018, no seu relatório sobre quais as áreas que carecem de investimento na área da investigação¹³ e desenvolvimento. Curiosamente, nessa lista de ameaças já constava o SARS/MERS, mas mais interessante ainda é incluir nessa lista a “doença X”, ou seja, reconhecer a incerteza e identificar uma ameaça desconhecida como algo com potencial para causar problemas muito complexos à escala mundial.

Não é claro quando ou onde irá começar uma nova pandemia, mas é notório que queremos, podemos e devemos estar preparados para lhe responder. Para tal, temos de começar a apostar desde já na melhoria dos recursos disponíveis, na formação dos nossos profissionais e em exercitar as nossas capacidades nesta área. ●

1. Regulamento Sanitário Internacional pelo Aviso n.º 12/2008, no Diário da República, 1.ª série, n.º 16, de 23 de janeiro de 2008. Mais informação em <https://www.dgs.pt/autoridade-de-saude-nacional/regulamento-sanitario-internacional.aspx>

2. Website do GHSA: <https://ghsagenda.org/>

3. <https://www.who.int/ihr/procedures/joint-external-evaluations/en/>

4. <https://www.ebola.dgs.pt/documentos-diversos/avaliacoes-externas-documento-ghsa-pdf.aspx>

5. <https://www.ghsindex.org/>

6. <https://www.healthcareitnews.com/news/europe/how-portugal-advancing-use-health-europe>

7. <http://dis.dgs.pt/2013/05/30/sistema-de-informacao-para-a-saude-publica-sisp/>

8. <https://tviplayer.iol.pt/programa/camiao-da-esperanca/5e9f32d30cf2a58834204091>

9. Santana P., Peixoto H., Loureiro A., Costa C., Nunes C., Duarte N. Estudo de evolução prospectiva de médicos no sistema nacional de saúde. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2013.

10. Documentação produzida pela Comissão de Reforma em <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-da-saude-publica/>

11. <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=40898>

12. Despacho n.º 2288/2020 do Secretário de Estado da Saúde.

13. WHO 2018 annual review of the Blueprint list of priority diseases <http://origin.who.int/blueprint/priority-diseases/en/>

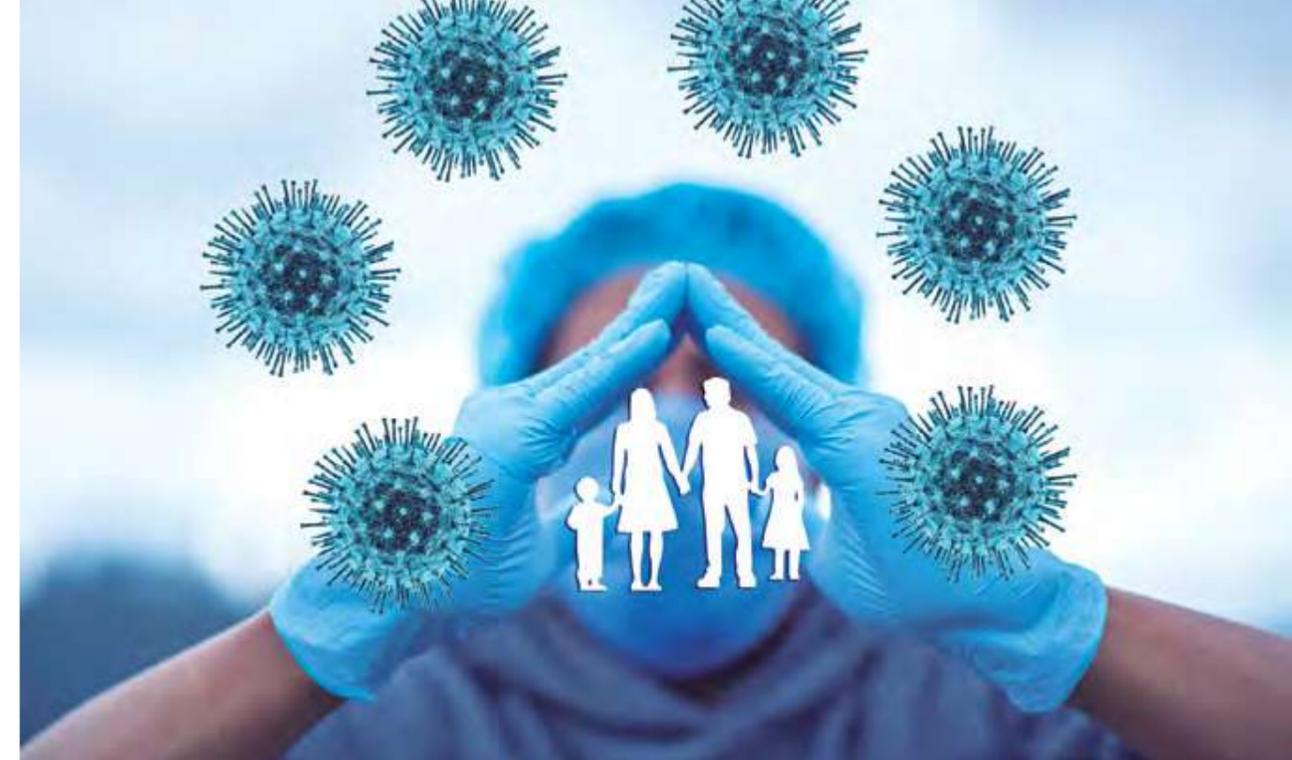
VIVEMOS EM TEMPO EXCEPCIONAL



Salvador Malheiro
Presidente da Câmara Municipal de Ovar

O ano de 2020 ficará para sempre registado na nossa memória. Na História do Povo Português e na História da Humanidade. Sem aviso prévio, uma pandemia decidiu instalar-se na sociedade mundial, alterando a nossa forma de vida, obrigando a uma série de restrições e de limitações. Fomos postos à prova. Todos, sem exceção! Em pleno século XXI, entramos numa guerra sem armas, invisível, mas que deixa um rasto de destruição por onde passa. Uma guerra que destrói a confiança e a segurança que tínhamos adquirido. E destrói a própria essência da Vida, tal como aprendemos a vivê-la e a conhecemos. Um vírus chegou sem avisar e depressa se propagou, contagiando, de forma abrupta, todos aqueles que se encontravam próximos, em qualquer lugar. O medo, de tudo e do nada, instalou-se na sociedade. Medo do desconhecido que nos aterrorizou a todos, sem exceção. De um dia para outro, tinha pela frente o maior desafio de toda a minha vida. De nome Covid-19, é a doença provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, a origem desta guerra mundial. Em Ovar, do nada surgiu tudo. Sem esperarmos, fomos informados que no nosso Município já se verificava uma contaminação comunitária. Fomos confrontados com a real possibilidade de ter um Município com cerca de quarenta mil infetados, num universo de cinquenta e cinco mil munícipes. Não estávamos preparados. Ninguém estava. A situação era muito grave. O sul do concelho de Ovar encontrava-se na fase de contágio “explosivo”. Tí-

nhamos que conter esta contaminação em massa. A partir daquele momento o nosso único e maior foco era Salvar Vidas. O medo continuava, mas a coragem reinava. Era urgente agir e intervir de forma imediata. Com responsabilidade, no momento certo, avançamos com uma série de medidas de defesa e de proteção do nosso Povo. Por nós, pelos nossos e por todos, foi necessário ir para o terreno, de forma a travar a propagação galopante deste vírus. Não ficamos à espera. Agimos por nós, por todos. Exigimos, assumimos competências que não são próprias do poder local, fazendo tudo o que estava ao nosso alcance. E assim continuamos e continuaremos a fazer. Ovar estava no centro de crise sanitária de Portugal. Por Despacho nº 3372-C/2020, de 17 de março, alinhado pelo Despacho da Autoridade Regional de Saúde do Centro, da mesma data e que vieram a dar origem à Resolução do Conselho de Ministros nº 10-D/2020, de 19 de março, foi declarada a situação de calamidade no Município de Ovar, na sequência da situação epidemiológica da Covid-19, que impôs restrições e limitações, tendo como objetivo primeiro conter as linhas de contágio, situação que veio a ser prorrogada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 18-B/2020, de 2 de abril, também na sequência de Despacho da Autoridade Regional de Saúde do Centro, do mesmo dia. No imediato, e face ao cenário que nos foi apresentado, convocamos o Conselho Municipal de Prote-



ção Civil, para o dia 17 de março, onde foi decidido ativar o Plano de Emergência Municipal. Na mesma data, e dessa reunião, resultou a criação do Gabinete de Crise, que passou a integrar: Câmara Municipal de Ovar, Aeródromo de Manobra n.º 1 - Força Aérea Portuguesa, Hospital de Ovar, Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, Bombeiros Voluntários de Ovar e Bombeiros Voluntários de Esmoriz, Instituto Nacional de Emergência Médica, Capitania do Porto de Aveiro, Cruz Vermelha, Delegação de Saúde Pública de Ovar, Delegação do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, Segurança Social, Junta de Freguesia de Cortegaça, Junta de Freguesia de Esmoriz, Junta de Freguesia de Maceda, Junta de Freguesia da União de Freguesias de Ovar, Junta de Freguesia de Válega, Guarda Nacional Republicana e Polícia de Segurança Pública. Em tempo real, 24 horas por dia, acompanhamos a situação local e nacional. Prestamos socorro e apoiamos a nossa população. Ativamos a rede social de emergência para apoio a pessoas em especial situação de fragilidade social. Adaptamos o nosso sistema de saúde municipal. Reforçamos o Hospital de Ovar. Criamos o Hospital Anjo d'Ovar e um centro de isolamento e recuperação. Foi a forma mais eficaz e mais eficiente que encontramos para travar este vírus que se instalou, entre nós, a um ritmo assustador. A complexidade da situação e o facto de se estar perante o desconhecido requeriam uma abordagem global, nos vários setores e áreas de atuação. A sal-

vaguarda da vida humana e da saúde pública eram o principal foco, mas também se impunha assegurar a paz social e o apoio aos mais desfavorecidos, em parceria com os vários agentes locais. As perguntas eram muitas e as respostas tinham que ser dadas no imediato. Tudo tinha carácter emergente ou urgente. Reajustámos a nossa forma de estar e aprendemos a trabalhar num novo ritmo e num novo registo. Fomos para o terreno, com a ajuda de muitos que, de forma voluntária e abnegada, se juntaram a nós, numa causa coletiva. As emoções foram muitas e os desafios ainda maiores. Cinquenta e cinco mil pessoas dependiam, de forma direta, do nosso trabalho, das nossas decisões. Fechamos o território. Protegemos os nossos e os nossos vizinhos. Numa fase inicial os números de infetados confirmados multiplicavam-se. Tivemos famílias inteiras contaminadas. Os Lares começaram a registar casos positivos. Confesso que tivemos momentos de muita aflição. Momentos de um medo enorme, mas mantivemos a nossa determinação. Naquele Gabinete de Crise os laços humanos saíram reforçados. Um olhar amigo, de máscara no rosto, era o suficiente para renovar a nossa força nos momentos de mais fraqueza. Ovar foi grande. E a grandeza deste Povo também se mede por esta coragem de enfrentar o inimigo dentro das nossas portas. Depressa o nosso Povo se resignou e colaborou, mantendo-se em casa. As Pessoas sabiam que lá fora, estávamos nós. 24 horas por dia, todos os dias, estávamos sempre ali, prontos para responder a tudo e a ▶

“

NESTA BATALHA, FICA EVIDENTE O PAPEL DE CADA UM EM PARTICULAR E DAS ESTRUTURAS LOCAIS E DE GOVERNAÇÃO DE PROXIMIDADE COMO EIXOS ESTRUTURANTES E DETERMINANTES NA IMPLEMENTAÇÃO DE RESPOSTAS EFICAZES A AMEAÇAS REAIS. NÓS NÃO QUERÍAMOS ESTA GUERRA. NINGUÉM QUERIA.

”

todos. Ninguém ficou abandonado.

Além de mitigar o risco de propagação e contaminação coletiva, era necessário o apoio individual, principalmente junto da classe mais desfavorecida. A nossa rede social foi, no imediato, acionada. Com o distanciamento necessário, a proximidade manteve-se. Tinha que se manter.

Mas se o apoio individual era necessário, não podíamos descurar o coletivo. Os serviços de saúde e a resposta que se impunha, na eventualidade dos números previstos se confirmarem, corriam o sério risco de colapsar.

Era urgente reforçar o nosso Hospital Francisco Zagalo. E perante o cenário traçado, tornou-se evidente a necessidade de criação de estruturas de suporte e de apoio à resposta hospitalar. Das inúmeras decisões tomadas e ajustadas sempre à evolução e tendência da situação epidemiológica, decidimos, em sede do Gabinete de Crise, criar um Centro de isolamento e de recuperação para infetados por Covid, que, sem necessidade de cuidados médicos, não tinham condições familiares ou habitacionais para ficar em isolamento.

Simultaneamente, foi criado o Hospital Anjo D'Ovar, numa resposta complementar ao Hospital Francisco Zagalo, para todos aqueles que, necessitando de cuidados médicos, obrigavam ao internamento.

Desta forma, conseguimos reforçar e adaptar o nosso sistema de saúde municipal.

Começámos do zero, sem manual de instruções. Mas do nada, ainda que desprevenidos, conseguimos implementar uma série de medidas que, no seu todo, foram eficazes no combate a este vírus no nosso território.

O início de abril marca a viragem. Começaram os primeiros sinais encorajadores. Os números reais distanciavam-se, em muito, dos números inicialmente previstos. Era a confirmação que estávamos no caminho certo. A taxa de crescimento de casos positivos começou a diminuir e, gradualmente, o número de recuperados começou a aumentar.

O esforço foi grande, o compromisso pessoal de cada um ainda maior.

A colaboração e entrega coletiva, foi determinante e contribuiu de forma muito positiva para os resultados de hoje.

Em maio, passamos a ser dos Municípios com mais recuperados, face ao número de infetados.

Já estávamos a Vencer!

Somos um território rico em recursos naturais, repleto de encantos e locais extraordinários. Temos Praia. Temos Ria. Temos Floresta. Temos uma doce e variada gastronomia. Temos um vasto património religioso e azulejar para descobrir. Temos um pouco de tudo, que se traduz em muito para oferecer a quem nos quiser visitar.

Mas, acima de tudo, temos muito orgulho neste Povo. Temos muito orgulho em pertencer a Ovar. Temos orgulho em ser gente desta gente, feita de garra e com determinação suficiente para enfrentar os desafios que surgem pelo caminho. Gente que sabe adaptar-se e reinventar novas formas de estar, numa altura em que nada voltará a ser como antes.

Juntos... Vamos Vencer.

Nesta batalha, fica evidente o papel de cada um em particular e das estruturas locais e de governação de proximidade como eixos estruturantes e determinantes na implementação de respostas eficazes a ameaças reais.

Nós não queríamos esta guerra. Ninguém queria. Mas, empurrados para a luta, vencemos esta primeira batalha. Pelo caminho, perdemos alguns, mas salvamos muitos.

Mantemos o nosso foco. Agora mais fortes e melhor preparados.

Bem-haja ao Povo de Ovar! ●



Melhor saúde, melhor futuro.

Podemos fazer mais para ajudar a melhorar a vida das pessoas.

Impulsionados pela paixão por atingir este objetivo, na Takeda fornecemos à sociedade medicamentos inovadores capazes de mudar vidas, desde a nossa fundação em 1781.

Como empresa biofarmacêutica líder a nível global, a Takeda é inabalável na sua contribuição para trazer melhor saúde e um futuro melhor para as pessoas em todo o mundo.

www.takeda.com

C-ANPROM/PT/0426 | 04/2020

TAKEDA FARMACÊUTICOS PORTUGAL, LDA ("Takeda Portugal") Sociedade por quotas. NIF: 502 801 204 Conservatória do Registo Comercial de Cascais n.º 502 801 204. Morada: Quinta da Fonte, Rua dos Malhões nº5, Edifício Q56 D, Pedro I, Piso 3, 2770-071 Paço de Arcos



REORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PORTUGUESES NESTE TEMPO DE COVID-19



José Artur Paiva

Diretor do Serviço de Medicina Intensiva do CHUSJ e Diretor do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)

Um erro inicial de cálculo

No último dia de 2019, o gabinete chinês da OMS informou da existência de mais de 20 casos de pneumonia de etiologia desconhecida em Wuhan, casos esses que duplicaram em 4 dias. Em 11 de janeiro, o patógeno SARS-CoV-2 estava identificado e o seu genoma na posse da comunidade internacional. A Europa tem, em França, os seus dois primeiros casos de Covid-19, ambos importados, em 24 de janeiro. Depois, Itália, Espanha, Alemanha, Reino Unido e outros países. O primeiro caso em Portugal é diagnosticado em 2 de março. Talvez porque, em meados de fevereiro, a China anunciava que o surto estava controlado, quando na Europa o número de casos aumentava, muitos acharam que teríamos apenas de vencer um período intenso mas breve de epidemia e logo voltaríamos às nossas atividades, da forma habitual.

Um erro. De facto, nesta assunção, vários dados foram esquecidos. Que as epidemias, na ausência de tratamento efetivo ou vacina, produzem, habitualmente, ondas secundárias. Que a pandemia poderia passar a endemia. Que outras epidemias e desafios de saúde virão depois deste, como vieram antes dele.

Uma resposta excelente e com sucesso

Aquela assunção levou à construção de uma resposta hiperaguda. A nível social, o confinamento ocorreu precocemente, tendo sido declarado o estado de emergência com apenas 785 casos confirmados

e 3 mortes. Na saúde, em menos de dois meses, promoveu-se, à escala nacional, o encerramento ou franca diminuição de múltiplas linhas de produção e processos assistenciais e a expansão dos Serviços de Medicina Intensiva. Esta expansão era imprescindível, já que o rácio de camas de Medicina Intensiva por habitante era, em 2019, de 6,4 camas por 100 000 habitantes, portanto dos mais baixos da Europa, marcadamente abaixo da média europeia (11,5 por 100 000 habitantes), abaixo do de países que experimentaram situações de rotura da resposta da Medicina Intensiva durante o pico da pandemia, nomeadamente Itália (12,5 por 100 000 habitantes) e Espanha (9,7 por 100 000 habitantes) e muito abaixo do de países que suportaram a pandemia sem rotura de serviços de saúde, como por exemplo a Alemanha (29,2 camas por 100 000 habitantes). O número de intensivistas em Portugal é, também, cronicamente insuficiente para as necessidades de cobertura da Rede de Medicina Intensiva.

Excluindo aqueles que já não estão em atividade ou não estão em atividade em Serviços de Medicina Intensiva do Serviço Nacional de Saúde, o rácio é de 3,6 intensivistas por 100.000 habitantes.

A expansão da Medicina Intensiva, das 629 camas existentes antes da pandemia até um pico de 1026 camas ativas, foi determinante para a ausência de rotura do sistema de saúde e para garantir acesso a cuidados adequados e baixa taxa de letalidade. A rotura teria sido inevitável sem a expansão, uma vez que



chegamos a atingir 271 doentes Covid-19 internados simultaneamente em Medicina Intensiva, o que quer dizer que 43% das camas de Medicina Intensiva existentes em 2019 estavam ocupadas por estes doentes. Esta resposta foi ainda mais determinante na região mais atingida pela pandemia em março e abril, a ARS Norte.

Uma grande parte desta resposta foi realizada pela ocupação de áreas onde antes se realizavam as atividades clínicas suspensas, como por exemplo, unidades pós-anestésicas, recobros, blocos, e reforçando as equipas de Medicina Intensiva com médicos e, sobretudo, enfermeiros dessas mesmas áreas.

A pandemia passou a endemia e pode haver ondas secundárias

Sabemos hoje que a Covid-19 não será um pesadelo de dois ou três meses. Em boa verdade, para ser

esse pesadelo transitório teria de ocorrer uma taxa de transmissão sustentada que levaria ao colapso do sistema de saúde e a elevada letalidade, sobretudo entre os mais idosos e mais frágeis.

Sabemos hoje que nos temos de preparar para viver num "mundo mais viral" ao longo de muitos meses, até obtermos uma vacina efetiva e segura ou uma terapêutica específica que aborte a progressão da doença na fase inicial e evite doença grave. Até lá, temos de modificar os nossos comportamentos enquanto sociedade e temos de preparar o nosso sistema de saúde, nomeadamente a Medicina Intensiva. No fundo, há que sair de uma resposta hiperaguda a um crescimento exponencial de casos Covid-19, para um estado capaz de responder a um período de endemia de Covid-19, com potenciais ondas secundárias, e simultaneamente capaz de assumir a respos- ▶



ta às outras patologias, nesta altura com deterioração de tempos para acesso e para resolução de problemas clínicos. Por isto, há que reativar atividade cirúrgica, transplantação e correto acompanhamento do doente crónico com prevenção, deteção precoce e rápida resolução de agudizações ou intercorrências.

A resposta necessária: retoma ou refundação?

A maioria das instituições está a executar um processo de redução progressiva, nalguns casos anulação, das áreas para doentes com Covid-19 e de reativação de múltiplos processos assistenciais, tal qual eram executados antes da pandemia. A própria designação dada a este processo - retoma - indicia que se procura voltar ao *status quo* pré-pandémico.

Não creio ser este o melhor plano. Por duas razões substantivas: (a) o futuro vai ser bem diferente do passado e (b) as crises trazem experiências e lições que devem ser legados.

A resposta à pandemia foi caracterizada por uma enorme motivação, máxima colaboração inter-especialidades, criação de equipas multidisciplinares, clarificação de fluxos de doentes e patologias, foco nas estratégias de proteção individual e controlo de infeção, utilização de tecnologia de comunicação, monitorização e *follow up* remotos. Estas características devem permanecer para o período pós pandemia. Experiências que devem ser legados.

Em nossa opinião, devemos aproveitar para mudar. Não voltar ao mesmo, voltamos melhores. Alavanca

em vez de mola. Refundação em vez de mera retoma. Essa refundação passa, em nossa opinião, por:

- Maximização da ambulatorização de cuidados, nas suas várias morfologias, incluindo cirurgia de ambulatório, hospitais de dia e hospitalização domiciliária;
- Organização do sistema de saúde por processos assistenciais integrados, empoderando o utente, concatenando cuidados comunitários e hospitalares e organizando áreas hospitalares multi-especialidade, com fluxos claros e diferenciados;
- Reforço da segurança do doente, nomeadamente das boas práticas em controlo de infeção, melhorando infraestrutura e mantendo hábitos e atitudes enraizados com a pandemia;
- Reforço da comunicação entre família, doente e clínicos, presencial sempre que possível, mas também pela utilização de metodologias de comunicação remota que permita “a casa do doente” estar mais perto dele durante a hospitalização;
- Aumento da motivação dos profissionais de saúde, pela criação de metodologias que maximizem a sua retribuição por partilha da receita obtida pela produção realizada e pela sua qualidade e que evitem a saída dos nossos melhores para o sector privado;
- Reforço e capacitação da Medicina Intensiva, com aumento do número de camas, melhoria da sua capacitação e crescimento do número de quartos de isolamento.

Reforço e capacitação da Medicina Intensiva

A Medicina Intensiva, que, na Europa, nasceu com a

epidemia da poliomielite, na Dinamarca, em 1952/53, pode agora refundar-se com a pandemia Covid-19. Esta não pode ser uma oportunidade perdida. E para não ser, a estratégia tem que ser definida e implementada desde já.

É absolutamente necessário que se avance rapidamente para o aumento efetivo do número de camas de Medicina Intensiva, de forma a obter um rácio nacional, regional e por eixo de referência de cerca de 11,5 camas por 100 000 habitantes (média europeia). Um aumento, à escala nacional, para 919 camas de Medicina Intensiva permitirá um rácio de 10,9 camas por 100 000 habitantes com mais de 18 anos. Para que esta capacitação seja operacional, é necessário vencer uma escassez crónica e persistente de recursos humanos, em médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. A carência de enfermeiros é particularmente significativa, sendo que para o aumento de camas acima proposto será necessária a contratação de, pelo menos, cerca de 580 enfermeiros. A colocação de médicos especialistas em Serviço de Medicina Intensiva para formação na especialidade de Medicina Intensiva, num processo articulado entre a ACSS e a Ordem dos Médicos, é também essencial. Adicionalmente, o número de vagas de Internato de Formação Específica de Medicina Intensiva não deve diminuir.

O investimento nesta expansão dos Serviços de Medicina Intensiva deve incluir um compromisso desses serviços em satisfazerem uma carteira de serviços, que inclui a gestão clínica e operacional da Sala de Emergência, a participação e gestão da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar e a realização de consulta de *follow-up*, para além do trabalho no interior das UCIs.

Esta capacitação deve ser geradora de eficiência e de adição de valor, simultaneamente melhorando *outcomes* e reduzindo custos globais. Para isso é essencial a exigência de inexistência de unidades com lotação inferior a 8 camas e de integração de nível 3 e de nível 2 de cuidados num sistema de gestão integrada em que os recursos humanos são modulados de forma plástica e adaptativa à casuística. Isto é, a infraestrutura poderá ser na totalidade de nível 3, mas o doente fará todo o percurso de cuidados de nível 3 e de nível 2 dentro do Serviço de Medicina Intensiva, num contínuo de cuidados, sendo o número de postos de trabalho adaptado à proporção de doentes nível 3 e nível 2 habitual do Serviço.

Deve ser reforçada a segurança de doentes e profissionais, fazendo com que cada Serviço de Medicina Intensiva tenha quartos de isolamento com possibili-



OS MOMENTOS DE CRISE
SÃO GRANDES EXPERIÊNCIAS
E ENORMES LIÇÕES. SÓ POR
ISSO SÃO TAMBÉM ENORMES
OPORTUNIDADES DE MUDANÇA
EM MELHORIA. ESTA CRISE NÃO
VAI DEIXAR O MUNDO IGUAL.



dade de controlo de pressão, maximizando estruturas com potencial de adequado isolamento e modulares para resposta a múltiplos desafios específicos (doenças transmissíveis, imunodeprimidos, queimados, etc.), evitando a inativação de camas pela admissão de doentes que exigem isolamento respiratório. Finalmente, os eixos de referência definidos na Rede de Especialidade de Medicina Intensiva devem ser exercidos com máxima eficiência e com espírito de *networking* e de ajuda inter-institucional. A implementação de um sistema de informação fiável, robusto e atualizado é fundamental ao exercício e à gestão destes eixos e esta é uma área em que a margem de melhoria é ainda significativa, tanto em termos da fundação do sistema como da clara identificação e responsabilização do seu gestor. A gestão desta rede pressupõe a identificação de missões específicas e de centros de referência, transitórios ou sustentados, em favor do melhor resultado clínico e da máxima eficiência.

Conclusão

Os momentos de crise são grandes experiências e enormes lições. Só por isso são também enormes oportunidades de mudança em melhoria. Esta crise, em particular, não vai deixar o mundo igual e acresce mais uma patologia aos desafios de saúde. Isso faz da mudança, não apenas uma vontade, também uma necessidade. Há que fazer da experiência, um legado. E com esse legado, refundar em vez de retomar. ●

A PRIMEIRA LINHA DE CONTENÇÃO DA PANDEMIA



Nelson Pereira

Coordenador do Serviço de Urgência na resposta à Covid-19 do Centro Hospitalar Universitário de São João

O Serviço de Urgência (SU) Polivalente do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) atendeu em 2019 uma média de 462 doentes por dia. Serve uma população direta de cerca de 330000 utentes e é a instituição de referência de uma grande parte da região Norte de Portugal, albergando as urgências metropolitanas de Urologia, Psiquiatria, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Desde 2003 que possui uma equipa médica própria, com médicos com diferentes especialidades e percursos, assumindo-se como um serviço de ação médica na sua plena definição. Persegue uma lógica organizacional de Medicina de Urgência e estabelece-se segundo esse padrão.

Nos termos do plano de resposta da Direção Geral da Saúde o CHUSJ foi designado hospital de referência no contexto da fase de contenção da Pandemia de Covid para a região Norte. À medida que a epidemia foi evoluindo foi claro para os profissionais do SU que mais tarde ou mais cedo seriam envolvidos nesta resposta, pelo que rapidamente se mobilizaram, inicialmente ao nível da direção e coordenação e, mais tarde, no seu todo.

No dia 25 de janeiro o CHUSJ recebeu o primeiro caso suspeito que foi encaminhado diretamente para o serviço de Doenças Infecciosas (DI), de acordo com o procedimento estabelecido. Este foi, no entanto, o pontapé de saída para o envolvimento do SU numa resposta que até então parecia distante em termos de necessidade. O SU dispõe apenas de um quarto de isolamento, sem as devidas condições de pressão de

ar ou de circuitos de profissionais/resíduos, mas aí se observaram os primeiros casos suspeitos que chegaram pelo seu próprio pé.

No entanto, à medida que estes se multiplicavam, foi necessário montar uma resposta integrada, multifacetada, que culminou numa verdadeira revolução de infraestrutura e processos. Esta resposta viria de alguma forma a servir como guião que muitos outros serviços acabaram por adotar.

Estas foram as principais vertentes de reorganização:

Medidas visando a diminuição de interações não indispensáveis e aumento de barreira

De forma a minimizar o risco de transmissão de SARS CoV - 2 foi implementado um conjunto alargado de medidas específicas em diferentes domínios:

- Obrigatoriedade de uso de máscara cirúrgica a todos os profissionais e doentes no espaço físico do SU;
- Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) nível 2 em todas as Áreas Dedicadas Covid (ADC) e em todos os procedimentos potencialmente geradores de aerossóis;
- Suspensão de realização de nebulizações em todo o espaço do SU generalizando o uso de câmaras expansoras;
- Suspensão do sistema de *tickets* para inscrição no SU, passando a mesma a fazer-se após espera em linha com o devido espaçamento entre utentes;
- Suspensão da digitalização de cartas de referência e outros documentos;
- Suspensão de cobrança imediata de taxas moderadoras à saída do SU, diferindo no tempo esse procedimento;
- Colocação de acrílicos separadores e alteração do *setting* da triagem de forma a aumentar a proteção dos profissionais;



Foto n.º 1.

- Manutenção de portas internas abertas onde fosse fisicamente adequado;
 - Intensificação do programa de higienização de superfícies;
 - Interdição da presença de acompanhantes no espaço do SU. Esta interdição resultou da aprovação da política de acompanhantes em contingência que incluiu a massificação da utilização do sistema recém-desenvolvido de envio SMS com informação da progressão da avaliação do doente (projeto Mais São João), bem como a sistematização do contacto telefónico com os familiares em momentos chave do processo de urgência. Não obstante foi determinada a possibilidade de visita de um familiar a doentes em fim de vida, mesmo que em área Covid. Mais tarde seria implementado o sistema de videochamada (*Skype* e *WhatsApp*) com recurso a dois *smartphones* disponibilizados para o efeito.
- Ampliação/Reorganização de espaços**

A necessidade de separação de doentes suspeitos e não suspeitos e a necessidade de afastamento físico entre doentes, enquanto em avaliação ou em espera, obrigou a uma precoce disponibilização de espaços alternativos. Deste modo foram instalados/adaptados os seguintes espaços:

- Com início de funções a 26 de fevereiro, foi adaptada a área onde habitualmente eram observados os doentes não urgentes como área de rastreio de doentes suspeitos. Possuía seis boxes de observação médica. A equipa tipo era constituída por três médicos, dois enfermeiros e um assistente operacional. Foi desactivada por manifesta insuficiência de espaço em 12 de março.
- Com início de funções a 12 de março, foram instalados no parque de estacionamento de ambulâncias seis módulos de campanha cedidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) num total de 210m², que se constituíram como ADC C (foto n.º 1). O complexo instalado incluiu sala de espera com seis boxes, doze boxes de observação médica, zonas de trabalho contaminada/não contaminada, WC de campanha e zona de resíduos. A equipa tipo é constituída por três médicos, três enfermeiros, dois assistentes operacionais e um assistente administrativo. Foram instalados sistemas de climatização, iluminação, rede informática e *wi-fi free* para doentes. Esta área possui capacidade para rastrear 30 doentes por hora.
- Com início de funções a 12 de março foi criada a ▶



Foto nº 2.

ADC A, por readaptação da área anteriormente usada como Unidade de Curta Permanência e Área Laranja (foto n.º 2). Possui 23 boxes individuais, das quais 15 com capacidade de monitorização e destas 8 com telemetria. A equipa tipo é constituída por cinco médicos, quatro enfermeiros e dois assistentes operacionais. Esta área foi equipada com aparelho de Rx digital, ecógrafo e mais tarde (28 de março) com uma unidade de tomografia computadorizada (TC) (foto n.º 3) dedicada para suspeitos Covid.

- Com início em funções a 23 de março, um complexo clínico constituído por contentores numa área total de 500 m², designada de ADC B (foto n.º 4). É constituído por uma área administrativa, área de triagem, área de espera com 12 boxes, área clínica com 16 boxes, áreas de trabalho contaminada/não contaminada, WC para doentes, áreas de estacionamento e de limpeza de equipamentos e zona de resíduos. Foram instalados sistemas de climatização, iluminação, oxigénio

e vácuo e rede informática. Foi equipada com RX digital, eletrocardiógrafo, aparelho de gasimetria e química seca, monitores de parâmetros vitais e monitor-desfibrilhador. A equipa tipo é constituída por cinco médicos, quatro enfermeiros, dois assistentes operacionais e um assistente administrativo.

- A Sala de Emergência, que possui cinco boxes, foi reorganizada de forma a permitir a separação de doentes críticos suspeitos/não suspeitos de forma flexível e em função da procura em cada momento.

Implementação de circuitos de seleção e encaminhamento de doentes

Na primeira fase os doentes chegavam com notificação prévia da linha de apoio ao médico (LAM), eventualmente com transporte pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e ao chegarem ao SU eram colocados em espera pela equipa de vigilantes em local pré-definido até ao primeiro contacto com um profissional de saúde. À medida que o número de casos suspeitos se avolumou na pressão diária sobre o SU, foi necessário criar circuitos separados para suspeitos e não suspeitos definindo-se os seguintes processos:

- Centralização em médico coordenador de informação de chegada de doentes suspeitos a partir de diferentes origens, nomeadamente a LAM, Delegados de Saúde, INEM e, mais tarde, ADC dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta informação passou a ser difundida internamente para as áreas críticas permitindo assim a preparação da receção hospitalar e o encaminhamento imediato do doente para o local mais adequado.

- Triagem avançada. Foi delimitado um perímetro de entrada no acesso ao SU sendo todos os veículos imobilizados por um vigilante e o doente abordado por enfermeiro com Equipamento de Proteção Individual (EPI) nível 2. Ao mesmo tempo os doentes ambulatoriais aguardavam em fila no exterior desse perímetro a mesma intervenção. Todos os doentes eram submetidos a questionário simples de avaliação de risco Covid, avaliação de temperatura corporal e saturação periférica de oxigénio. Em função da avaliação realizada os doentes suspeitos Covid eram categorizados informalmente em Prioridade 1, 2 ou 3 e encaminhados para as áreas respectivas (ADC A, B e C respectivamente) para confirmação formal da prioridade e avaliação/orientação clínica. Os doentes não suspeitos Covid mantiveram o circuito normal de admissão no SU.

- Após decisão de internamento os doentes suspeitos eram colocados em quartos de pressão negativa no serviço do Doenças Infecciosas, mas quando essa capacidade foi esgotada passaram a ser encaminha-



Foto nº 3.

dos para coortes de doentes suspeitos até à obtenção do resultado do teste laboratorial.

- A possibilidade de realização de TC pulmonar veio disponibilizar uma avaliação de risco adicional permitindo uma melhor orientação de doentes para áreas específicas mesmo antes do conhecimento do resultado do teste laboratorial.

- Doentes que necessitem de procedimentos emergentes como seja procedimentos cirúrgicos, procedimentos angiográficos cerebrais ou cardíacos ou outros são abordados com EPI nível 2, não atrasando assim a execução dos mesmos.

- A disponibilidade de testes RT-PCR em sistema fechado com tempo de execução reduzido (inferior a uma hora) permite na maior parte dos casos diferir, para segurança dos profissionais, procedimentos com elevado risco de aerossolização.

- Estabelecimento nos casos suspeitos da lógica de trabalho em que “o médico vai ao doente” em vez da ló-

gica habitual em que o “doente vai ao médico”, reunindo todas as condições técnicas para o efeito nas ADC.

- Os doentes suspeitos sem critérios de internamento aguardam resultado no domicílio em isolamento. Os testes negativos são comunicados por SMS enquanto que os positivos são comunicados telefonicamente por médico da equipa hospitalar que transmite as instruções de seguimento clínico.

- Coordenação com INEM e Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) para o transporte de doentes suspeitos e/ou confirmados para domicílio ou outra unidade hospitalar.

Reforço de equipas

Rapidamente foi percebida a necessidade de reforço de recursos humanos a todos os níveis tendo a mesma sido implementada sobretudo com recurso a elementos desviados dos serviços originais que viram a sua atividade programada muito reduzida bem como, naturalmente, pela realização de horas extraordinárias e suspensão de férias. No que diz respeito aos ▶



Foto nº 4.

“
 AO LONGO DOS MESES
 DE MARÇO E ABRIL TODA
 A DINÂMICA DA PRESTAÇÃO
 ASSISTENCIAL NO SU FOI
 DOMINADA PELA POPULAÇÃO
 DE SUSPEITOS COVID.
 ”

médicos foram várias as iniciativas adicionais tomadas que permitiram um reforço efetivo da capacidade de trabalho, que contribuiu para o sucesso da operação:

- Disponibilização por parte dos médicos da equipa já dispensados de realização de horário em período noturno de voltarem a executá-lo.
- Novas contratações em regime de prestação de serviços por período de quatro meses. Foi possível recrutar elementos a partir de várias origens, nomeadamente a partir das listas de voluntários que a Ordem dos Médicos forneceu ao Hospital, de elementos do universo dos hospitais privados que suspenderam atividade, bem como de elementos que no passado já tinham pertencido aos quadros do SU e que se disponibilizaram prontamente para regressar.
- Escala de internos de todas as especialidades médicas e cirúrgicas e de todos os níveis de formação que sob coordenação da comissão de internato engrossaram rapidamente as fileiras do SU.
- Disponibilização dos elementos de especialidades específicas para incluírem na sua ação imediata situações clínicas que habitualmente são abordadas pela equipa do SU, para que esta fosse libertada para a abordagem dos doentes suspeitos Covid. São disso exemplo a Cardiologia que colocou um elemento extra no SU para abordagem de doentes com dor torácica ou arritmias, bem como a Cirurgia Geral que assumiu a gestão dos doentes com queixas de dor abdominal e a Ortopedia dos doentes com dor de costas ou com patologia articular não traumática.

Ao longo dos meses de março e abril toda a dinâmica da prestação assistencial no SU foi dominada pela população de suspeitos Covid. Para que se possa ter uma percepção da carga que essa população significou refiro alguns dados que permitem uma visão global da mesma:

- Ao longo destes dois meses foram observados um total de 8534 doentes suspeitos. Em março com uma média diária de 139 doentes, com mínimo de três e máximo de 350. Em abril com uma média diária de 145 doentes com mínimo de 83 e máximo de 246.
- Neste período foram identificados um total de 1727 casos positivos numa média diária de 28,3 com mínimo de zero e máximo de 100). Variação diária no gráfico nº 1. No fim deste período é possível fazer um balanço parcial provisório da resposta e do impacto da pandemia Covid no SU no nosso hospital. Deixo assim algumas notas finais de reflexão:
- Embora partindo de uma situação muito débil (défice crónico de recursos humanos, ausência de políticas afirmativas nacionais de promoção da qualidade da rede de urgência, clima de conflitualidade e insegurança) foi o SU (e o CHUS) no seu todo) capaz de se re-

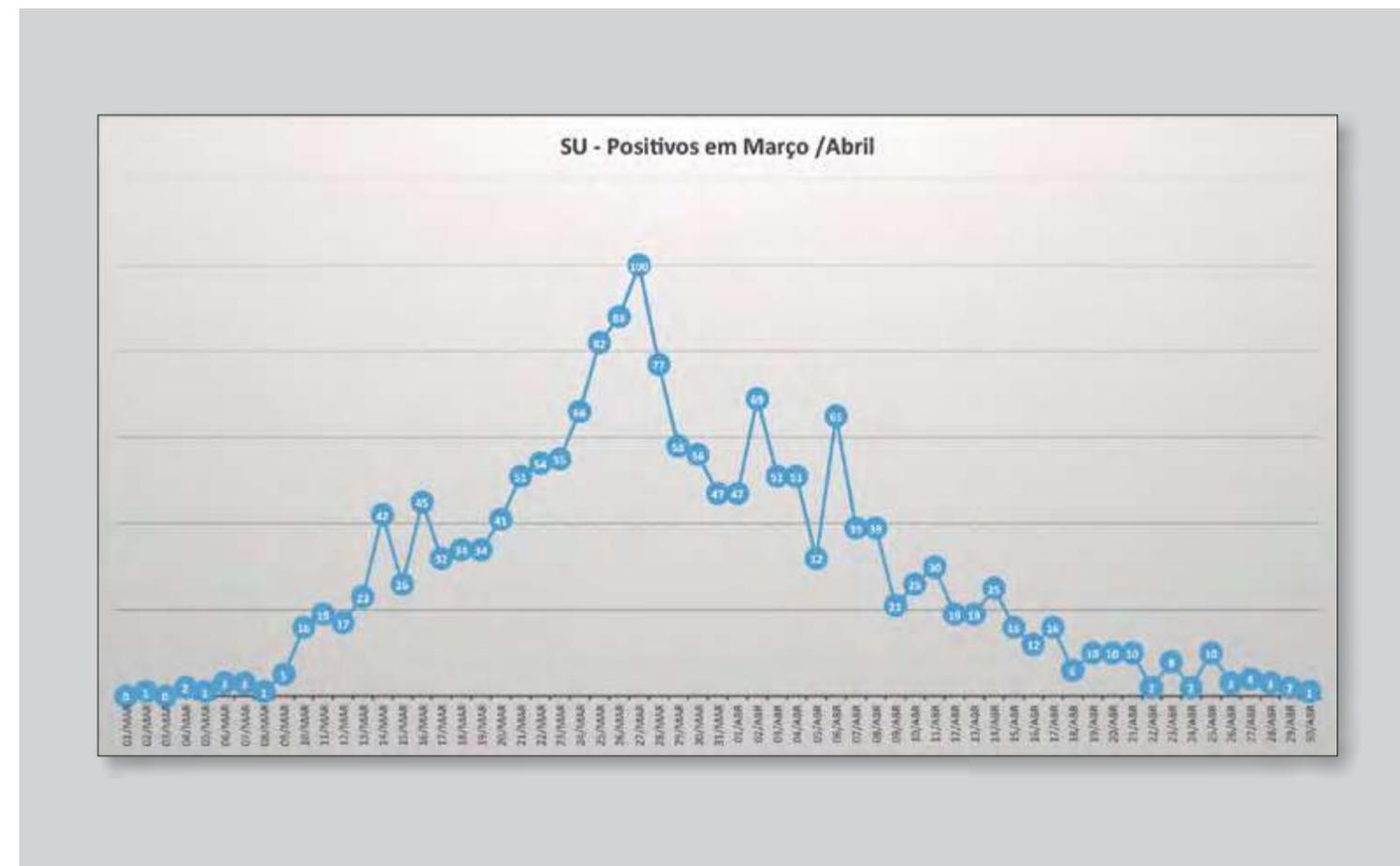


Gráfico nº 1.

forçar e de se reinventar, de forma a dar uma resposta cabal e à altura do desafio.

- A conjuntura que vivemos veio pôr a nu mais uma vez as condições de sobrelotação crónica que vivemos desde há longo tempo.
- Durante o período mais crítico notou-se uma diminuição franca do número de doentes não suspeitos.
- Esta diminuição foi negativa no que diz respeito aos doentes com patologia mais grave que podem ter protelado a vinda ao SU (a carecer de análise detalhada para confirmação), e essa constatação obriga-nos a pensar em formas de melhor os proteger.
- Mas essa diminuição foi muito positiva no afastar de doentes que não padecem de patologia urgente e que todos os dias enchem os nossos SU.
- É fundamental que se aposte na reforma e no fortalecimento da rede de urgência/emergência, seja pela criação de Centros de Responsabilidade Integrada seja por outro mecanismo análogo.

- Que se aposte igualmente num sistema forte de referenciação de doentes aos SU baseados nos três pilares do nosso sistema, INEM, SNS24 e CSP, deixando de permitir o uso indiscriminado do mesmo por iniciativa do próprio doente.
- Que as redes de referenciação sejam cumpridas escrupulosamente por todos os atores evitando assim duplicações de atos, transportes desnecessários e perdas de tempo preciosas.
- Que se definam as regras e que se implementem os sistemas que permitam em segurança reorientar doentes do SU para os CSP em situações de patologia não urgente.
- Que se crie finalmente a especialidade de Medicina de Urgência, permitindo a tantos jovens médicos o enveredar por uma carreira que a tantos seduz e que sistematicamente lhes tem sido negada, em contrariedade com um movimento de décadas da ciência médica a nível global. ●

REFLEXOS DA SARS DE 2003 VS COVID-19



Esmeraldo Alfarroba¹
Major General

Tendo publicado o artigo “Reflexos da Pneumonia Atípica”², em Julho de 2003, sobre a epidemia *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), revisitámo-lo, comparando-o com a situação actual, provocada pela pandemia *Corona Virus Disease of 2019* (Covid-19). Na descrição de 2003, configuram-se medidas a tomar a nível nacional, apresentando algumas capacidade de resposta, sobretudo hospitalar, da saúde militar portuguesa. Apesar da existência de outros alertas intermédios, estas situações são rapidamente esquecidas, não entram no equacionamento futuro, seja político, social ou de saúde, lamentando-se que tenha eclodido uma pandemia de dimensão catastrófica em 2020, a Covid-19. Esta doença é transmitida por um agente altamente contagioso, um Coronavírus designado por vírus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), que urge tratar mas, concomitantemente, abre uma ampla discussão quanto à displicência, falta de previsão e preparação do passado e ao futuro da humanidade. À primeira vista, há uma actualidade impressionante pelas aparentes semelhanças, motivo para a elaboração de um estudo comparativo, entre o que se passou em Portugal, especialmente no meio da saúde militar, naquela época do ano de 2003 até à realidade actual de 2020.

Origem da SARS vs Covid-19

A primeira semelhança, entre ambas as doenças, é a origem, cientificamente considerada como alegadamente iniciada em mercados de venda de animais exóticos, muito apreciados na alimentação pela população chinesa:

- A SARS, também designada por Síndrome Respiratória Aguda Grave ou Severa, foi provocada por um coronavírus, designado por SARS-CoV-1 e tem por reservatório animal o morcego;
- A Covid-19 transmitida por um vírus da mesma família, acreditando-se que o vírus SARS-CoV-2 possua como hospedeiros determinadas espécies de morcegos e o pangolim.

Tanto num caso como no outro, os profissionais de saúde estão na primeira linha do atendimento aos doentes, logo do risco, sendo merecedores de homenagem por honrarem o juramento que fizeram e, frequentemente, serem das primeiras vítimas a ocorrer no cumprimento dos deveres profissionais.

Relativamente a mais semelhanças, observamos o exercício de represálias sobre médicos e responsáveis da saúde, uns para se silenciarem, não veiculando os achados clínicos, outros demitidos por atrasarem a informação. Tanto num caso como no outro, mais uma vez, o mensageiro do que é considerado a má notícia, seja por ser cedo demais ou mais tardia, é eliminado sem contemplações.

Casuística da SARS vs Covid-19

Apesar do grau de tensão, quase dramático do texto de 2003, há uma grande diferença, um drástico contraste, entre a SARS, em que não houve nenhum caso confirmado em Portugal e a Covid-19, em 2020, em que os casos subiram exponencialmente, nas primeiras semanas de março, atingindo na data de fecho deste artigo 29.912 confirmados e 1.277 óbitos³.

A maior dimensão da doença regista-se nos **grupos etários mais elevados**, sobretudo na população de lares e centros de cuidados continuados, onde em alguns casos alastrou de forma fulgurante e dramática, ameaçando transformá-los, caso não fossem tomadas medidas urgentes, em necrotérios.

Só é possível travar a tragédia pela rápida acção dos profissionais de saúde, muitas vezes isolando-se com eles, reinventando e zelando em excesso pela higienização e protecção individual, separando os casos suspeitos, efectuando testes de diagnóstico, se rápida e atempadamente executados e, sobretudo, agindo sobre os casos positivos, quer de funcionários quer de residentes, isolando-os. Mas para isso é necessário, mes-



mo imperioso, haver uma boa arquitectura do imóvel, com espaços facilmente higienizáveis e com áreas bem dimensionadas que permitam o isolamento de casos suspeitos e positivos.

Por outro lado, a acção imediata, quer dos que exercem a direcção e gerem a Acção Social informando a todos os níveis e impedindo as visitas o mais cedo possível, quer pelo apoio de uma equipa de profissionais de saúde, conhecedora de cada caso do ponto de vista clínico, constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, técnicos de fisioterapia e outros, incluindo os elementos da defesa biológica com as necessárias descontaminações.

A acção da família é preciosa, não só pelo aceitação do afastamento difícil, mas necessário, como também pela confiança que deve ser demonstrada aos responsáveis no terreno, por cuja coesão e competência têm de zelar e ser merecedores, evitando-se a procura de “bodes expiatórios”.

O apoio hospitalar fácil e imediato é o garante da continuidade dos cuidados, quer para doentes infectados, que devem ser permanentemente monitorizados e caso a situação clínica agrave sejam transferidos para um Hospital Covid-19, quer para os restantes, por toda uma gama elevada de agudizações possíveis das diversas morbilidades de que padecem ou que se desencadeiem neste período, com dificuldade na referenciação não-Covid-19, tomando tudo mais difícil e complexo⁴.

Ciência Médica em 2003 vs 2020

O conhecimento científico em todas as áreas e, em particular nas da genética, virologia, imunologia, farmacologia e tecnologias tiveram uma evolução perma-

nente e fulgurante. Ao nível da terapêutica desenvolveu-se a pesquisa de novos medicamentos e fizeram-se experiências da utilização de outros mais antigos. Tanto em 2003 como em 2020, deparamos com a inexistência de uma vacina que permita a imunização. Paradoxalmente, a rapidez com que a epidemia de SARS se dissipou, levou a que os esforços que na altura se fizeram para desenvolver uma vacina para coronavírus, fossem abruptamente abandonados em favor de outras agendas. Uma oportunidade perdida que agora teria feito a grande diferença à escala global, quer pela necessidade de conhecimento das características do genoma do vírus, quer pelos estudos em animais e humanos a que obriga e as características dos coronavírus em permanente mutação criam dificuldades acrescidas.

Serviço Nacional de Saúde 2003 vs 2020

Portugal deve muito à implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), desde logo considerado pelo Programa do Movimento das Forças Armadas (MFA), após o 25 de Abril de 1974, como um objectivo social essencial, tendo sido criado em 1979, como é do conhecimento geral, após acesa discussão parlamentar. Profissionais de saúde, saídos das Faculdades de Medicina, de Enfermagem, de Tecnologias da Saúde e outros, bem preparados, generosos e motivados, com carreiras bem definidas, dinamizaram e dedicaram-se de forma plena e inextinguível ao longo das últimas 4 décadas. Ascendeu a um destacado 12º lugar do ranking mundial no início deste século⁵ ou seja, coincidindo com a epidemia de SARS.

Nos últimos anos a crise económica de 2008 esbateu o crescimento do SNS, com dificuldades na captação ▶



AS EQUIPAS
DE DESCONTAMINAÇÃO
EFFECTUAM INVESTIGAÇÃO
SOBRE AS MELHORES FORMULAÇÕES
QUÍMICAS A UTILIZAR
E APREENDEM, TREINANDO
INTENSAMENTE, A PRÁTICA/
ACTUAÇÃO EM AMBIENTE
BIOLOGICAMENTE AGRESSIVO.



de profissionais de saúde, que se viram obrigados a emigrar e pelo aparecimento da iniciativa privada com redes de Hospitais nas principais cidades, tendo como factor deletério a saída de muitos profissionais do sector público para o privado, dificultando a organização e as escalas, nomeadamente a nível de Cuidados Intensivos.

Serviços de Saúde Militares nos Ramos em 2003 vs Direcção de Saúde Militar e Hospital das Forças Armadas (HFAR) em 2020

• **Organização da Saúde Militar na mudança do Século**
Em 2003 ainda não se tinha operado a Reforma da Saúde Militar. Apesar da divisão de recursos existente pelos Serviços de Saúde dos 3 Ramos anota-se casos de integração, como por exemplo na área das **Doenças Infecciosas**, um acordo inter-serviços de Saúde dos Ramos para os militares da Armada e da Força Aérea, que vinha desde o final dos anos 70, dos tempos da Comissão para Integração dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CPISFA), estabelecia que competia ao Hospital Militar de Doenças Infecto Contagiosas (HMDIC), depois Hospital Militar de Belém (HMB), receber esses casos, a fim de dispensar os Hospitais de Marinha e da Força Aérea dessa diferenciação. Como contrapartida seria assegurada a colocação de Oficiais Médicos e Enfermeiros desses dois Ramos no HMDIC/HMB. Mais antiga ainda, e também com esta directriz de integração dos 3 Ramos das Forças Armadas, a organiza-

ção da **Assistência aos Tuberculosos das Forças Armadas (ATFA)** com Juntas Médicas presididas por médicos de cada um dos Ramos e que no histórico da assistência aos doentes com Tuberculose, designados por Auxiliados, chegou a ter como Hospital, em Lisboa, o próprio HMDIC.

Todo este esforço era arquivado num modelar Arquivo, clínico e militar, dedicado totalmente a esta patologia infecciosa, correspondendo a um notável memorial da Tuberculose nas Forças Armadas, incluindo todo o período das últimas campanhas de África.

Por outro lado o **Hospital Militar** sempre foi o lugar de referência, base e escola da Saúde Militar.

Em 2008 alertávamos para: "A implantação do Sistema deve ser, aturadamente, acompanhada de forma a minimizar os desfasamentos entre as medidas e os seus resultados"⁶. Eram de esperar significativos custos com a implantação do HFAR, pela intensidade tecnológica que o caracteriza, não só nos equipamentos médicos, mas também, e sobretudo, nas tecnologias que permitam pronta ligação e estabelecer interfaces entre os diversos Serviços, em tempo real (através de meios de comunicação oral, escrita e oral com imagem), sendo os custos compensados, a médio e longo prazo, pelas chamadas economias de escala.

Uma década depois, estes alertas continuam actuais por não se ter mantido o investimento prometido no designado *campus* do Lumiar, desde logo por não estar liberto de outras Unidades e por tardar a edificação de infraestruturas, pública e notoriamente apresentadas, em múltiplos registos, como desideratos pelas próprias Direcções e Chefias Militares⁷.

• Criação dos Cursos de Saúde Militar em 1998/99

No final do século passado, o SNS absorvia todos os médicos, enfermeiros e técnicos de saúde, incentivo para a resolução, da falta de quadros militares, através da criação de cursos nas Academias⁸.

A iniciativa pioneira do Exército⁹, no ano lectivo de 1998/1999, na Academia Militar foi objecto, no ano seguinte, de autorização por portaria ministerial conjunta dos Ministérios da Defesa Nacional e da Educação¹⁰, também para as Escola Naval e Academia da Força Aérea, bem como para a Guarda Nacional Republicana (GNR), na Academia Militar. Nos anos que se seguiram à abertura das Academias e Escola Naval aos Cursos de Saúde os ingressos foram significativos, com uma interrupção inexplicável, apesar de ocorrer durante os 4 anos da crise financeira de 2010-2014.

A boa recepção nas Faculdades de Medicina, nomeadamente no caso da Faculdade de Ciências Médicas¹¹ deveu-se, entre outros factores, a ter sido com o apoio dado pelos Hospitais Militares que foram ministradas,

no final dos anos 70, as cadeiras clínicas aos três últimos anos dos Cursos de Medicina. Garantidamente que, caso não se tivessem iniciado estes Cursos, hoje em dia, não haveria Serviço de Saúde Militar em Portugal.

A **Escola de Serviço de Saúde Militar**, criada em 1979, local de formação de enfermeiros e tecnologias da saúde para os três Ramos das Forças Armadas, com um prestígio notável por ter sido, também, o embrião dos cursos civis de especialização em várias áreas da Enfermagem e das Tecnologias da Saúde.

• Elos da frente - Criação do Elemento de Defesa Biológica e dos Laboratórios de Bromatologia e Defesa Biológica (nível 3)

Em 2003, não se fazia referência no artigo a algo que se esboçava como uma nova componente no Exército Português - a criação do Laboratório de Defesa Biológica, que hoje integra a Unidade Militar de Defesa Biológica e Química. Liderado pelo agora Coronel Médico Veterinário Penha Gonçalves¹², que apresentou o projecto ao General Silva Viegas¹³, tendo posteriormente o General Pinto Ramalho¹⁴, introduzido o inovador conceito de Elemento de Defesa Biológica e Química, integrando valências laboratoriais e operacionais, que ainda hoje perdura. Desenvolveram-se vários projectos de Investigação e Desenvolvimento que levaram à formação de equipas de recolha e detecção de agentes biológicos, para isso contando com as capacidades do modelar **Laboratório de Segurança Biológica, de nível 3**, onde é possível analisar as amostras com o mínimo de risco para quem as manipula.

As equipas de descontaminação efectuam investigação sobre as melhores formulações químicas a utilizar e apreendem, treinando intensamente, a prática/actuação em ambiente biologicamente agressivo.

Detentores de moderno equipamento, desde os de uso individual de diversos tipos e de recolha de amostras, incluindo *drones*, para fazer a abordagem ao material suspeito com menores riscos para o pessoal, até à microscopia electrónica, foram a primeira linha para uma intervenção imediata em 2020, sendo requisitados para lares de idosos, escolas, hotéis, repartições, com dificuldade, quase impossibilidade de a todos acorrer. Para poder responder de forma eficiente, em conjunto com os meios de descontaminação da Engenharia Militar do Exército e da Armada, foram escola de formação rápida de múltiplas equipas que permitiram efectuar os procedimentos necessários em vários pontos do país.

• Último elo - o Hospitalar

No artigo de 2003 refere-se a existência de Laboratórios de Microbiologia e Imunologia e de áreas de pressão negativa nos Serviços Clínicos.



Quartos de pressão negativa.

O Hospital Militar, primeiro de Belém e depois de Doenças Infecto Contagiosas, cresceu desde 1890 num velho convento adaptado progressivamente, até que, na transição dos anos 60 para os 70, a Engenharia Militar ombreou com as necessidades assistenciais, edificando um novo Bloco Hospitalar, com uma capacidade máxima de internamento que poderia atingir as 250 camas. De arquitectura cuidada e modelar para a prática das valências médicas com patologias do foro infeccioso permite a total separação de circuitos assépticos e infectados, garantindo por um lado a livre circulação dos profissionais de saúde com a devida protecção individual nos quartos e enfermarias de doentes e por outro lado toda a logística de abastecimento alimentar, de materiais e medicamentos em áreas designadas por limpas. ▶

Este novo conceito hospitalar, caldeado pela contingência, complexidade e forte impacto das doenças infecciosas na Saúde Pública e por inerência nos militares e seus familiares, assentou na **solidariedade da Assistência aos Tuberculosos das Forças Armadas (ATFA), para a qual todos descontavam e a cujos fundos recorreu.** Com o apoio da Engenharia Militar foram construídas **áreas de pressão negativa** no HMB, em 2001 e em 2002, provavelmente das primeiras, em tão grande extensão nos hospitais do país. Estas áreas, de grande utilidade, permitem maior protecção aos profissionais de saúde, evitando-lhes o risco de infecção, faziam parte integrante dos seguintes Serviços:

- No **Serviço de Pneumologia**, constituída por uma Unidade de Cuidados Diferenciados com 5 camas, 2 quartos de 2 camas e uma sala de técnicas broncológicas.



Sala de Broncologia em pressão negativa no 5º piso - Serviço de Pneumologia.

- No **Serviço de Infeciologia**, em 5 quartos de 2 camas e 1 sala de administração de terapêutica a doentes imunodeprimidos.

Por estas características o Hospital Militar de Belém inseria-se também nas cadeias de evacuação da gripe sazonal, não só como expoente dos meios de saúde militares mas também colaborando com a Direcção Geral de Saúde, o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços de Protecção Civil. Temos conhecimento que os equipamentos ainda se encontram em estado de recuperação com um pequeno investimento.

Actualmente os Serviços de Saúde Militares estão a ser centralizados na Direcção de Saúde Militar (DIRSAM) do Estado-Maior-General das Forças Armadas (EMGFA), da qual depende a única estrutura hospitalar exis-

tente - o HFAR, com os dois pólos: Lisboa e Porto (HFAR-PL e HFAR-PP, respectivamente).

Sempre apresentámos muitas reservas à forma como foi efectuada a reestruturação da Saúde Militar, razão da não subscrição, em representação do Chefe do Estado-Maior do Exército (CEME) - General Pinto Ramalho, do Plano Funcional do Hospital das Forças Armadas¹⁵. Relatórios recentemente elaborados apelavam a "equacionar a necessidade de reavaliar a manutenção"¹⁶ do HFAR-PP, porém verificou-se ser o socorro imediato dos idosos de diversos lares com casos positivos para Covid-19, alguns entretanto falecidos, evitando-se, pela rapidez da acção de transferência e prontidão do Hospital, o aumento do número de fatalidades. Em contrapartida, em Lisboa sentiu-se a falta da separação de um Hospital Covid-19 positivo de outro para negativos, o que teria sido possível no caso de não se ter encerrado o HMB/HMDIC, mantendo a sua vertente dedicada à Infeciologia. Esta seria a alternativa lógica e segura, ou seja, o HMB centralizaria todos os casos Covid-19 e o HFAR-PL no Lumiar, reservando-se para ser Hospital limpo de Covid-19. Note-se que Relatórios iniciais de 2006/07¹⁷ recomendavam a manutenção do HMB como retaguarda de um Hospital Militar para agudos, no Lumiar.

Perdidas estas capacidades e não tendo efectuado as obras necessárias para requalificar o edifício hospitalar que foi o HMB, apesar de, num tempo *record*, se ter preparado um Centro de Apoio Militar para doentes Covid-19 pouco graves ou assintomáticos, ficou-se muito aquém das expectativas.

Prontidão do Serviço Saúde Militar em 2003 vs 2020
Poderemos resumir a situação acima descrita, em Lisboa, na Tabela I. Constatamos que, a nível médico-militar, há duas áreas funcionais distintas que alternaram a melhor capacidade.

Elemento de Defesa Biológica

A inclusão da **Medicina Veterinária** na Direcção de Saúde do Exército, herança desde meados do Século passado, justifica-se e ganha relevo organizacional, se dúvidas houvesse, por força desta luta biológica.

Desde logo pela convergência da origem zoonótica destas doenças, a que se acrescentam as acções de descontaminação evitando a transmissão do vírus e ajudando na resolução do problema sanitário do meio ambiente envolvente, ombreado os profissionais da Medicina Veterinária com os da Saúde Humana.

Os primeiros na detecção, caracterização e higienização pré-Hospitalar, os segundos na assistência e tratamento Hospitalar.

Basta consultar outras organizações de Saúde, como, por exemplo, a nível comunitário, para comprovar esta

			SARS em 2003	Covid-19 em 2020
Frente	Elemento de Defesa Biológica	Recolha de amostras	Inexistente	Existente, com drones e efectuando recolha para testes de diagnóstico
		Descontaminação	Equipas da Engenharia Militar	Equipas de Engenharia e de Saúde colaborando com doutrina e treino de defesa biológica, consolidadas com formadores para multiplicação da capacidade
Elo Laboratorial	Laboratório de Defesa Biológica		Inexistente	Existente, com meios laboratoriais para efectuar testes (PCR) e estudos virais com Microscopia Electrónica
Elo Hospitalar	Hospital		Hospital Militar de Belém	Hospital das Forças Armadas - Pólo Lisboa
	Ramos das Forças Armadas		3 Ramos	3 Ramos
	Pressão Negativa	Salas e Quartos	1 Sala de Cuidados Diferenciados, 7 quartos e 2 salas de técnicas, sendo uma de Broncologia	1 Sala
		Total de camas instaladas	16	4

Tabela I: Resumo comparativo em 2003 e 2020 da situação da Saúde Militar, em Lisboa, para o combate à SARS e ao Covid-19, respectivamente.

inclusão da Medicina Veterinária e da Segurança Alimentar na Saúde como um todo.

Para além destes dois pilares da Saúde Militar, **Medicina e Veterinária**, junta-se o terceiro: a área **Farmacêutica**, que igualmente se destacou nesta pandemia, na área militar, através do LMPQF.

Se, em 2003, o Elemento de Defesa Biológica estava em formação e ainda não se tinha iniciado a construção do excelente Laboratório de Alta Segurança, pelo contrário, em 2020, há uma boa capacidade de reconhecimento, detecção de campo, recolha de amostras e descontaminação, sobretudo após as acções de formação de múltiplas equipas para actuarem no todo nacional e o Laboratório de Defesa Biológica, nível 3, está em pleno.

Hospitalar

Em 2003 havia uma estrutura hospitalar - o HMB capaz de receber todos os casos de doentes infectados, militares, da família militar e no âmbito de Planos de Contingência, civis, por protocolo com o SNS. Esta estrutura Hospitalar, por estar preparada para as doenças infecciosas e ter uma grande dimensão, poderia, em caso de necessidade, ser somente dedicada a uma patologia, caso a dimensão do surto assim impusesse, o que seria expectável no caso do Covid-19. Isolado dos restantes Hospitais Militares, permitiria que os outros ficassem reservados para doentes "limpos" da epidemia.

Pelo contrário, em 2020, a Saúde Militar, em Lisboa, já só tinha um Hospital, ainda muito incompleto - o HFAR-PL, pelo que, face à agressividade da Covid-19 e à inexistência de alternativa, teve de receber doentes Covid-19 e não Covid-19 o que aumenta o risco de infecção, quer aos profissionais de saúde e administrativos, quer a outros doentes, pela coexistência.

Esta situação é agravada no HFAR-PL por haver poucas camas de pressão negativa, apenas numa única sala, contrariamente ao que as boas práticas aconselham, com quatro camas juntas e sem salas de técnicas para intubação ou realização de broncologia.

Conclusões e Recomendações

Num exercício de inversão das situações especularíamos que no caso da pandemia Covid-19 ter ocorrido em 2003 o **Hospital Militar do Porto** actuaria de forma idêntica à actual, por ter mantido a mesma dimensão. Pelo contrário, em Lisboa, estávamos melhor em termos Hospitalares em 2003, não só para dar resposta à área militar como para o apoio ao SNS, ao passo que, a ocorrência da SARS em 2020, pela inexistência de casos confirmados, seria o desiderato daqueles que, de forma pouco avisada, nos últimos anos, conduziram a Saúde Militar para uma atitude redutora no HFAR-PL e condescenderam com o hiato de entradas pelas Academias Militares e Escola Naval. Mas estes surtos epidémicos ou pandémicos não escolhem a melhor ▶

oportunidade, são por natureza inopinados! Em 2003, estávamos orgulhosos pelas extensas áreas de pressão negativa inauguradas em 2001 e 2002¹⁸; agora não as podemos referir como activas. Vale, sem imodéstia, o valor que sentimos pelo contributo para a prossecução dos Cursos de Saúde Militar nas Academias, sem os quais nada existiria. Parafrazeando o 1º Ministro, Dr. António Costa, “temos de preparar-nos para o pior, desejando que aconteça o melhor”, a que Fernando Pessoa acrescentaria “eis a regra” e um velho provérbio chinês “e receba o que vier”. Neste caso de estudo, podemos dizer que “quando havia copo, não havia água, agora que há água, não há copo”. Desejável será que haja copo e água! Para isso, na área da Saúde Militar, em termos de formação há que **manter a alimentação dos quadros** de oficiais profissionais de saúde: médicos, enfermeiros e das diversas tecnologias, dando-lhes condições de trabalho e de carreira e evitando as discrepâncias entre os ramos, causa de desmotivação e saídas precoces. Noutra esfera de acção, há que **manter os elementos de Defesa Biológica e Química**, com o empenho que sempre tiveram, valorizando os militares que lá prestam serviço, com formação de base de Médicos Veterinários e Farmacêuticos, permitindo-lhes o brio e a satisfação profissional, factor crucial que os alavancou nesta situação pandémica que nos afectou. Por outro lado, há que assumir os projectos inicialmente programados, mas depois adiados, no designado **campus da saúde militar do Lumiar**, que continuam por concretizar. É urgente a construção dos edifícios em falta no **HFAR-PL**, o **Bloco Operatório** e a **Radiologia/Imagiologia**, devidamente equipados tecnologicamente, para falar dos mais focados e que, nesta situação, maiores fragilidades demonstraram. Tal como individualmente temos de dispor de defesas para a luta antiviral ou outra, também as infraestruturas têm de ter uma arquitectura, dimensão e harmonia de circuitos, para doentes, pessoas e materiais, que não facilite a presença, permanência e disseminação de agentes patogénicos, neste caso altamente virulento. Impõe-se reconhecer o **Hospital Militar de D. Pedro V**, no Porto, como uma mais valia em termos de reserva estratégica. No mesmo sentido, devemos ter a ambição de aproveitar as obras efectuadas no **Hospital Militar de Belém** para o distinguir, como construção de raiz, para a excelência da luta perante as Doenças Infecciosas, empenhando-o nessa acção, cientes de que estes males sociais podem surgir, quando menos se espera, numa profecia que se repete “como se a insegurança da Saúde Pública reavivasse permanentemente o velho mosteiro”¹⁹. ●

1. Director de Saúde do Exército de 2010 a 2016. Colocado no HMDIC/HMB de 1980 a 2002, foi Oficial-Médico, Pneumologista, Chefe do Serviço de Pneumologia, SubDirector e Director do Hospital. Em 2003, à data da publicação do artigo, dirigia o Serviço de Apoio Médico (SAMED) de Oeiras, mantendo actividade neste Serviço, como Pneumologista, de 2005 a 2020, efectuando a Consulta Externa e o apoio aos doentes internados nos pisos.
2. Alfarroba, E. (2003) Reflexos da Pneumonia Atípica, Revista Portuguesa de Saúde Militar, Ano IV, nº1:37-39 ed. Escola do Serviço de Saúde Militar.
3. Data da entrega para publicação - 21 de Maio de 2020.
4. Descrição baseada no notável trabalho que foi efectuado na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)/Serviço de Apoio Médico (SAMED) do Centro de Apoio Social de Oeiras (CAS Oeiras), do Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA), após a detecção dum caso comprovado de infecção por Covid-19, no piso 1, a 27 de Março de 2020. O doente tinha recorrido a um Hospital da área onde ficou internado, temporariamente. No seguimento da acção não foi registada nenhuma morte por Covid-19 neste Equipamento Social.
5. DGS - Direcção-Geral de Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Vol I :36, Lisboa, ed. Direcção-Geral de Saúde/Ministério da Saúde.
6. Alfarroba, E. (2008) A Reforma em Curso do Serviço Nacional de Saúde e as suas repercussões no Sistema de Saúde Militar: Lisboa, ed. Curso de Promoção a Oficial General (CPOG) 2007/2008.
7. Entrevista à agência Lusa do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA), Almirante Silva Ribeiro, em 4 de Março de 2019.
8. Entrevista ao General Cerqueira Rocha, Chefe do Estado-Maior do Exército (CEME) de 1992 a 1997.
9. Aviso 11877/98 (II série) do Diário da República, nº 169 de 24/07/1998, pág. 10.309.
10. Portaria nº 162/99 de 10 de Março, do Diário da República, nº 58 de 10/03/1999, pág. 1.325-1.326.
11. Constatação feita na primeira reunião entre a Direcção da Faculdade de Ciências Médicas - Profs. Drs. Esperança Pina e António Rendas e o Comando da Academia Militar, Generais Pires Mateus e Salgueiro Porto, estando o autor presente na qualidade de Director do Curso de Saúde Militar a iniciar.
12. Foi Director Técnico do Projecto de Investigação e Desenvolvimento: "Bioterrorismo: Segurança e Protecção" tendo depois sido SubDirector da Direcção de Saúde do Exército de 2013 a 2015.
13. Chefe do Estado-Maior do Exército (CEME) de 2001 a 2003.
14. Chefe do Estado-Maior do Exército (CEME) de 2006 a 2011.
15. Coelho, A. (Coordenador) Graça, A. Martins, E. Santana, E. Valente, S. Coutinho, S. (2011), Grupo de Trabalho para a elaboração do plano funcional do Hospital das Forças Armadas, Relatório de 15 de Março de 2011, determinado pelo Despacho nº 10825/2010 de 16 de Junho de 2010, do MDN.
16. Jorge, A. e Valente, S. (2019), Estudo de Avaliação do Sistema de Saúde Militar Relatório de 28 de Junho de 2019, determinado pelo Despacho de 14 de Março de 2019 do MDN.
17. Despacho Conjunto nº 393/2006, de 15 de Maio. Publicado no DR, II série, nº 93, de 15 de Maio, pág. 6969, que antecedeu a Resolução de Conselho de Ministros 39/2008, de 28 de Fevereiro.
18. Direcção do HMB, (2002), O Hospital Militar de Belém no Alvorecer do Novo Milénio. In Jornal do Exército, ISSN 0871/8598, Ano XLIII - Nº. 503: págs. 24-28, Janeiro, Portugal, Lisboa.
19. Alfarroba, E. (1994). Apontamentos sobre o Hospital Militar de Belém e a Pneumologia. In História da Pneumologia Portuguesa, Lisboa, ed. Sociedade Portuguesa de Pneumologia, :353-363, (ver pág. 359).

• O autor escreve consciente e intencionalmente em conformidade com as regras ortográficas da Língua Portuguesa anteriores ao Novo Acordo Ortográfico.
 • Este artigo é uma adaptação do texto publicado pelo autor na Revista Militar n.º 2620, maio de 2020, pp. 479-498.



Generis[®]
Aurobindo Group

PONTO DE NÃO RETORNO, MAS DE ESPERANÇA DE CENTRALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE NO DOENTE



Ana Sampaio

Presidente APDI - Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino, Colite Ulcerosa, Doença de Crohn

A pandemia que vivemos revelou o que há de melhor em cada um de nós. Uma situação limite que nos fez repensar e agir rapidamente em muitos processos que vinham sendo adiados por “falta de tempo”. Mas o tempo revelou-se ser de outro tempo e começamos a alinhar pensamentos e a torná-los mais práticos, atuando com rapidez como se nos colocássemos na pele do outro.

E o outro, num hospital era o doente que tantas vezes estava na sala de espera amontoado horas a fio, sem que ninguém se importasse com esse facto, que se obrigava a ir de propósito ao hospital levantar medicação num dia, noutro dia fazer análises, noutro dia a ecografia, para que ele próprio não se esquecesse que era doente. Mas o momento que cada um de nós tem vivido trouxe-nos um sentimento, antes adormecido, de **Compaixão** pelos mais idosos e pelos doentes crónicos que poderiam ser mais afetados por este vírus que alterou as nossas rotinas.

E, com **Paixão**, pusemos todos o melhor de nós em ação para criar soluções que vinham sendo adiadas e que

deverão perdurar no tempo, para bem dos mais vulneráveis, os doentes.

Os hospitais, com a ajuda de outros parceiros, colocaram os medicamentos hospitalares à porta de casa dos doentes (no seu domicílio ou na farmácia mais próxima) com a Operação Luz Verde; fizeram as tão desejadas teleconsultas que permitiram ao doente, no conforto do seu espaço, falar com o seu médico sobre a sua saúde. Assim se evitando a deslocação e a ausência ao trabalho, com duplo custo da deslocação e do desconto no salário do dia de ausência ao trabalho e, tantas vezes desnecessária pois o médico via as análises ou exames e perguntava ao doente “Como se sente?” e a conversa resumia-se desta forma: “as suas análises estão bem”, o doente respondia “eu sinto-me bem” (sinónimo de por vezes eu até me esqueço que sou doente) e depois o médico terminava com um “venha cá daqui a 6 meses”. Mas talvez até isso se possa alterar e o médico combinar, ou “ligo-lhe daqui a 6 meses” ou ainda, “envie-me um e-mail a dizer como se sente”. Noutros casos, o doente pedia um dia de férias no emprego para ir tratar da sua saúde e nada me-



lhor que um hospital para tirar um dia de férias.

O hospital não será de todo o espaço que todos desejamos para passar o nosso tempo, mas a realidade é que é no corredor e salas de espera que o doente muitas vezes se movimenta. Porque não pensarmos em como tornar mais “agradável” a estadia do doente no vosso hospital?

Já permitiram o acesso à internet em qualquer ponto do internamento do hospital, então porque não alargá-lo às salas de espera? Certamente irá permitir ao doente que “aproveite” o tempo de espera para tratar de assuntos que precisa ou até para aumentar a sua literacia em saúde. E por falar em literacia em saúde, porque não colocar naquelas televisões espalhadas pelos hospitais vídeos de literacia em saúde com legendas (muito mais inclusivo), com ensinamentos úteis para cada um dos vossos doentes e com informação dirigida para os doentes daquele serviço ou daquela consulta?

Se o vosso tempo é precioso, o tempo do doente também o é, até porque poderá em alguns casos ser bem mais curto.

E como melhorar o espaço interior do nosso hospital? Stop... parem um pouco e não pensem só pelo que acham que é o que o doente necessita.

Perguntem ao doente o que ele quer. Uma boa forma de o fazerem é chamarem a associação de doentes mais ajustada àquele tipo de cliente do serviço ou consulta e certamente irão ficar a saber o que o vosso cliente, o doente, necessita. Sim, é isso. Toda a atividade tem de se centrar nas necessidades do seu cliente, o doente. A experiência do cliente é o fator diferenciador do vosso hospital.

E, já agora, não se esqueçam do site do hospital. Um site, na era digital em que vivemos, é como se fossem as instalações do vosso negócio e por isso deve ter to-

da a informação que o cliente necessita para que a sua experiência como doente seja melhor. Desenhado por pessoas que entendem o que o cliente procura. Colocar um e-mail à disposição do doente para comunicar com o seu médico em caso de agravamento da doença, evitando a ida às urgências, um e-mail para comunicar com o secretariado para desmarcar uma consulta e remarcar para nova data ou solicitar a emissão da renovação do receituário, um e-mail para comunicar com os exames complementares de diagnóstico para esclarecer dúvidas sobre o procedimento do exame ou desmarcar e remarcar nova data... lembrem-se que o vosso cliente não quer que lhe recordem a todo o momento que é apenas doente, pois é uma pessoa que tem uma vida laboral e social que até pode ser igual à sua. Sim, porque no limite, algum dia todos seremos doentes e necessitaremos de cuidados.

Uma nota final para **Agradecer** a todos os hospitais, a criatividade e inovação colocada ao serviço dos doentes em tão curto espaço de tempo. Agora o doente necessita que seja retomada a atividade, na nova normalidade. E para saber como é a nova normalidade é necessário que coloquem essa informação à disposição dos vossos clientes, no vosso site. O doente quer de novo sentir segurança na deslocação até ao vosso hospital e, porque não enviar uma mensagem de convite ou até simplesmente relembrar (por SMS) quais as atividades que foram retomadas. A comunicação dos hospitais para com os seus clientes é, também, um fator chave para terem doentes mais confiantes e felizes. Passemos do pensamento à ação e contem com as associações de doentes. Queremos fazer parte da vossa equipa para cocriar soluções melhores para todas as pessoas que vivem com doença. No limite, cocriemos o sistema de saúde 4.0! ●

AS CRIANÇAS TAMBÉM agradecem!



Beatriz Pablo, 10 anos



Madalena dos Santos Barreiros, 12 anos



Santiago Tavares, 8 anos



Mariana Francisco, 8 anos



Manuel Gomes, 8 anos



Frederico Ramos, 9 anos



Margarida dos Santos Barreiros, 10 anos



Sofia Serradas, 9 anos



Joana Oliveira, 8 anos



Teresa Pais, 9 anos e João Pais, 5 anos



Francisco Machado Cruz, 9 anos



Francisco Proença, 8 anos

ADAPTT – INTELIGÊNCIA DOS DADOS: QUANDO E PORQUÊ?



Ricardo Gil Santos
MsC em Engenharia Industrial e Gestão
Head of Healthcare Business Consulting, Glintt

A pandemia Covid-19 trouxe, está a trazer, e irá ainda trazer a muitos setores de atividade, um disruptivo abreviar no tempo que seria necessário para a adoção de várias transformações anunciadas e de outras tantas transformações que surgiram exatamente pelo contexto de pandemia. Estas últimas podem, ou não, estabelecer-se como novos paradigmas culturais numa realidade mais semelhante à que vivíamos, mas das primeiras, muitas vêm para ficar. Nesse sentido, está a ser aliciante acompanhar como a tecnologia tem sido requisitada e como tem contribuído nos mais diversos desafios.

Setor da saúde, uma transformação digital bastante silenciosa

Apenas entrecortada pelo ruído esporádico de um conjunto de líderes digitais, que pretendiam contribuir para a evangelização do setor e para a adoção de novos paradigmas de “fazer saúde”, esta transformação digital deu lugar a uma mais ruidosa manifestação de norte a sul das mais-valias da tecnologia, nas mais variadas vertentes. Tome-se o exemplo da digitalização de circuitos e processos e a segurança que isso permite, passando pela adoção da telessaúde como mecanismo para conter o efeito de acompanhamento perdido durante o pico na resposta à pandemia, até à procura de soluções tecnológicas para uma efetiva otimização de processos, colocando o digital como *enabler* para o encurtar de passos desnecessários.

Efetivamente, a adoção de tecnologia é, antes de mais, um processo de transformação que implica mudança

e a mudança implica pessoas, predisposição, liderança, tempo, confiança, ou uma situação bem mais extrema, como uma pandemia. Veja-se, a título de exemplo, como as principais barreiras para a adoção da telessaúde, identificadas há um ano na 1ª edição do Barómetro de adoção de telessaúde e inteligência artificial no sistema de saúde¹, foram ultrapassadas nos últimos dois meses. Sempre que somos colocados perante uma situação nova, surge invariavelmente um conjunto de novas questões - ou o conjunto das velhas questões formuladas com novas restrições e variáveis. No caso concreto da pandemia, a questão de como organizar e dimensionar os sistemas de saúde a nível mundial, o exercício de quantificar a sua efetiva capacidade de resposta e a competência para, de forma ágil e quase contínua, os reorganizar foi uma das velhas questões que ressurgiu; porém, agora, com novas variáveis e com um cronómetro altamente exigente.

Modelos de pensamento e sistemas de decisão

No livro “Pensar depressa e devagar”², Daniel Kahneman - prémio nobel da economia em 2002, baseado nos estudos conduzidos juntamente com Amos Tversky, explora os nossos dois modelos de pensamento: o sistema intuitivo (rápido) e o sistema analítico (devagar). Kahneman formula no conceito WYSIATI (*what you see is all there is*) a nossa propensão para concluir factos com muita certeza, mas com base numa informação altamente limitada.

Por sua vez, no livro “Factfulness”³, Hans Rosling, mostra-nos como o nosso sistema de decisão é, muitas vezes, enviesado e em particular como este “saltar para

conclusões” produz mentiras involuntárias, mesmo quando temos todos os dados disponíveis. Hans Rosling alerta assim para 10 efeitos de “distorção” (e respetivos “antídotos”) que podemos incorrer nas conclusões que tiramos, mesmo a partir dos números, e que influenciam o nosso pensamento: fosso (desconfiar de comparações de medias e extremos), negatividade (recordar sempre que um progresso gradual não é notícia), linha reta (não presumir linhas retas quando analisamos tendências), medo (não esquecer que o risco resulta do produto entre perigo e exposição), tamanho (comparar, recorrer ao método 80/20 e dividir), generalização (procurar diferenças dentro dos grupos e entre grupos), destino (acompanhar as melhorias graduais), perspectiva única (testar as nossas ideias com quem discorda de nós), culpa (procurar causas e não culpados) e urgência (insistir nos dados e desconfiar de quem dá previsões sem intervalos de confiança).

No contexto da pandemia muitas decisões tiveram de ser tomadas e os diversos efeitos de distorção, bem como os variados mecanismos de pensamento para as concretizar sobressaíram. No que Kahneman identificaria como uma resposta do sistema analítico de pensamento e tomada de decisão perante uma situação nova, a comunidade médica e científica publicou vários estudos clínicos e revisões baseadas na evidência sobre as mais variadas perspetivas clínicas da doença; no campo da gestão surgiram também novas ferramentas de apoio à decisão, entre elas a ferramenta ADAPTT⁴, desenvolvida pela Glintt em parceria com a APAH.

Esta ferramenta, adotada pela Organização Mundial de

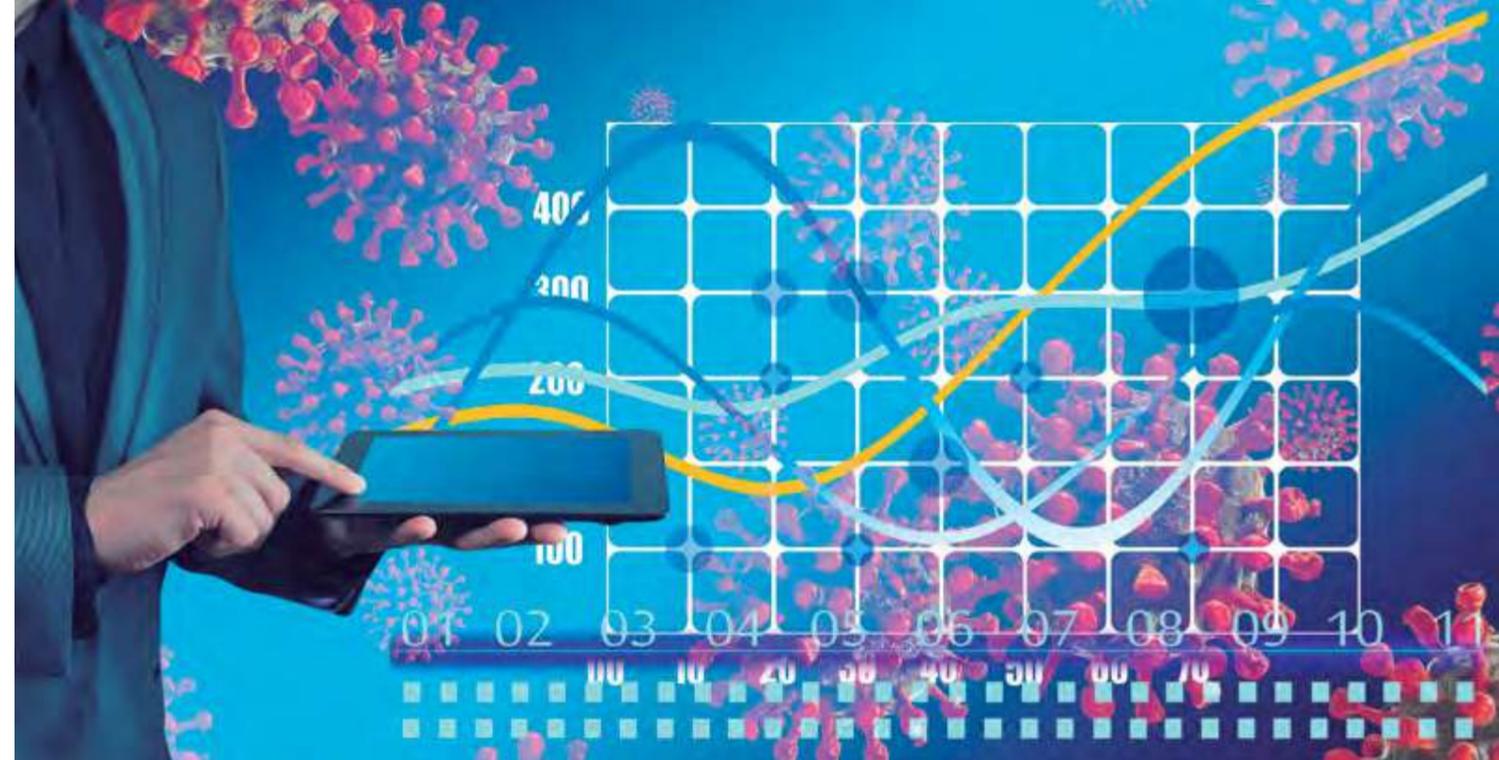
Saúde em abril, está ao dispor dos vários países como instrumento global para fazer face ao complexo exercício de planeamento de recursos fundamentais no contexto da resposta à Covid-19. Ao permitir i) testar cenários de evolução da pandemia ao longo do tempo e o efeito de medidas de mitigação ou supressão em função da data de entrada em vigor, que, por sua vez, despoletam ii) a avaliação de cenários de utilização dos vários tipos de camas - moderado, grave (oxigenoterapia) e crítico (incluindo ventilação mecânica, terapia de substituição da função renal e oxigenação por membrana extracorpórea) - bem como iii) as necessidades dos recursos humanos por competência, enquanto apresenta o efeito da quarentena destes mesmos profissionais de saúde, este tipo de ferramentas de apoio à decisão têm o poder de simplificar o processo de decisão, de o robustecer, de o clarificar e de o tomar mais homogéneo.

De facto, com o recurso a complexos modelos de apoio à decisão, uma decisão complexa, multi objetivo, que incorpora muitas variáveis e diversas restrições pode ser tomada de forma mais rápida, mais informada e mais simples por parte do decisor.

Case study: gestão de um bloco operatório

A gama de técnicas de *advanced analytics* disponíveis para resolver desafios complexos a partir dos dados e da sua modelação, pode ser agrupada em cinco grandes vetores:

1. Descritivas, em que olhamos para os dados do passado e percebemos o que aconteceu;
2. Diagnóstico, em que cruzamos variáveis e percebe-





OUTRO FATOR QUE ATRASA O PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO É UMA CERTA ILUSÃO DE DICOTOMIA ENTRE O NEGÓCIO (ÁREAS CLÍNICAS OU DE GESTÃO DO HOSPITAL) E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA. ESSA DICOTOMIA ARTIFICIAL CRIA UMA FALTA DE APROXIMAÇÃO QUE DIFICULTA A EXISTÊNCIA DE UMA LINGUAGEM COMUM.



mos porque algo aconteceu;

3. Preditivas, em que avaliamos o que poderá acontecer;

4. Prescritivas, em que os modelos nos ajudam a decidir o que devemos fazer;

5. Transformacionais, em que implementamos paradigmas de gestão e planeamento *analytics-driven*.

Ao ligarmos estes cinco momentos a um caso de estudo como a gestão de um bloco operatório - elemento altamente complexo do ponto de vista de gestão e organização - percebemos que nos dois primeiros vetores estamos a olhar para o passado e a responder a perguntas como: quantas cirurgias efetuamos, ou qual foi a duração média dessas cirurgias, ou o que levou a um dado cancelamento, ou ainda quais foram os fatores que contribuíram para um subaproveitamento da capacidade instalada. Pontos estes que são os tipicamente respondidos por sistemas de *business intelligence* (BI). Por sua vez, se quisermos responder a perguntas como “quantas horas de cirurgia representa a nossa Lista de Inscritos para Cirurgia de cada especialidade” ou “qual será a duração e a variabilidade da duração de uma dada cirurgia e recobro”, necessitamos de recorrer a métodos de previsão, sejam eles do domínio da estatística clássica ou dos modelos de *machine learning* (tipicamente no domínio de *supervised learning* dado

tratar-se de um problema de regressão).

Mas, ainda assim, ficamos sem apoio para decidir como poderíamos proceder a uma distribuição mais eficiente dos tempos operatórios, ou que tempos operatórios reabrir neste momento de SNS Dual⁵ e quando, ou como elaborar um agendamento mais eficiente e mais abrangente que, no mínimo, considere os *drivers* tempo e variação do ato anestésico, do procedimento cirúrgico e do recobro.

Para responder a este problema multiobjetivo, em que, por exemplo, podemos procurar minimizar a probabilidade de acontecer um cancelamento, enquanto procuramos maximizar a utilização do tempo operatório, podemos recorrer a modelos prescritivos, como modelos de otimização e de simulação.

Por último, se quisermos colocar tudo isto em prática e gerar melhorias de eficiência significativas e que permitam com os mesmos recursos chegar a mais doentes em espera - o que é particularmente pertinente num momento em que a pandemia causou uma quebra de cerca de 40% nas cirurgias realizadas face ao período homólogo⁶, então necessitamos de *analytics* transformacional. Isto é, levar as entidades para um novo paradigma de organização, em que os problemas reais deixam de ser simplificados para caberem em decisões departamentais e isoladas. Desta forma, passamos, o mais possível, a considerar no processo de resolução, a total extensão de variáveis do problema real, o que requer uma visão centralizada do processo de decisão global.

Ora, a utilidade deste tipo de ferramentas, tanto no desenho de uma estratégia de rede de hospitais e cuidados de saúde primários, como no apoio ao planeamento de recursos, ou até no exercício diário de manter uma solução ótima, tem um valor inquestionável. Todavia, a sua adoção na área da saúde tem sido muito mais lenta do que noutros setores, como o da tecnologia, o do retalho, o da distribuição, ou o da aviação. Estará Portugal bem posicionado para acelerar esta adoção e os benefícios que dela advêm?

“Portugal é para mim uma marca no *digital health*”

Em Inglaterra, lembro-me de ouvir um administrador de uma área cirúrgica de um hospital do NHS dizer: “Portugal é para mim uma marca no *digital health*. Quando os enfermeiros portugueses vêm trabalhar para Inglaterra, temos de os ensinar a usar papel outra vez!”. Se temos os dados, se fizemos o caminho de digitalizar, se o continuamos a perseguir nas áreas mais atrasadas, porque é que não usamos esses dados e os modelos de apoio à decisão atualmente disponíveis para planear os recursos com mais eficácia, gerando mais eficiência?

Particularidades do setor que contribuem para que a adoção não seja mais profunda e transversal

Em primeiro lugar há, neste setor, um maior desconhecimento de que estas ferramentas de *advanced analytics* existem e do que potenciam e, assim, os complexos desafios de gestão que a saúde tem para resolver continuam afastados destas soluções. A escassez de talento nos domínios de *data science* em geral e a especificidade dos conceitos, dados e processos do setor da saúde são também condicionantes à adoção dentro das organizações.

Por outro lado, aquilo que na área da saúde seria a natural multidisciplinaridade entre a gestão de operações, como disciplina do conhecimento, e a componente clínica que está presente em quase todas as áreas dentro de um hospital (Farmácia Hospitalar, Bloco Operatório, Recursos Humanos), não se verifica, observando-se ao invés uma certa atitude histórica para que essa multidisciplinaridade não tenha um reflexo prático na forma como a tomada de decisão de planeamento ocorre. Outro fator que atrasa o processo de transformação é uma certa ilusão de dicotomia entre o negócio (áreas clínicas ou de gestão do hospital) e os sistemas de informação e tecnologia. Essa dicotomia artificial cria uma falta de aproximação que dificulta a existência de uma linguagem comum, de uma visão comum, acabando por não se tirar partido de uma complementaridade óbvia. A falta de uma arquitetura de referência e de standards para armazenamento e comunicação dos dados, dos mais de 90 sistemas de informação existentes⁷, dificulta o processo de, após digitalizar uma dada área, retirar todo o potencial dessa digitalização, não deixando latente o potencial de ligar esses dados aos restantes dados da organização. Tal resulta num baixo retorno para os profissionais de saúde e gestores do esforço de implementação da digitalização dos processos.

Estes pontos podem ser resumidos na ausência de uma agenda estratégica para o hospital inteligente, o que coloca as instituições do Serviço Nacional de Saúde, a academia, as ordens profissionais, os gestores hospitalares e os parceiros tecnológicos desfasados nas prioridades em que cada ator está focado em cada momento.

Acelerar é preciso. A adoção de *advanced analytics* no campo da gestão de operações do SNS

Uma forma de iniciar ou acelerar este processo poderá residir na adoção de *advanced analytics* no campo da gestão de operações do SNS - gestão logística, distribuição, bloco operatório, área financeira, recursos humanos, consulta, hospital de dia, internamento. Ao iniciar-se o caminho por estas áreas, abrir-se-á espaço para casos de uso relevantes do ponto de vista de negócio que tomem claro o real valor da abordagem, que envolvam o maior número de classes profissionais distintas, que possam ser disseminados internamente, que

criem cultura, que criem confiança, que criem líderes internamente, mas que identifiquem barreiras, que criem *lessons learned* em cada implementação e que abram um novo caminho para a exploração e implementação de métodos semelhantes na área de gestão clínica.

A jornada: constrangimentos e desafios

Nesta jornada iremos tropeçar nalguns constrangimentos, ou mitos, que passam por temas conhecidos e que surgem quase sempre quando se fala da inteligência dos dados e da sua massificação na saúde.

O primeiro será o da fraca qualidade dos dados. Até termos um real uso dos dados para facilitar os vários processos de decisão dos profissionais de saúde - para alertar situações clínicas potencialmente adversas, para agendar atividade de forma sincronizada e centrada no utente, entre outros, a digitalização não chega a cumprir o seu papel e, como tal, os profissionais encaram muitas vezes os dados a recolher como mais burocracia e tempo despendido. Uma vez iniciado o percurso de adoção de *advanced analytics* será mais fácil implementar iniciativas que levem a melhorar a qualidade dos dados, algumas delas levando também, paradoxalmente, à diminuição do tempo despendido para o seu registo.

Outra perspetiva que trava a adoção é a da desconfiância. Se muitos destes modelos têm por base análises preditivas, como no caso da ADAPTT, este tipo de solução não pode também errar? Sim, claro que sim. Como lapidou George Box, estatístico britânico, “All models are wrong, but some are useful”.

Não se trata, portanto, de garantir que os modelos vão acertar; trata-se “apenas” de garantir que o modelo é útil à tomada de decisão e, com isso, com a sua capacidade de percorrer e testar milhões de alternativas impossíveis a um cérebro humano de computar, contribuir para melhores decisões em saúde. ●

1. APAH, ENSP e Glintt. “Relatório final do Barómetro da Adoção da telessaúde e Inteligência Artificial no Sistema de Saúde”. 2019.

https://apah.pt/wp-content/uploads/2019/02/BTIA_RelatorioFinal_08_correcc35.pdf

2. Kahneman, Daniel. “Pensar depressa e devagar”. Temas e Debates.

3. Rosling, Hans; Rönnlund, Anna; Rosling, Ola. “Factfulness”. Temas e Debates.

4. Ferramenta disponível em: <https://euro.sharefile.com/share/view/scef08a92a-9d43b68/fo62fb4f-ba90-4a9a-a0e7-7c98dea86b9a>

5. Lourenço, Alexandre in Público. <https://www.publico.pt/2020/04/16/sociedade/opiniao/nova-etapa-atraves-sns-dual-1912332>, consultado em 24 de maio de 2020.

6. <https://www.publico.pt/2020/04/30/sociedade/noticia/cirurgias-programadas-caem-40-telemedicina-bate-recordes-1914508>, consultado em 24 de maio de 2020.

7. APAH, “Business Intelligence no SNS: Principais Desafios”, 2019.

COVID-19: A REVOLUÇÃO NA TELESÁUDE



Luís Goes Pinheiro
Presidente do Conselho de Administração
da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde,
EPE

A Patrícia chegou à sala de espera, mas o médico ainda não estava disponível. Aguardou uns minutos... E aí está o Dr. Mealha, pronto para a consulta, que se fez de rotina desde aquele ataque de asma aos cinco anos. A história da Patrícia seria igual a tantas outras, não fosse esta consulta ser feita à distância, pela RSE Live, a plataforma de teleconsultas da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, lançada no dia 17 de abril, em Ovar, mostrando que a tecnologia pode ser o antídoto das cercas sanitárias. De facto, essa data marcou o início de uma nova era: foi a primeira vez que ocorreu uma teleconsulta com imagem entre um utente e o seu médico, situados em locais diferentes, no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Até aqui, as teleconsultas estavam circunscritas ao relacionamento entre profissionais de saúde, normalmente entre um médico de medicina geral e familiar, acompanhado pelo utente, e um médico especialista. São diversas as plataformas que possibilitam estas operações, tendo a PDS Live, da SPMS, nascido em 2016. Estas ferramentas, no seu conjunto, já permitiram a realização de mais de 100 mil teleconsultas no SNS. No entanto, era preciso ir mais longe, tirando partido destes mecanismos para facilitar o acesso aos cuidados de saúde, simplificar a vida de todos os envolvidos, dispensando deslocações e tarefas inúteis, e poupar recursos.

A recém-criada RSE Live veio dar esse salto em frente, rumo ao futuro, impulsionando decisivamente as te-

leconsultas, tomando-as uma modalidade normal do relacionamento entre os utentes e os seus médicos, trazendo, ainda, vantagens evidentes quando comparada com plataformas semelhantes que existem no mercado. A RSE Live não é apenas uma ferramenta de videoconferência. É uma ferramenta de teleconsulta. E dá, por isso, garantias de segurança aos utentes e aos profissionais, pois exige a autenticação com Chave Móvel Digital (CMD), e de grande simplificação do trabalho destes últimos, por estar integrada com os principais instrumentos usados pelos profissionais de saúde como, por exemplo, o Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e o SClínico CSP e Hospitalar. Sendo uma ferramenta de utilidade evidente, não poderia ter nascido em momento mais oportuno: no contexto marcado pela pandemia da Covid-19. Numa época de confinamento e de limitação dos contactos sociais, as soluções que facilitam o acesso aos cuidados de saúde, sem obrigar a deslocações dos utentes, são muito bem-vindas. E a RSE Live tem sido muito bem recebida. São já 32 os locais onde se encontra disponível e o alargamento será muito acelerado, sendo previsível que beneficie mais de 100 locais até ao final da primeira semana de junho. Para beneficiar do serviço, o cidadão, a quem foi marcada uma teleconsulta, deve estar registado na Área do Cidadão do Portal do SNS e dispor de um computador com ligação à internet, de câmara e de microfone. No dia e na hora da teleconsulta, deve entrar na Área do Cidadão, aceder à teleconsulta agendada e aguardar a chegada do médico.

Durante a consulta pode comunicar com o médico através de voz, texto e vídeo, mostrando os exames que, eventualmente, tenha, partilhando-os no ecrã. Todavia, para permitir que esta ferramenta funcione em pleno, não basta que esteja disponível nas unidades de saúde e que os utentes a queiram usar. É preciso que estejam reunidas as condições para esse efeito. Se é certo que as exigências técnicas não são de grande dimensão, é importante ter em conta que nem todos os cidadãos têm este tipo de equipamentos em casa, pelo que estão em estudo soluções para minimizar estas dificuldades, tirando partido de parceiros de proximidade, que deverão, necessariamente, acompanhar a generalização do uso da teleconsulta. A maior dificuldade parece resultar, contudo, do ainda incipiente uso da CMD. O caminho trilhado tem sido o da capacitação do SNS com as competências para a ativação de CMD e o acompanhamento dos utentes menos experimentados, numa parceria entre a SPMS e a Agência para a Modernização Administrativa (AMA), com resultados muito interessantes. Alargam-se, assim, os locais onde o utente pode ativar a sua CMD, facilitando a sua generalização. Neste momento, todos os ACeS têm pessoas habilitadas a proceder àquelas operações, estando em curso a capacitação de elementos dos gabinetes dos utentes sediados nos hospitais. Além disso, é fundamental garantir que a RSE Live servirá com bom desempenho os seus destinatários. Assim, foi já duplicada a capacidade da infraestrutura tecnológica de suporte à plataforma e está em curso a evolução da Rede Informática da Saúde (RIS) para garantir que nenhum ponto tem menos de 40 Mb/s e que todos são servidos por uma ligação dedicada de fibra ótica. A migração da RIS começou no dia 11 de maio e terminará em julho. É também essencial dotar as unidades de saúde das infraestruturas necessárias, pelo que, entre abril e maio, foram distribuídos, de norte a sul do país, cerca de oito centenas de kits de telessaúde para equipar os Cuidados de Saúde Primários com câmaras de filmar e microfones, instrumentos essenciais para as teleconsultas. A formação dos profissionais também é crítica e, em tempos de Covid-19, o *webinar* será o meio preferencial. O primeiro decorreu no dia 13 de maio e contou com 970 participantes. A Patrícia beneficiou da teleconsulta e muitos outros têm usufruído dos diversos canais e meios de acesso à saúde à distância que, durante este período, têm sido criados ou reforçados, em concretização do Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022. Este guião estratégico foi aprovado em 7 de outubro de 2019 e estabeleceu 6 eixos estratégicos e 12 medidas até 2022, para consolidar e esca-

lar a prática da telessaúde em Portugal. Um dos melhores exemplos do que tem sido feito é o reforço do SNS 24 que, desde o final de fevereiro, tem vindo a consagrar-se como a porta de entrada do SNS, dispensando as visitas desnecessárias às urgências, tendo permitido atender, só em março, cerca de 300 mil pessoas. Para responder a este acréscimo de procura súbita e inesperada foi necessário promover diversas intervenções tecnológicas, como a que permitiu decuplicar o número de chamadas em simultâneo, desenvolver serviços inovadores, como *bots* com reconhecimento de linguagem natural e algoritmos específicos para alguns sintomas da Covid-19, e reforçar os recursos humanos e materiais, como o crescimento de menos de mil para mais de 1.400 profissionais de saúde e a instalação de um novo *call center* situado no Algarve. Desde o passado mês de abril, está também disponível no SNS24 um serviço de aconselhamento psicológico, patrocinado pela Fundação Calouste Gulbenkian e construído com o apoio da Ordem dos Psicólogos Portugueses, que permitiu atender mais de 1.000 profissionais de saúde e cerca de 11.000 outros utentes. Desde dia 21 de abril, os cidadãos surdos passaram a poder aceder à plataforma de vídeo, disponível no sítio eletrónico www.sns24.gov.pt, e a beneficiar do atendimento do SNS24, intermediados por um intérprete de língua gestual portuguesa.

Outra novidade, nascida a 26 de março, foi o Trace Covid-19, a ferramenta que vai assumindo o lugar de principal sistema de gestão da pandemia. Esta nasceu para permitir o registo e a gestão das vigilâncias dos doentes suspeitos de Covid-19 pelos médicos de saúde pública e, mais tarde, pelos seus médicos de família, tendo já possibilitado registar mais de um milhão de vigilâncias. Ora, estas vigilâncias consistem em contactos telefónicos diários entre os médicos e os suspeitos de Covid-19, o que tem contribuído muito para a tranquilidade destes doentes, assegurando que permanecem nas suas habitações, para a deteção precoce de situações de agravamento da doença, para a presença do menor número possível de pessoas nas unidades de saúde e para o estabelecimento eficaz de cadeias de contágio. É, pois, um excelente exemplo de telessaúde. A Covid-19 fez a telessaúde entrar na vida de todos. As pessoas reclamam mais e melhores soluções e, felizmente, estas solicitações não vão abrandar e vão contribuir para que continuemos a crescer. Compete-nos, agora, garantir que este período triste da história seja também um momento de concretização de oportunidades. A tecnologia torna possível a prestação de cuidados de saúde à distância e isto, hoje, é um facto. Mas jamais poderemos esquecer que, atrás das máquinas, estão as pessoas de sempre. ●

A ESCOLA NA RESPOSTA À PANDEMIA



Alexandre Abrantes
Sub-Diretor da ENSP-NOVA



Carla Nunes
Diretora ENSP-NOVA



Rui Santana
Sub-Diretor da ENSP-NOVA

Onovo contexto em que vivemos, provocado pela disseminação do vírus SARS-CoV-2, veio alterar de forma significativa a forma como nos relacionamos em termos laborais, afetivos e sociais. As implicações deste fenómeno abrupto são muito visíveis, mas serão ainda mais substanciais e impactantes num futuro próximo.

O papel da Ciência no combate a esta situação é essencial, não só como dinamizador de todas as descobertas necessárias perante um elemento desconhecido, mas também como um parceiro credenciado, de confiança e independente que se afirma num espaço do conhecimento público que vive num ambiente fértil para a proliferação e apropriação de falsas verdades através de mecanismos de divulgação rápidos e globais. Sendo esta pandemia (e todas as pandemias, claro está) um problema de Saúde Pública, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-NOVA) assumiu o seu papel de referência a nível nacional.

Este posicionamento resulta não só das suas reconhecidas capacidades científicas, técnicas e académicas, mas também da sua própria iniciativa, em assumir a responsabilidade social - central na sua missão - que tem enquanto entidade geradora de conhecimento na área da Saúde Pública portuguesa e no desenvolvimento de evidência para o apoio ao processo de tomada de decisões do nosso governo.

Dada a magnitude deste problema da Saúde Pública, a resposta estratégica da Escola estruturou-se no desen-

volvimento de um projeto de investigação multidisciplinar, abrangente e prioritário denominado **Barómetro Covid-19**. Este projeto pretende contribuir, em tempo útil, para os desafios impostos por esta pandemia global. A equipa de trabalho é composta por uma equipa multidisciplinar de cerca de 30 docentes, investigadores e alunos com formações diversas, como médicos, epidemiologistas, estatísticos, sociólogos, psicólogos, economistas e gestores. Alguns destes colaboradores juntaram-se voluntariamente a este projeto.

O Barómetro Covid-19 da Escola é composto por quatro áreas científicas que se complementam e interrelacionam: o Opinião Social, um questionário longitudinal que apresenta até ao momento um volume de mais de 170 000 respostas válidas e onde se pretende acompanhar a perceção da população em geral relativamente às principais questões sobre a pandemia; a Epidemiologia da Covid-19, que inclui a evolução da curva pandémica através de técnicas de modelação; as Políticas e intervenções, área onde nos encontramos a medir as ações dos diferentes países, o impacto da Covid-19 nos indicadores de saúde e na resposta dos serviços de saúde e; a Saúde Ocupacional e Ambiental: focada nos efeitos que a pandemia pode causar nos trabalhadores (profissionais de saúde num primeiro momento) e nas alterações das condições de trabalho (particularmente no teletrabalho, num segundo momento).

Até ao momento foram produzidos 23 relatórios técnico-científicos (*working papers*), 3 artigos científicos publicados e outros 3 encontram-se em revisão. De entre as candidaturas a *calls* competitivas, da primeira fase

da Fundação para a Ciência e Tecnologia, a Escola viu os seus 4 projetos que foram submetidos financiados (em mais de 300 candidaturas). Outras candidaturas a outras *calls* no âmbito da resposta ao Covid-19 foram elaboradas e aguardam os resultados.

O esforço de divulgação dos resultados da investigação realizada tem sido evidente nas diferentes participações públicas em órgãos de comunicação social. Entre estas salienta-se a iniciativa de comemoração da semana da Saúde Pública. No âmbito da *European Public Health Week*, a ENSP-NOVA realizou um acordo com o jornal Público, onde diariamente durante uma semana foram publicados textos de docentes da Escola sobre os temas definidos pela ASPHER (Associação Europeia das Escolas de Saúde Pública). Coincidindo com a publicação do último texto os autores reuniram-se num *webinar* para discussão dos temas em direto e em comunhão com os leitores do Público. Foi mais uma ação de divulgação da Saúde Pública, completamente aberta à população, ao sistema de saúde, à comunidade e aos decisores em Saúde Pública.

O conjunto de ações desenvolvidas conta com a presença de todos. Os *alumni* são agentes ativos da comunidade ENSP-NOVA e a sua colaboração, nas mais diferentes formas, é fundamental. Em particular o trabalho desenvolvido pelos Administradores Hospitalares, acumulando conhecimento e experiência numa resposta em primeira linha, é complementar para a edificação do binómio prática e ciência, que a Escola sempre valorizou nas suas atividades. Por outro lado, a importância do estado de arte científico e a formação em Saúde Pública nunca se tornou tão nítida, o *business* de todos nós centra-se nestes dias na prevenção da doença e a promoção da saúde das populações, mas também nos serviços de saúde e nas políticas em Saúde, sendo a Academia e os Administradores Hospitalares pilares fundamentais nesta resposta coletiva.

O acompanhamento destas atividades pode ser consultado no site <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/>, e a participação de toda a comunidade da Escola é muito bem vinda.

Contribua connosco para este movimento. ●



Conte connosco. Sempre.

Com mais de 50 anos de experiência, o ITAU assume atualmente uma presença impar na área da Saúde, prezando sempre pela qualidade e excelência do serviço prestado.

Servimos diariamente mais de 150.000 refeições e garantimos toda a capacidade técnica, experiência e dedicação dos nossos colaboradores para cuidar da alimentação, saúde e bem-estar dos nossos clientes, utentes e visitantes.



LEMBRO-ME DE NEMÉSIO NO "VERBO E A MORTE"



Delfim Rodrigues

Coordenador do Programa Nacional de Implementação das Unidades de Hospitalização Domiciliária nos Hospitais do SNS, Vice-Presidente da APAH

A morte é a foz da vida e nesse sentido existe uma continuidade em direção ao infinito, tal como o rio em direção à foz. Nemésio tinha uma visão muito ontológica da vida. A questão do ser, que é fundamental na nossa atividade de profissionais de saúde.

Na nossa atividade qual é a centralidade? É o ser, a ontologia, a sustentação da ética e da deontologia, o "ontos" e no caso concreto o doente, a sua família e o outro ser o outro "ontos" igualmente importante e determinante que são as equipas profissionais de saúde.

Os seres humanos hoje assumem hoje uma nova centralidade a partir da sua casa.

Durante muitos anos, até um passado muito recente, as casas serviam as necessidades básicas, em termos de infraestrutura dessas mesmas necessidades. Hoje, são centros de decisão em termos de superestrutura (à medida da condição económica e social de cada pessoa). Não precisamos de ir uma sala de espetáculos, por exemplo para assistir um filme, muitos de nós porventura nem se lembrarão da última vez que o fizeram. Para fazermos compras, transações bancárias, trabalhar numa boa parte do sector dos serviços. As nossas casas assumiram uma nova centralidade.

A questão que naturalmente nos deve interrogar é porque é que não havemos de receber cuidados de saúde em casa.

Só conheço dois grandes estabelecimentos, fomos nós que os inventámos, por conseguinte não foram

uma criação divina, não temos de nos queixar a Deus, que são prisões e hospitais onde nós concentramos grandes grupos de pessoas, as prisões e os hospitais. Os hospitais nasceram fruto de grandes concentrações tecnológicas, depois naturalmente evoluído em cada época, fundamentalmente em termos de um conceito pós-revolução industrial, em que nós necessitamos de concentrar meios para tratar pessoas. Ainda hoje falamos na indústria hospitalar. Os Hospitais não são uma indústria, ainda que disponham de muitos processos industriais. Os Hospitais são um Serviço e isso marca a grande diferença em relação à distribuição do mesmo.

É-nos indiferente saber onde os bens, do setor primário e secundário são produzidos, se depois são colocados à nossa disposição, mas não nos é indiferente saber onde é o nosso barbeiro, o nosso mecânico, o nosso multibanco, o nosso Centro de Saúde, o nosso Hospital de primeira linha.

Estamos a falar de serviço e nos serviços não há um processo de "fabricação". Se repararmos, em termos industriais temos três fases:

- Produzir;
- Produção;
- Produto.

E na prestação de serviços?

- Servir;
- ?;
- Serviço.

Então qual seria a função do "meio" que falta, a fun-

ção de produção de um serviço?

De facto, a prestação do serviço é um momento mágico de experiência única e irrepetível, de interação entre uma pessoa e outra ou um conjunto de pessoas e por conseguinte não é indiferente o local da prestação de serviço e daí também a relevância de sermos internados em casa.

As referências à hospitalização domiciliária remontam a 1947, no pós-guerra nos Estados Unidos, no Hospital Montefiore, NY Bronx, determinada pela falta de camas para internar doente, começaram a optar por internar em casa.

À medida que a experiência foi avançando foram medindo resultados, que se demonstravam claramente mais favoráveis em relação aos doentes tratados em casa, por contraposição aos tratados no Hospital. Essas avaliações perduraram no tempo e felizmente também são realizadas no nosso Serviço Nacional de Saúde.

Os *out comes* que temos verificado no SNS, estão em linha com o *benchmarking* e a literatura internacional sobre a matéria.

Em termos de síntese:

- 24% redução taxa de mortalidade;
- 30% redução das taxas de reinternamento;
- 95%/100% de grau de satisfação de doentes e famílias;
- Ausência de infeção hospitalar;
- Maior agregação das equipas de saúde.¹

Grande parte das taxas de reinternamento dos nossos doentes, advém do facto de não disporem de uma abordagem holística, integrada em todas as componentes da saúde e da doença que fazem esta abordagem integral.

As nossas equipas multidisciplinares de hospitalização domiciliária e de acordo com os relatórios de avaliação, despendem em média 45m em casa dos doentes, tirando partido das diversas competências que as integram, realizando por essa via trabalho de:

- Educação e prevenção;
- Diagnóstico e tratamento;
- Reabilitação.

O Professor Covinsky, internista, Universidade da Califórnia, adianta que um terço dos doentes com mais de 70 anos e mais de 50% com 85 anos, têm alta dos Hospitais com estatuto de saúde agravado em relação ao momento da admissão. Por sua vez sabemos que esses mesmos doentes com mais de 85 anos nos 30 dias pós alta:

- 30% entram em declínio funcional;
- 20% morre;
- 40% necessita de cuidador a tempo inteiro, por referência à data de entrada no Hospital.²



A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NÃO É UMA CONTINUIDADE DE CUIDADOS, AINDA QUE SE INTEGRE E SE CONJUGUE COM TODOS OS CUIDADOS PRESTADOS PELO SNS.



Por vezes argumenta-se que esta modalidade de internamento só é válida para zonas ou para determinadas regiões que tenha uma composição social acima da média, nada demais errado.

O que nós assistimos nomeadamente em Espanha, Dinamarca e Holanda é que estes programas com maior sucesso, são desenvolvidos nas zonas consideradas mais deprimidas do ponto de vista económico e social. A Hospitalização Domiciliária não é uma continuidade de cuidados, ainda que se integre e se conjugue com todos os cuidados prestados pelo SNS.

A NOC da DGS, elaborada com o concurso de várias associações e sociedades científicas e publicada em 21 de dezembro esclarece e enquadra claramente o programa.

Os critérios clínicos, sociais e geográficos para a HD são os seguintes:

- Aceitação voluntária da hospitalização domiciliária, com a assinatura de um consentimento informado por parte do doente e/ou representante legal;
- Existência de um diagnóstico clínico que requerendo internamento apresente estabilidade clínica de acordo com a *legis artis*;
- Situação clínica transitória (doença aguda, ou crónica agudizada), e comorbidades controláveis no domicílio;
- Existência de um cuidador (facultativo para o doente autónomo nas atividades de vida diária);
- Existência de condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequadas para a situação clínica ▶



A CONJUGAÇÃO
DA NOSSA SAÚDE PÚBLICA,
DOS NOSSOS CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS
E DOS NOSSOS CUIDADOS
HOSPITALARES E CUIDADOS
CONTINUADOS, TEM SIDO
UM GARANTE DE CONFIANÇA
PARA OS PORTUGUESES
E PORTUGUESAS.



do doente, no domicílio (luz, água e rede de esgoto);

- Existência de telefone ou telemóvel para fins de contacto com a equipa da HD;
- Residência localizada, numa distância/tempo de deslocação a definir em função das exigências de segurança para intervenção em tempo útil, quando tiver indicada uma intervenção da equipa de HD ou o retorno para o hospital, em caso de agravamento da condição clínica.

Recomenda-se uma leitura atenta da supracitada norma, para nos apercebermos nomeadamente:

- Critérios de exclusão;
- A tipologia de doentes a admitir;
- As patologias elegíveis;
- Os procedimentos de diagnóstico e terapêuticas possíveis de realizar;
- Processo de auditoria.

O programa foi lançado oficialmente no dia 3 de outubro de 2018, com a liderança e iniciativa política, do Ex-ministro da Saúde, Professor Adalberto Campos Fernandes e da Ex-secretária da Saúde, Dr^a Rosa Valente de Matos quando apenas tínhamos no terreno o Hospital Garcia de Orta e o Hospital Senhora da Oliveira Guimarães.

De salientar que já por despacho da atual Ministra Saúde, Professora Marta Temido, o programa as-

sumiu natureza mandatária para todas as unidades hospitalares do SNS.

Ainda em 2019 foram tratados cerca de 3000 doentes e os contratos programas assinados para 2020 preveem um envolvimento de cerca de 11.000 doentes, o que corresponde a um Hospital físico de 320 camas, esperando que a retoma Covid-19, possa recuperar os níveis de atividade.

No médio longo prazo, e tendo em atenção que cerca de 46% dos doentes são candidatos a internamento em casa, significa que se formos consistentes na implementação do programa, poderemos internar no domicílio cerca de 500.000 doentes.

De par com o aumento de segurança e qualidade, os Hospitais têm registado eficiências médias na gestão do programa de 45%, o que em relação ao volume de doentes tratados poderá significar uma eficiência global no médio e longo prazo entre 500.000.000/700.000.000€, que tomarão o SNS mais robusto, com maior capacidade de investimento, mais comportável e com maior utilidade técnica e social.

Uma nota final para o período de pandemia que vivemos, com um registo de elevado apreço para a abnegação, capacidade de entrega e de serviço de elevada competência humana e técnica de todos os nossos e nossas profissionais de saúde onde estão naturalmente as mulheres e os homens das equipas de hospitalização domiciliária, a que a propósito recorde e saúdo o “Documento de Consenso Hospitalização Domiciliária Covid-19” da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna de 14 de março passado.

Este documento, bem como a norma da DGS que de igual modo saúdo, “Covid-19: Fase de Mitigação Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2”, também foram fundamentais na estratégia de combate à pandemia

De facto, a conjugação da nossa Saúde Pública, dos nossos Cuidados de Saúde Primários e dos nossos Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados, tem sido um garante de confiança para os portugueses e portuguesas. ●

1. (Maganizer et al, 2000, Boyd et al, 2008, Buurman et al, 2011, Croty et al, 2013).

2. (Maganizer et al, 2000, Boyd et al, 2008, Buurman et al, 2011, Croty et al, 2013).



legattus

A SOLUÇÃO INOVADORA E DISRUPTIVA PARA O INTERNAMENTO HOSPITALAR

Melhore a experiência dos doentes no seu período de internamento;

Otimize os processos de trabalhos dos profissionais de saúde;

Envolva proactivamente os familiares no processo de recuperação do doente internado;

Melhore a interação entre profissionais.

O projeto Legattus pretende introduzir uma solução disruptiva para o problema da assistência a doentes internados, procurando introduzir inteligência nos fluxos de trabalho, otimizar os processos, bem como medir o desempenho e níveis de satisfação dos intervenientes, colocando os doentes no centro de todo o processo.

Com o Legattus tem acesso a 3 apps móveis: uma para os utentes internados, outra para os familiares desses utentes e uma terceira para os profissionais. Cada uma destas app proporciona a quem as usa as ferramentas adequadas para otimização e melhoramento de todo o período de internamento.

Conte ainda com uma consola central que monitoriza e apresenta em tempo real todos os pedidos e respetiva evolução.

A COMUNICAÇÃO NO COMBATE À PANDEMIA



Catherine Alves Pereira
Serviço de Comunicação e Imagem
do Hospital de Braga

“
NÃO ESPERE POR UMA CRISE PARA DESCOBRIR
O QUE É IMPORTANTE NA SUA VIDA.

Platão ”

Os tempos que vivemos não são, efetivamente, fáceis. Esta atual emergência de saúde pública mundial mudou de facto as nossas vidas, transformando rotinas diárias que pareciam tão banais em comportamentos proibidos. Em todo o país, esta pandemia levou a uma reorganização das instituições de todas as áreas, para que assim fosse possível fazermos frente a este vírus, evitando a sua propagação e protegendo a população. Nas Instituições de Saúde, esta reorganização levou à implementação de um conjunto de medidas para lutarmos contra este inimigo comum, nomeadamente através da definição de novos circuitos e espaços específicos para tratar doentes com Covid-19, a execução de novas medidas de prevenção e contenção, a criação de novas equipas e novos horários, a definição de novos protocolos e critérios e a rigorosa gestão de equipamentos, medicamentos e dispositivos médicos, entre outros. Enquanto todas estas mudanças aconteciam, de forma célere, e espera-se que eficaz, havia um processo que acontecia a todo o momento e que se tomou fundamental para a eficácia da implementação de todas estas medidas no combate a esta pandemia: a comunicação. Sabemos que o processo de comunicação é intrínseco ao ser humano, tornando-se uma ferramenta dinâmica, espontânea e interativa importantíssima em qualquer momento das nossas vidas assumindo, no entanto, especial relevo em momentos de maior perigo. Durante uma crise, a necessidade de adaptação é

muito elevada e a comunicação deve acompanhar estas mudanças para conseguir dar respostas eficazes ao tempo que se vive.

Assim, a comunicação deve ser um processo estruturado não apenas para um qualquer momento da crise, mas sim para toda a crise, do início ao fim, proporcionando-se, desde logo, uma série de ações comunicacionais que vão ajudar todos aqueles a quem queremos chegar.

Deve-se, assim, e para que a mensagem seja recebida, aproveitar a existência de todas as plataformas comunicacionais existentes, nomeadamente através das novas tecnologias, tendo a consciência das suas vantagens e desvantagens na gestão de uma crise.

Assim sendo, um planeamento estratégico é essencial. A boa gestão da comunicação ajudará as organizações a manter os seus diferentes públicos bem informados, dando-lhes a conhecer todos os passos que estão a ser tomados para minorar os impactos desta crise. Qualquer falha nesta comunicação pode agravar ou gerar novas crises, sendo assim fundamental uma estratégia prévia bem definida para se saber o quê, como, quando e onde comunicar.

Na verdade, esta realidade torna-se, agora, bem presente com a Covid-19. Vejamos, assim, a comunicação disciplinada, organizada, rigorosa e linear que tem sido realizada pelo Ministério da Saúde, bem como pela Direção-Geral da Saúde para que todos possamos ficar informados através de materiais comunicacionais fidedignos e cientificamente validados. Assim sendo, é muito importante haver uma linha conduto-

ra na informação a ser veiculada pelos hospitais, nomeadamente pela utilização destes mesmos materiais, reforçando a ideia de imagem única na luta contra este vírus.

Acresce a isto os *briefings* diários que, em primeira mão, informam as pessoas, de modo a orientá-las, bem como para que haja precisão na informação veiculada, diminuindo assim a possibilidade de *fake news*. Analisemos, também, os decisores políticos que comunicam de forma regular e clara, por norma em horários estrategicamente definidos, para que haja uma grande parte da população a ver e a ouvir as novas informações que são de carácter prioritário nesta época de pandemia.

Em situações de crise, onde as emoções estão bem presentes, a comunicação surge como um elemento estratégico para manter a calma, confiança e maior segurança de todo um país.

Creio, muito sinceramente, que a comunicação atual realizada pelo nosso poder governativo está, efetivamente, a dar resposta positiva e, em tempo útil, a todos aqueles que acedem à informação diária.

No contexto da evolução epidemiológica da Covid-19, a comunicação dentro das instituições de saúde assume, também, especial importância, não apenas para a dinâmica do trabalho interno, mas também pela sua imprescindível ajuda na informação aos outros: colaboradores, utentes, fomecedores, outros prestadores externos e população em geral.

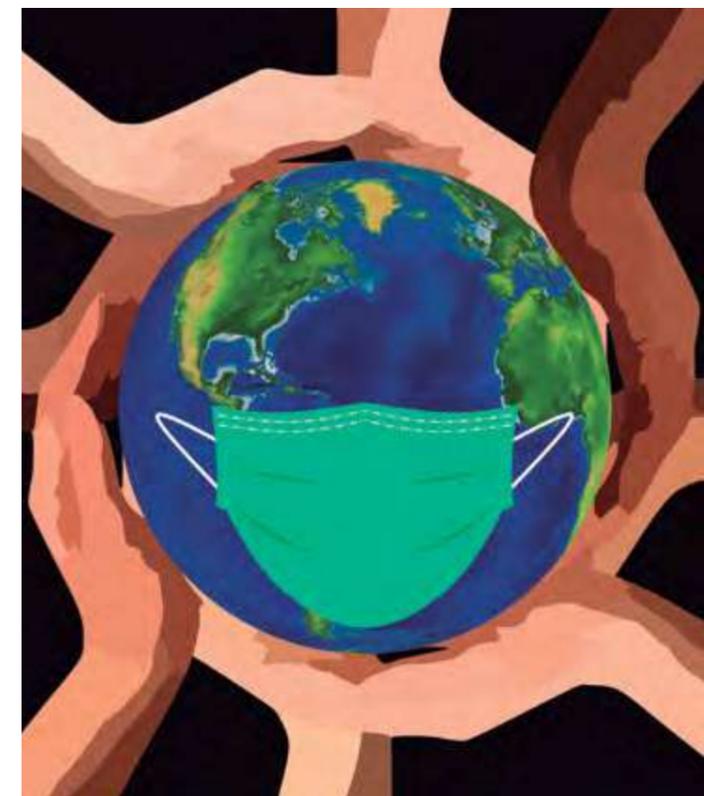
A aceitação de determinadas medidas, de novas regras e recomendações, por parte dos diferentes públicos, depende, entre outros, da eficácia do processo de comunicação.

Nesta pandemia, a comunicação aplicada à prestação de cuidados, aquela que é feita quando o profissional de saúde está a cuidar do outro - tendo em conta o elevado nível de emoções de ambas as partes - deve ser respeitada e entendida como um processo que bem aplicado traz mais-valias, quer ao seu emissor, quer ao seu recetor.

Na verdade, a prática de uma boa comunicação pode ser preponderante para a receção da mensagem, sendo crucial para o caminho que se segue, na medida em que poderá deixar o utente mais predisposto a aceitar a informação (quer seja positiva ou negativa) comunicada pelo profissional.

Não nos esqueçamos, no entanto, que para os profissionais que estão na linha da frente desta pandemia, a assistência ao doente em situação de emergência, pelo seu carácter de complexidade, proporciona diversas vivências emocionais.

Assim, é de suma importância que a comunicação pa-



ra os profissionais de saúde seja de proximidade, conforto, equilíbrio e, acima de tudo, que seja uma comunicação eficaz, que chegue a todos, para que todos se sintam parte envolvida no processo de combate a esta pandemia. A união e o trabalho em equipa produz muitos efeitos positivos através do processo de comunicar.

Para a população em geral, a comunicação em tempos de crise deve ser focada na informação fidedigna, com o objetivo central de informar, mas também de acrescentar calma, constância e firmeza para os tempos que se seguem.

Na atual emergência de saúde pública, a comunicação deve fortalecer uma instituição, aumentado a confiança e segurança, quer dos seus profissionais, quer dos seus utentes, minorando a desinformação e assegurando a literacia em saúde.

Embora esta tradução não seja totalmente consensual, diz-se que a palavra “crise” em chinês representa “risco” e “oportunidade”. A primeira, nós já estamos a vivê-la, aproveitemos a segunda para fazermos destes tempos difíceis um futuro de melhoria e transformação. ●

INOVAÇÃO NOS ECOSSISTEMAS DE SAÚDE DURANTE A COVID-19: O CASO DA VENT2LIFE



André Caravela Machado
Departamento de Economia, Gestão,
Engenharia Industrial e Turismo
da Universidade de Aveiro



Adriana Coutinho Gradim
Departamento de Economia, Gestão,
Engenharia Industrial e Turismo
da Universidade de Aveiro



Daniel Ferreira Polónia
Departamento de Economia, Gestão, Engenharia Industrial
e Turismo da Universidade de Aveiro, GovCOPP (*Governance,
Competitiveness and Public Policies*) Research Group

Introdução

A inovação é frequentemente considerada uma peça-chave no crescimento organizacional^{1,2}. A pandemia Covid-19 conduz as autoridades públicas a aumentar os investimentos em pesquisa, desenvolvimento e inovação no setor de saúde, exigindo uma análise específica de como os ecossistemas de inovação em saúde se comportam³. Este artigo tem como objetivo oferecer uma nova perspectiva sobre como se estabelecem estas relações em tempos de crise. Desta forma, apresenta o caso da Vent2life, uma organização portuguesa que estabeleceu uma vasta rede de atores para reparar equipamentos hospitalares obsoletos, nomeadamente ventiladores, os equipamentos mais necessários durante esta pandemia.

Este artigo está estruturado da seguinte forma: primeiro, é apresentada uma breve revisão da literatura sobre a inovação nos ecossistemas da saúde e a necessidade de mudar a forma como são estabelecidos durante tempos de crise. Em seguida, a metodologia aplicada e uma breve apresentação do estudo de caso. Finalmente, os resultados são discutidos e as conclusões são apresentadas, incluindo limitações e sugestões de pesquisa futura.

Teoria

• Inovação na saúde

A inovação pode ser definida de diferentes formas, de acordo com os objetivos de inovação de cada organização, levando ao desenvolvimento de diferentes tipos de modelos de processos de inovação^{1,4}. Assim sendo, dependendo dos seus objetivos, as organizações podem decidir entre inovação fechada ou aberta (Chesbrough, 2012; Hosseini, Kees, Manderscheid, Röglinger & Rosemann, 2017). O que se sabe é que, atualmente, a inovação aberta é mais usada devido à globalização^{8,9}. Tal conduziu à criação de ecossistemas de inovação em saúde¹⁰, considerando que para melhorar o paradigma atual, os gerentes hospitalares precisam de colaborar com outras partes para alcançar melhores resultados de inovação^{10,12}.

O estabelecimento de um ecossistema sustentável, entre diferentes atores e parceiros, pode levar à criação de um ambiente único, permitindo um melhor desempenho para todas as partes envolvidas¹³ atuando como um fator chave para o processo de inovação¹⁴. As partes interessadas devem entender o que cada uma pode fazer no processo e antecipar as interdependências que surgem do processo^{15,16}.

Tão importante quanto identificar a rede que pode

ser formada durante o processo de inovação é a identificação de parceiros e a gestão do ecossistema, através da identificação dos vínculos que podem ser estabelecidos. Assim, diferentes atores podem ser identificados, como hospitais, centros de pesquisa e desenvolvimento, universidades, *start-ups*, autoridades públicas, concorrentes, fornecedores, entre outros^{10,17}.

• A pandemia Covid-19

A 31 de dezembro de 2019, os primeiros casos de uma pneumonia desconhecida em Wuhan, China, foram relatados à Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo identificados como um novo betacoronavírus, a causa da Covid-19^{18,19}. Rapidamente, casos de coronavírus foram identificados em outros países fora da China, o que levou a OMS a declarar a Covid-19 como Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, a 30 de janeiro de 2020²⁰. Até ao final de fevereiro, quase todos os continentes do mundo registaram casos desta nova doença¹⁹.

Com o aumento de casos por todo o globo, em março, a OMS declarou a Covid-19 como uma pandemia. Isso colocou dúvidas entre a população e os profissionais de saúde, uma vez que a OMS nunca viu uma pandemia provocada por um coronavírus e, ao mesmo tempo, uma pandemia que possa ser controlada³. Atualmente, sem vacina ou tratamento, o principal objetivo na luta contra a Covid-19 é achatar a curva de casos, implementando medidas preventivas. Tal pode impedir o colapso dos serviços de saúde^{21,22}. Em Portugal, no final de abril, já se registavam mais de 20.000 casos positivos de Covid-19²³.

Com mais de dois milhões de casos positivos confirmados em todo o mundo, a Covid-19 mudou a maneira como os sistemas de saúde se comportam^{24,25}. O estabelecimento de relações colaborativas entre instituições de diferentes áreas e sua integração em ecossistemas de inovação é considerado um recurso importante²⁶. Argumenta-se que as organizações que participam de ecossistemas de inovação são mais capazes de alcançar um novo equilíbrio²⁷.

Assim, surgiu a seguinte questão de pesquisa: como é possível gerir um ecossistema de inovação em saúde durante a Covid-19?

Metodologia

Este estudo segue uma abordagem qualitativa. Para este trabalho, o gerente executivo da Vent2life foi entrevistado por *e-mail*. Foi elaborado um conjunto de perguntas sobre a criação do Vent2life, seu desenvolvimento, estabelecimento e gestão de parcerias, bem como objetivos atuais e futuros.

A breve revisão de literatura apresentada focou-se na inovação em saúde e o estabelecimento de seus ecos-



COM MAIS DE DOIS MILHÕES DE CASOS POSITIVOS CONFIRMADOS EM TODO O MUNDO, A COVID-19 MUDOU A MANEIRA COMO OS SISTEMAS DE SAÚDE SE COMPORTAM. O ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES COLABORATIVAS ENTRE INSTITUIÇÕES DE DIFERENTES ÁREAS E SUA INTEGRAÇÃO EM ECOSISTEMAS DE INOVAÇÃO É CONSIDERADO UM RECURSO IMPORTANTE.



sistemas de inovação, entre diferentes partes. Também se faz uma introdução à pandemia Covid-19 e a importância de estabelecer parcerias colaborativas bem-sucedidas durante este período.

Vent2life

A Vent2life nasceu do Projeto Open Air, com base num *tweet* enviado pelo João Nascimento. Com o aumento de casos de Covid-19 e o condicionamento dos cuidados de saúde, causado pela falta de ventiladores nos serviços de saúde, foi necessário apenas esse *tweet* para iniciar um movimento de voluntários desajustados de conseguirem fazer a sua parte no combate a esta pandemia²⁸. Sendo assim, três voluntários, de diferentes áreas, discutiram a possibilidade de criar uma plataforma colaborativa com hospitais para ajudar a reparar equipamentos hospitalares obsoletos, nomeadamente ventiladores - Vent2life.

A ideia original desses voluntários foi a criação e disponibilização de um ventilador a partir do zero. No entanto, devido às necessidades do sistema nacional de saúde, criado pela pandemia, o projeto seguiu um outro rumo para que fosse possível ter um projeto em andamento para fornecer aos hospitais o equipamento necessário. Assim, os criadores da Vent2life estabeleceram o primeiro contato com os hospitais, para reco- ▶



É NECESSÁRIO ESTABELECEER COLABORAÇÕES DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19.



lher informações sobre equipamentos obsoletos. Através das respostas dadas, foram criadas estratégias para reparar o equipamento diretamente com os hospitais, colocando em contato os técnicos de manutenção dos equipamentos hospitalares, com o *Project Open Air*, e técnicos especializados disponíveis para atender às necessidades encontradas.

O Vent2life inclui uma ampla variedade de instituições de diferentes setores²⁹. Sem a integração de todas as valências interessadas neste projeto, ou seja, entidades públicas e privadas e forças armadas, entre outras, o projeto perde o seu objetivo: colocar os hospitais em interação com a plataforma para que, por aqui, exista ação colaborativa.

A intervenção de todos, verticalmente (apoio do governo e das respetivas autoridades de saúde) e horizontalmente (parcerias e valências estabelecidas no projeto) é central para que o projeto se torne válido, acrescentando valor à sociedade.

Resultados e discussão

É necessário estabelecer relações de colaboração durante a pandemia do Covid-19²⁶. Dessa forma, o Vent2Life busca fazer a diferença na luta contra a doença em Portugal, com a ambição de ir para o exterior e ajudar os serviços de saúde a prestar o melhor serviço, sem comprometer a sua capacidade. O projeto, no total, foi avaliado na ordem de 100.000 euros. Um corpo de 24 voluntários, de diferentes áreas, dedicou o seu tempo integral para ativar o projeto em oito dias, algo que normalmente levaria três meses. A contribuição desses voluntários é uma forte parceria que apoiou, desde a primeira hora, a implementação deste projeto.

Das perguntas propostas ao gerente executivo da Vent2life, foi possível entender que, à medida que o projeto se desenvolvia, as necessidades aumentavam. Daí surgiu a necessidade de criar parcerias colaborativas. A primeira parceria estabelecida foi com a Outsystems, uma entidade que abriu uma linha de supor-

te e resposta à Covid-19³⁰. Alguns voluntários, pessoas conhecidas dos líderes do projeto, foram convidados a integrar o projeto e fazer a interconexão entre o projeto e a empresa. Vários meios foram disponibilizados, desde servidores, a plataformas e recursos humanos para o desenvolvimento da plataforma da Vent2life. Por exemplo, no caso da McKinsey & Company, a sua intervenção era necessária para que houvesse engenharia organizacional de todo o processo de gestão de projetos.

Além disso, na análise das parcerias estabelecidas, é possível identificar outras grandes empresas como a companhia aérea portuguesa TAP. O contacto com estas empresas foi feito diretamente aos respetivos conselhos de administração. Estes, imediatamente disponibilizaram um responsável para assumir o processo de gestão, ou seja, uma pessoa que facilita todo o processo e age como "ponte" para a comunicação entre entidades.

Além disso, verificou-se que uma vez que a parceria e o vínculo institucional estão estabelecidos, as pessoas no processo de gestão estão totalmente integradas nos projetos. Tal permite que elas tenham uma opinião crítica e verifiquem onde podem ser partes integrais e que recursos podem usar para alcançar as metas definidas. A abertura da comunicação entre os diferentes membros envolvidos no projeto, permite difundir melhor o conhecimento e a inovação^{25,31}.

Considerando o ecossistema dinâmico de inovação estabelecido, foram registadas cerca de 40 reparações de ventiladores. Mais de 350 pessoas, incluindo técnicos de hospitais, técnicos de empresas especializadas, académicos e voluntários, estão registadas na plataforma. Além disso, o projeto atingiu várias partes do globo. Existe ainda interesse por parte da Comissão Europeia e do governo espanhol em poder adaptar este projeto internacionalmente.

A partir deste estudo de caso, foi possível observar que, o trabalho colaborativo e voluntário, utilizando novas tecnologias, foi uma ajuda fundamental para sustentar e servir de base para os diversos projetos. Desta forma, nasceram novos métodos de poder ajudar e servir a humanidade, baseados no conhecimento técnico e científico. Nas palavras do entrevistado, "parece que daqui também foi lançado um novo paradigma de olhar o mundo de hoje". Com a Covid-19, existe a oportunidade de desenvolver e incorporar novas abordagens que podem levar a modelos de negócios novos e inovadores, nos quais os hospitais desempenham um papel mais central e decisivo^{25,26}.

Respondendo à pergunta de investigação, um número significativo de atores pode ser identificado no

ecossistema de inovação em saúde. No entanto, o seu papel depende dos objetivos do ecossistema, de cada participante e dos recursos disponíveis. É possível entender que a Covid-19 ativou o melhor da humanidade numa batalha global para deter esta doença. Esta pandemia acelerou a maneira como diferentes entidades podem agir nos ecossistemas de inovação em saúde^{3,26}. Após a Covid-19, as lições do estabelecimento desses relacionamentos devem ser tiradas e difundidas, para que se tome um processo mais regular.

Conclusão

A inovação no setor de saúde aumentou com o tempo e, nos últimos anos, ocupou um lugar de destaque na agenda do país, especialmente durante a pandemia da Covid-19. Devido à pandemia, as pessoas criaram algo único e extremamente importante para a luta contra a Covid-19.

Desta forma, a Vent2life tem um enorme potencial de crescimento, podendo tomar-se numa comunidade de partilha global. O estabelecimento de uma rede internacional de difusão das práticas pode ajudar a reparar remotamente os ventiladores. Assim sendo, o conhecimento compartilhado entre todos, à medida que os problemas são resolvidos, pode ajudar a inovar interna e externamente²⁵.

Limitações e pesquisa futura

Embora o artigo tenha fornecido informações sobre uma organização importante que visa combater a Covid-19, este documento visa, no futuro, estabelecer contato com as diferentes partes para aprimorar o conhecimento sobre o assunto. ●

1. OECD/Eurostat. (2018) Oslo Manual doi:10.1787/9789264304604-en.
2. Toma, A; Secundo, G; Passiante, G. (2016) "Open Innovation and network approaches in Healthcare ecosystems". In: Proceedings of the 28th International Business Information Management Association Conference - Vision 2020: Innovation Management, Development Sustainability, and Competitive Economic Growth. 2431-2435.
3. World Health Organisation. Coronavirus (Covid-19) events as they happen. World Health Organisation. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>. Published 2020. Accessed April 17, 2020.
4. Žižlavský, O. (2013) "Past, present and future of the innovation process". International Journal of English Business Management. 5(47):1-8. doi:10.5772/56920.
5. Gassmann, O. (2006) "Opening up the innovation process: Towards an agenda". R&D Management. 36(3):223-228. doi:10.1111/j.1467-9310.2006.00437.x.
6. Hosseini, S; Kees, A; Manderscheid, J; Röglinger, M; Rosemann, M. (2017) "What does it take to implement open innovation? Towards an integrated capability framework". Business Process Management Journal. 23(1):87-107. doi:10.1108/BPMJ-03-2016-0066.
7. Chesbrough, H. (2012) "Open innovation: Where we've been and where we're going". Research Technology Management. 55(4):20-27. doi:10.5437/08956308X5504085.
8. Chesbrough, H; Bogers, M. (2014) "Explicating Open Innovation: Clarifying an Emerging Paradigm for Understanding Innovation Keywords". New Front Open Innovation. 1-37. doi:10.1093/acprof.
9. Bogers, M; Chesbrough, H; Moedas, C. (2018) "Open innovation: research, practices, and policies". California Management Review. 60(2):5-16.
10. Secundo, G; Toma, A; Schiuma, G; Passiante, G. (2019) "Knowledge transfer in open innovation: A classification framework for healthcare ecosystems". Business Process Management Journal. 25(1):144-163. doi:10.1108/BPMJ-06-2017-0173.
11. Dias, C; Escoval, A. (2014) "Hospitals as learning organizations: fostering innovation through interactive learning". Quality Management Health Care Journal. 1-8. doi:10.1097/qmh.0000000000000046.
12. Dias, C; Escoval, A. (2013) "Improvement of hospital performance through innovation: Toward the value of hospital care". Health Care Management (Frederick). 32(3):268-279. doi:10.1097/HCM.0b013e31828ef60a.
13. Järvi, K; Almpantopoulou, A; Ritala, P. (2018) "Organization and knowledge ecosystems: prefigurative and partial forms". Research Policy. 47:1523-1537.
14. Suominen, A; Seppänen, M; Dedehayir, O. (2019) "A bibliometric review on innovation systems and ecosystems: a research agenda". European Journal of Innovation Management. 22(2):335-360.
15. Wilson, K; Doz Y.L. (2012) "10 Rules for Managing Global Innovation". Harvard Business Review. 84-90.
16. Thune, T; Mina, A. (2016) "Hospitals as innovators in the health-care system: A literature review and research agenda". Research Policy. 45(8):1545-1557. doi:10.1016/j.respol.2016.03.010.
17. Scaringella, L; Radziwon, A. (2019) "Innovation, entrepreneurial, knowledge, and business ecosystems: Old wine in new bottles?". Technology Forecast Society Change. 1-29.
18. Boldog, P; Tekeli, T; Vizi, Z; Dénes, A; Bartha, F.A; Röst, G. (2020) "Risk Assessment of Novel Coronavirus Covid-19 Outbreaks Outside China". Journal of Clinical Medicine. 9(2):571. doi:10.3390/jcm9020571.
19. McAleer, M. (2020) "Prevention Is Better Than the Cure: Risk Management of Covid-19". Journal of Risk Financial Management. 13(3):46. doi:10.3390/jrfm13030046.
20. Sohrabi, C; Alsafi, Z; O'Neill, N. et al. (2020) "World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (Covid-19)". International Journal of Surgery. 76:71-76. doi:10.1016/j.ijsu.2020.02.034.
21. World Economic Forum. This coronavirus app shows why flattening the curve matters. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/coronavirus-covid-19-infection-protect-flatten-the-curve-app-pandemic/>. Published 2020. Accessed April 17, 2020.
22. Gavin, K. "Flattening the Curve for Covid-19: What Does It Mean and How Can You Help?" Michigan Health. <https://healthblog.uofmhealth.org/wellness-prevention/flattening-curve-for-covid-19-what-does-it-mean-and-how-can-you-help>. Published 2020. Accessed April 17, 2020.
23. Direção Geral de Saúde. Information report - Covid-19. Direção Geral de Saúde. <https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/>. Published 2020. Accessed April 20, 2020.
24. World Health Organisation. WHO COVID-19 Dashboard. World Health Organisation. <https://covid19.who.int/>. Published 2020. Accessed April 17, 2020.
25. Chesbrough, H. (2020) "To recover faster from Covid-19, open up: Managerial implications from an open innovation perspective". Industrial Marketing Management. doi:10.1016/j.indmarman.2020.04.010.
26. Yang, Q; Zhou, Y; Ai, J, et al. (2020) "Collaborated effort against SARS-CoV-2 outbreak in China". Clinical Translational Medicine. 7-10. doi:10.1002/ctm2.7.
27. Spruijt, J. Crisis-triggered Innovation Systems | Open Innovation - Keynotes, Masterclasses & Guest Lecturing. Open Innovation. <https://www.openinnovation.eu/14-04-2020/crisis-triggered-innovation-systems/>. Published 2020. Accessed April 20, 2020.
28. Project Open Air. Project Open Air. Project Open Air. <https://www.projectopenair.org/en/project-open-air.php>. Published 2020. Accessed April 17, 2020.
29. Vent2life. Vent2life. Vent2life. <https://vent2life.eu/Site/Landing>. Published 2020. Accessed April 17, 2020.
30. Outsystems. OutSystems Covid-19 Community Response. Outsystems. <https://www.outsystems.com/Community/Covid-19/>. Published 2020. Accessed April 20, 2020.
31. Martinez-Grau, M.A; Alvim-Gaston, M. (2019) "Powered by Open Innovation: Opportunities and Challenges in the Pharma Sector". Pharmaceutical Medicine. 33(3):193-198. doi:10.1007/s40290-019-00280-5.

VÍTIMAS COLATERAIS DA COVID-19

“

THE DECISIONS PEOPLE AND GOVERNMENTS TAKE IN THE NEXT FEW WEEKS WILL PROBABLY SHAPE THE WORLD FOR YEARS TO COME.

Yuval Noah Harari, "The world after coronavirus", Financial Times, 21 março 2020 ”



Ana Elisabete Ferreira

Professora do Instituto Politécnico de Leiria,
Investigadora do Centro de Direito Biomédico,
Fundadora de Ana Elisabete Ferreira & Dias Pereira, Advogados



André Gonçalo Dias Pereira

Professor da Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra,
Diretor do Centro de Direito Biomédico,
Conselheiro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Nunca como hoje o Direito da Saúde esteve nas bocas do mundo e na atualidade política e noticiosa. Uma crise extrema de saúde pública, a mais grave pandemia em 100 anos, colocou os portugueses, os europeus e grande parte do mundo em confinamento, encerrando serviços, comércio e escolas durante semanas e meses.

A Covid-19 foi controlada. As vítimas em Portugal situam-se a um nível aceitável, mas muitas vítimas colaterais ficaram destas semanas. Doentes não Covid e Famílias. Traçaremos aqui uma análise crítica de alguns exageros, excessos de zelo e alguma pulsão ociosa que se pode registar em algumas áreas da atividade social. E que causam danos. Graves danos.

Os Outros Doentes e a Perda de Chance

Há cerca de uma semana atrás, fomos confrontados com a realidade da prestação de cuidados de saúde a doentes "não-Covid" nos últimos dois meses, realidade que tem vindo a ser afastada dos holofotes da comunicação social e das preocupações da sociedade civil. Embora os números aventados pela Senhora Ministra

Marta Temido e pelo Senhor Secretário de Estado Lacerda Sales à Agência Lusa, entre os dias 11 e 13 de maio, sejam suscetíveis de sindicância - sobretudo, porque resultam apenas de uma comparação com a procura de cuidados de saúde em momentos "normais" anteriores, que não representa a (naturalmente acrescida) necessidade real do momento presente - são mais do que suficientes para convocar profunda inquietação com as consequências desta fenda assistencial.

De acordo com a informação veiculada pelos governantes, houve uma quebra muito significativa na atividade do Serviço Nacional de Saúde devido à pandemia Covid-19, que se traduziu, ao nível dos cuidados de saúde primários, numa queda de consultas de 3.9% (menos 300.000 consultas), e nas consultas hospitalares de 5.7% (menos 180.000 consultas).

No que diz respeito às cirurgias programadas para o SNS, registou-se uma diminuição de 5.3% (menos 9.000) e a quebra geral nos serviços de urgência foi de 11.5%. Dão-nos conta, também, de que os exames complementares de diagnóstico tiveram em algumas áreas (como a gastroenterologia) uma descida de 25%. A ci-



urgia oncológica foi reduzida em 15% e a procura dos serviços de Urgência desceu, em alguns dos dias registados, 50%. A SPO estima uma redução de 80% nos diagnósticos de cancro (Jornal Expresso, 11-05-2020). De acordo com um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública (Jornal Público, 21-04-2020), a mortalidade de março e abril - subtraídas as mortes associadas à Covid - é a mais alta dos últimos 10 anos. Outro estudo, publicado na Ata Médica Portuguesa¹, conclui que o excesso de mortalidade ocorrido entre 1 de março e 22 de abril foi 3 a 5 vezes superior ao explicado pelas mortes por Covid-19 reportadas oficialmente.

Ao mesmo passo, e apesar de o Decreto-Lei n.º 10-A/2020 ter estabelecido expressamente o contrário, as juntas médicas de avaliação da incapacidade foram diametralmente suspensas - tal suspensão deveria ter cessado ainda em março, com a obrigatoriedade legal de cada ARS manter pelo menos uma junta médica em funcionamento; porém, tal não aconteceu e a impossibilidade de lhe aceder mantém-se, agora em maio. A consequência imediata e evidente é o agravamento profundo de um sistema de avaliação inatamente caótico e retardado, altamente danoso para as pessoas com incapacidade que dele dependem.

Um último lembrete: no ano passado, o Conselho Nacional de Saúde apresentou o "quadro negro" da prestação de cuidados em saúde mental em Portugal, revelando a grande falta de profissionais de saúde especializados, atraso de meses na marcação de consultas urgentes e prescrição clínica de mais de dez milhões de ansiolíticos por ano. A luta que vinha desde então a ser travada por muitos hospitais no sentido de garantir, durante este ano, a realização de milhares de consultas em espera revelou-se estéril em virtude das

suspensões delineadas. São desnecessários mais dados deste género para que se compreenda que a situação é muito grave. **O combate à pandemia monopolizou a prestação de cuidados de saúde e deixou para trás grupos de pacientes que são, em geral, muito vulneráveis.** De acordo com os dados do Ministério da Saúde (corroborados pela ENSP em 21-04-2020), Portugal atingiu nos 3% a taxa de letalidade mais alta por infeção Covid-19, situando-se nos 8% no caso do grupo etário > 80 anos.

Tal significa que, em cada cem pessoas infetadas, três vieram a falecer por essa razão; número que aumenta para oito em cem, no caso dos mais idosos. As comparações têm quase sempre algo de insidioso, mas - com o intuito único de demonstrar como as quebras assistenciais afetam mais certos doentes - vale a pena refletir acerca dos números: por exemplo, a taxa de mortalidade padronizada relativa aos cancros da traqueia, brônquios e pulmão, situa-se nos 24,9% (DGS, 2017). Por hora, três portugueses sofrem um acidente vascular cerebral (AVC), sendo que um deles não sobrevive e, dos restantes, metade ficará com sequelas incapacitantes (SPAVC, 2019). O cancro colorretal é a segunda causa de morte no mundo ocidental e a variação da mortalidade associada agrava mais de 30% entre o estadio I e o estadio IV, evidenciando a fulcralidade do diagnóstico precoce².

Os atrasos no diagnóstico, consultas médicas e tratamentos médico-cirúrgicos configuram uma autêntica *perda de chance* - e, em muitos casos, uma sentença de morte. No Direito, a *perda da chance* relativa a um evento favorável - como ganhar determinado benefício ou evitar um dano ou uma lesão - pode constituir em responsabilidade civil aquele que lhe dá causa: num ▶



SE VAMOS CONTINUAR A VIVER
COM ESTE VÍRUS DURANTE MAIS
UM A DOIS ANOS OU TALVEZ
DURANTE MUITOS ANOS...
É ESTRANHO QUE SE ESQUEÇA
A LEI. FICA PELO MENOS
A PERGUNTA JURÍDICA: QUEM
REVOGOU OU ALTEROU A LEI?



acórdão pioneiro de 1889, a *Cour de Cassation* francesa reconheceu, pela primeira vez na história do Direito, que a perda da possibilidade de obter certo ganho ou evitar certo dano é, em si mesma, suscetível de ser reparada. Naquelas situações em que coincidem 1) uma possibilidade real de se alcançar um determinado resultado positivo, ainda que de verificação incerta e 2) um comportamento de terceiro que, por ação ou omissão, elimine de forma definitiva a possibilidade de esse resultado se vir a produzir, entende por justo a Jurisprudência que haja lugar ao ressarcimento do lesado. A perda de chance de cura ou sobrevivência é um caso particular desta problemática, largamente aceite nos ordenamentos jurídicos europeus e, por grande parte da doutrina e jurisprudência, em Portugal: a seriedade ou o nível de probabilidade de concretização da chance, quando apoiada em critérios objetivos (por exemplo, as descrições probabilísticas da literatura médica e o histórico clínico do paciente) tem valor jurídico considerável. A Lei de Bases da Saúde definiu a obrigatoriedade de estabelecer formalmente tempos máximos de resposta garantidos no SNS, tempos adequados para a primeira consulta, para a referência e para a cirurgia, nas várias áreas. A Portaria n.º 153/2017 concretizou o desiderato mais recente, de acordo com as boas práticas internacionais, mas não sem uma boa dose de ambição: previu a obrigatoriedade de atendi-

mento no próprio dia nos cuidados de saúde primários relacionados com doença aguda; 72 horas para a renovação de medicação em caso de doença crónica; consulta ao domicílio em 24 horas após requerimento aceite; 24 horas para o médico assistente encaminhar um utente para um hospital habilitado, em caso de doença oncológica suspeita ou confirmada, por exemplo. O Despacho n.º 5314/2020, da Ministra da Saúde, de 16 de março de 2020, não obstante, veio determinar que os órgãos dirigentes das entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deveriam suspender a atividade assistencial não urgente que, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implicasse risco de vida para os utentes, limitação do seu prognóstico e/ou limitação de acesso a tratamentos periódicos ou de vigilância. E assim, portanto, afastou-se a Lei por despacho, deixando nas mãos dos dirigentes a escolha da necessidade e da atividade a suspender, inexistindo, à data, qualquer relatório dessa atividade ou justificação fundamentada das escolhas que hajam sido feitas.

As famílias e os rituais fúnebres

Todos ouvimos notícias de que as pessoas em final de vida não puderam contar com um último olhar, um último adeus dos seus familiares e entes queridos, e, para muitos católicos, do sacramento da extrema-unção. A poupança em equipamentos de proteção individual para acesso a enfermarias Covid-19 e os perigos de contágio têm sido considerados valores superiores ao direito de visita às pessoas em estado final de vida, previsto no artigo 20.º Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Se vamos continuar a viver com este vírus durante mais um a dois anos ou talvez durante muitos anos... é estranho que se esqueça a Lei. Fica pelo menos a pergunta jurídica: quem revogou ou alterou a Lei?

“Velórios sem padre e funerais limitados a dez pessoas”. (Observador, 20.3.2020).

Mas, mais impressionante (porque quiçá de justificação menos evidente) é o que se passou (ou não se passou) nos velórios e serviços fúnebres, quer dos doentes com diagnóstico da Covid-19, quer todos os outros - a esmagadora maioria das mortes nestas últimas semanas. Ficará para a história a extrema lesão do direito de reunião e de culto religioso, no plano coletivo, mas sobretudo a invasão da esfera da vida familiar, limitando rituais religiosos e regulando os funerais de forma tão restritiva que quase ficaram desertos.

Ora, os rituais de fim de vida e das cerimónias fúnebres são uma das notas específicas da construção da civilização e da cultura. Uma das dimensões que nos distingue enquanto *homo sapiens*, enquanto grande primata que antecipa a morte³ e, como afirma Edgar Morin “A sociedade funciona não apenas apesar da morte

e contra a morte, mas também só existe enquanto organização pela morte, com a morte e na morte⁴.”

Fomos investigar se as normas emanadas pelo Presidente da República, pela Assembleia da República ou pelo Governo continham normas sobre este ritual crucial nas sociedades humanas:

Ainda antes do estado de emergência, o Governo aprovava o Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março, no qual foram estabelecidas medidas excecionais relativas àquela situação epidemiológica. Nesse diploma nada se diz sobre visitas em fim de vida e sobre funerais⁵. O Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. Segundo o artigo 4.º: “Fica parcialmente suspenso o exercício dos seguintes direitos: e) Direito de reunião e de manifestação: podem ser impostas pelas autoridades públicas competentes, com base na posição da Autoridade de Saúde Nacional, as restrições necessárias para reduzir o risco de contágio e executar as medidas de prevenção e combate à epidemia, incluindo a limitação ou proibição de realização de reuniões ou manifestações que, pelo número de pessoas envolvidas, potenciem a transmissão do novo Coronavírus;

f) Liberdade de culto, na sua dimensão coletiva: podem ser impostas pelas autoridades públicas competentes as restrições necessárias para reduzir o risco de contágio e executar as medidas de prevenção e combate à epidemia, incluindo a limitação ou proibição de realização de celebrações de cariz religioso e de outros eventos de culto que impliquem uma aglomeração de pessoas⁶.” O mesmo teor consta da Resolução da Assembleia da República n.º 15-A/2020, que autoriza a Declaração do Estado de Emergência⁷.

Seria a DGS a regulamentar através da Norma n.º 02/2020 de 16/03/2020, atualizada a 19/03/2020⁸. Ora, também nesta norma nada se diz sobre o limite máximo de pessoas, nem sobre a proibição de velórios ou sobre a limitação da cerimónia a um determinado número de horas.

A DGS prescreve normas para proteção dos trabalhadores funerários: “Precauções nos cuidados aos cadáveres nas situações com infeção suspeita ou confirmada por SARS-CoV-2 (...) • É essencial que os profissionais que realizam os funerais e todos os outros envolvidos no manuseio do corpo, sejam informados sobre o risco potencial de infeção, incluindo os familiares; • Diminuir a acumulação de cadáveres; • Não é permitido o embalsamamento; • De preferência, cremar os cadáveres, embora não seja obrigatório fazê-lo; • Não deve haver lugar à preparação do corpo pelas agências

funerárias, dado que o corpo já foi preparado (limpo e seco) pela equipa de saúde/autópsia; • O cadáver deve sempre permanecer no saco impermeável (preferencialmente dupla embalagem) e em caixão fechado; (...) • O caixão deverá manter-se fechado durante o funeral, não permitir que os familiares toquem no corpo.” E acrescenta a DGS (Norma 2/2020), agora já para todos os funerais (independentemente do diagnóstico de Covid-19), com vista à proteção dos familiares: “• Atendendo à atual situação epidemiológica, os funerais deverão decorrer com o menor número possível de pessoas, preferencialmente apenas os familiares mais próximos, para diminuir a probabilidade de contágio e como medida para controlar os casos de Covid-19. (...) • Recomenda-se que as pessoas dos grupos mais vulneráveis, não participem nos funerais. (...)”

Estas são as normas vindas da Autoridade de Saúde. Poucas proibições aqui encontramos; poucas limitações aqui estão prescritas. Naturalmente, deveria imperar o bom senso e não se permitir o aglomerar de multidões ou de grupos de dezenas de pessoas. Mas nenhuma restrição está prevista por Lei, por Decreto-Lei ou mesmo por Norma da DGS a que familiares afastados, amigos, pessoas próximas do falecido pudessem prestar a sua última homenagem e assim também iniciar o processo de luto!

Mas o que fez uma Associação que representa os interesses do setor? A Associação Nacional de Empresas Lutuosas foi mais longe... com a conivência e a complacência dos Municípios que se demitiram de lutar pelos direitos fundamentais e pela manutenção de humanidade neste momento doloroso!

Assim, em Coimbra, Despacho n.º 119/PR/2020 do Presidente da Câmara Municipal, de 13 de março de 2020 (antes do Decreto 2/2020), era bastante aberto e omissivo, deixando espaço para que as agências funerárias ditassem unilateralmente as regras. O Despacho apenas prevê: “5. O condicionamento do acesso aos cemitérios e crematório municipal no decurso de cerimónias fúnebres de forma a garantir o cumprimento das orientações da Direção-Geral da Saúde.”

Mais diligente, a Câmara Municipal de Ferreira do Zêzere publicou um Edital com as novas regras para os velórios, condolências, espaço exterior e interior do Cemitério Municipal de Ferreira do Zêzere⁹. O que recomendou, então, a ANEL, a 18 de março de 2020¹⁰:

“Estas recomendações devem ser seguidas em todos os funerais, independentemente da causa da morte ou da região em que ocorreu o óbito:

“3) Aconselhamos a não realização de cerimónias religiosas com aglomeração de várias pessoas num es- ▶



FICAMOS A SABER QUE
O CADÁVER DIAGNOSTICADO
COM A COVID-19, MESMO
EMBRULHADO EM DOIS SACOS
DE PLÁSTICO E REGADO
A ÁLCOOL, É INDESEJADO E NÃO
PERMITE VELÓRIO. OS RESTANTES
CADÁVERES PODERÃO MERECEM
UM “VELÓRIO BREVE”.



paço reduzido, optando-se apenas pela presença do celebrante (caso se disponibilize) junto da sepultura ou crematório;

4) Aconselhamos a não realização do velório público e que o funeral seja realizado diretamente do local do óbito para o cemitério pretendido, o qual deverá ser o mais próximo possível do local do óbito;

5) Aconselhamos que nenhum cadáver seja preparado (não se devem realizar atuações de limpeza nem intervenções de tanatopraxia) nem com simples vestimenta. O cadáver deve ser introduzido num sudário impermeável e após pulverização com uma solução desinfetante, acondicionado dentro da uma.”

Esta ANEL arrogou-se no direito de tratar todos os cadáveres por igual, independentemente do perigo que constituíam para a saúde pública! Esta Associação arrogou-se no direito de recomendar a ausência de serviços religiosos! De impedir velórios! De levar a que centenas de pessoas fossem sepultadas sem ser vestidas! Chegamos a 20 de março de 2020, e só depois das recomendações da referida Associação, que iam bem além da Norma da DGS, é publicado o Decreto n.º 2-A/2020 que proíbe “a realização de celebrações de cariz religioso e de outros eventos de culto que impliquem uma aglomeração de pessoas.” E diretamente para o que estamos a analisar: “2. A realização de fu-

nerais está condicionada à adoção de medidas organizacionais que garantam a inexistência de aglomerados de pessoas e o controlo das distâncias de segurança, designadamente a fixação de um limite máximo de presenças, a determinar pela autarquia local que exerça os poderes de gestão do respetivo cemitério¹¹.”

Em suma, foi criado um clima psicológico em que a norma se tornou difusa. Alguns Presidentes de Câmara tomaram o gosto de exercer poder, outros relegaram para os poderes de facto. Poucos pensaram na dimensão ética e social do ritual fúnebre em termos adequados e conformes à cultura nacional.

Uma empresa funerária anuncia no seu site: “Se a causa de morte for Covid não haverá lugar a velório, o serviço funerário será direto ao local de cremação ou sepultura. Se a causa de morte não for Covid é possível efetuar velório breve no dia do funeral, desde que se tenham cumprido 24h após falecimento. A cerimónia não deve ultrapassar as 2h.” “O número máximo de participantes na cerimónia depende das limitações de cada capela, não devendo ultrapassar as 10 pessoas.”

Ficamos a saber que o cadáver diagnosticado com a Covid-19, mesmo embrulhado em dois sacos de plástico e regado a álcool, é indesejado e não permite velório. Os restantes cadáveres poderão merecer um “velório breve”. No máximo de duas horas! Porquê? Porque a agência prestadora de serviços o impôs!

Como bem ensinam as obras de Hannah Arendt ou de Primo Levi, o problema dos totalitarismos está mais nos aplicadores do que na norma legitimadora da restrição de direitos fundamentais¹². Neste caso, alguns municípios, no afã de serem protetores da saúde pública, foram além da teleologia da norma que limitava direitos fundamentais. E, sobretudo, a Associação Nacional das Empresas Lutuosas decretou e impôs aos municípios e às famílias a sua interpretação de normas abertas e flexíveis firmadas pela DGS. Sem consideração pela dimensão antropológica, ética e social inerente à prática dos ritos fúnebres. As famílias, aterrorizadas por uma pandemia de um vírus altamente contagioso e por um “espírito do tempo” de “totalitarismo do confinamento” acataram, em dor, em sofrimento, em silêncio, estas regras iníquas e com pouca sustentação epidemiológico-científica.

Com efeito, quando se fizer a História do Direito, em vão se procurará uma letra no Diário da República a impor a desumanização da morte, a impedir a celebração de rituais fúnebres com dignidade e conformes às normas sociais lusas. Foi a DGS, mas sobretudo a Associação representativa do setor que impôs as suas regras! Que colocaram a saúde (ou o medo) dos seus trabalhadores e dos familiares e amigos do falecido à

frente do devido respeito à memória do morto.

Muitos dirão que haverá tempo, mais tarde, “quando tudo passar” para honrar o familiar e o ente querido. Oxalá! Mas os rituais têm essa função mesma, a de não aguardar o futuro, sempre tão oportuno e cómodo quanto distante. Os rituais impõem-se e cimentam as relações sociais e a tessitura nevrálgica do múnus antropológico. Aqui e agora!

O período do **estado de calamidade** promete reabrir a economia e a sociedade e evitar os exageros e as graves restrições a direitos fundamentais ocorridos durante o estado de exceção. Neste período, que se iniciou a 3 de maio, manteve-se “a regra de que compete aos Presidentes de Câmara enquanto autoridades locais de Proteção Civil a definição do limite máximo do número de pessoas que podem participar num funeral”, mas o próprio Primeiro-Ministro considerou que em alguns casos “têm sido excessivas” no período de estado de emergência e assegurou que esse limite não permitirá limitar participação do número de familiares¹³.

Assim, por exemplo, o Presidente da Câmara Municipal de Coimbra exarou o Despacho n.º 125-A/PR/2020, cujo ponto 5 prevê: “5. A abertura ao público dos cemitérios, mediante o controlo de acessos, garantindo as regras gerais de distanciamento social, sendo que a realização de funerais continua condicionada à adoção de medidas organizacionais que garantam a inexistência de aglomerados de pessoas e o controlo das distâncias de segurança, sendo fixado um limite máximo de 10 pessoas, devendo contudo ser sempre salvaguardada a presença no funeral de cônjuge ou unido de facto, ascendentes, descendentes, parentes ou afins.”

Os poderes públicos tiveram consciência de que se esteve próximo de ultrapassar um limite ético que compromete a humanidade da morte. E que terão confiado em poderes de facto, amedrontados, para a regulação desse capítulo decisivo da vida de cada um.

O abandono dos mortos, a ausência de respeito pelos rituais fúnebres seria consolidação desse novo tabu: a morte! Consolidação que poderia empedecer o Homem na ausência de referências morais que se adquirem, em grande medida, pela consciência da morte. Como escreveu Martin Heidegger, em *Ser e Tempo*: “Precisamente porque sabe antecipadamente da sua morte, o homem ouve o apelo a uma existência na dignidade, e é na configuração ética da vida que sabe que não morre como gado. Pela consciência antecipada da morte, o Homem é arrancado à inautenticidade e convocado para a existência autêntica.”

Esperemos que Harari esteja errado! Lutemos para que todos os erros cometidos neste período não se prolonguem! ●

1. Paulo Jorge Nogueira, Miguel de Araújo Nobre, Paulo Jorge Nicola, Cristina Furtado, António Vaz Carneiro, “Excess Mortality Estimation During the COVID-19 Pandemic: Preliminary Data from Portugal” in *Ata Médica Portuguesa*, Vol. 33, N.º 13, 2020.

2. José Roquette, Hospital da Luz, 2019: <https://www.hospitaldalu.pt/pt/guia-de-saude/dicionario-de-saude/C/49/cancro-colorretal-mais-mortifero>

3. A doutrina antropológica defende que o Homem de Neandertal também já prestava cultos fúnebres.

4. Edgar Morin, *O Homem e a Morte*, 1970.

5. A Lei n.º 1-A/2020, de 19 de março viria ratificar este Decreto-Lei.

6. O Decreto do Presidente da República n.º 17-A/2020, de 2 de abril que renovou a declaração de estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública viria a conter normas iguais. Cf. ainda o Decreto do Presidente da República n.º 20/2020, de 17 de abril, que procede à segunda renovação da declaração de estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública.

7. Também assim o artigo 4.º al. e) e f) da Resolução da Assembleia da República n.º 22-A/2020, de 2 de abril, que autorizou a renovação da declaração do estado de emergência, bem como a Resolução da Assembleia da República n.º 23-A/2020, de 17 de abril, que autorizou a segunda renovação do estado de emergência.

8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022020-de-16032020-pdf.aspx>

9. <https://www.cm-ferreiradozeze.pt/mfz-municipio/camara-municipal/editais/2121-edital-n-18-2020>. Deste edital, publicado a 24 de março, portanto após a habilitação que lhe foi concedida pelo Decreto n.º 20/2020 de 18 de março, destacamos algumas normas: “Velórios 1 - Os velórios apenas deverão ter a permanência dos familiares diretos (...) não superiores a 5 pessoas (...). Os horários dos velórios e a abertura da casa mortuária / capelas são limitados a 4 horas no dia anterior previsto para a realização do funeral, e ao período de 4 horas antes da realização do funeral, excluindo o tempo dos serviços religiosos. Espaço exterior (...) não sendo permitida a aglomeração de pessoas no exterior em número superior a 20 pessoas. (...) Espaço do cemitério “3 - É apenas reservado o espaço onde irá decorrer a descida a terra para os familiares diretos acima indicados, e para os elementos dos serviços (...) É apenas permitida a assistência em espaço exterior a 10 pessoas, das últimas exéquias e da descida à terra. (...) Regras quando a declaração do óbito mencione vítima de sintomatologia da doença Covid 19. (...) número nunca superior a 4 pessoas, e por curtos períodos de tempo (...) 3 - No espaço exterior não é permitida a aglomeração de pessoas, em número superior a 10 pessoas.”

10. <https://anel.pt/storage/docs/sTXNtpVXE0nc94HAT02cCFjhWqR8SAOCuY-VExE.pdf>

11. Poderíamos ainda tentar sustentar esta extrema limitação do direito a participar em cerimónias fúnebres no chamado “Dever geral de recolhimento domiciliário”, estabelecido no artigo 5.º quer do Decreto n.º 2-A/2020, publicado a 20 de março e do Decreto n.º 2-B/2020, publicado a 2 de abril. Todavia, essas mesmas normas preveem exceções, incluindo uma cláusula geral, na al. t) “Outras atividades de natureza análoga ou por outros motivos de força maior ou necessidade impreterível, desde que devidamente justificados.” Ora, seguramente que assistir a um funeral de um familiar (ainda que não próximo) ou de uma pessoa relevante da história de vida de cada um deveria merecer a mesma justificação que muitas das exceções aí previstas (passar um animal, ida ao veterinário, aquisição de bens e serviços (sem limitação geográfica), etc.

12. Note-se que mesmo no período mais intenso de confinamento e restrição do direito de deslocação (das 00:00h do dia 9 de abril de 2020 e as 24:00h do dia 13 de abril de 2020), foi exarado o Despacho n.º 4235-D/2020, de 6 de abril, do Ministro da Administração Interna, assegurando que os ministros de culto poderiam deslocar-se entre Concelhos, com vista “à participação em celebrações de cariz religioso e de outros eventos de culto que não impliquem uma aglomeração de pessoas, bem como em atos fúnebres ou em casamentos urgentes.”

13. Agência Lusa, 30 abril de 2020.

PROJETOS EM CONTEXTO COVID-19: A UNIDADE DE AMBULATÓRIO E *PACKING* DA FARMÁCIA DO CHULC



Raquel Chantre

Administradora Hospitalar da Área de Farmácia do CHULC

O contexto Os últimos meses trouxeram desafios significativos ao Serviço Nacional de Saúde traduzidos pela necessidade de adaptação das diversas atividades assistenciais, incluindo os Serviços Farmacêuticos Hospitalares, à nova realidade imposta pela infeção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) e pelo progressivo agravamento da situação epidemiológica em Portugal.

Retrocedendo a meados de março de 2020, a transformação do Hospital Curry Cabral (Hospital de Referência Covid-19 na região de Lisboa e Vale do Tejo) para tratamento em exclusividade de doentes com Covid-19 implicou uma reorganização do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central (CHULC), constituído pelo Hospital de São José, Hospital Curry Cabral, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital de Santa Marta, Hospital de D. Estefânia e Maternidade Alfredo da Costa, com implicações diretas na Área de Farmácia, concretamente no circuito de dispensa terapêutica no ambulatório da farmácia do Hospital Curry Cabral, que concentrava diariamente pouco mais de 400 utentes, representando cerca de 50% do nú-

mero total diário de utentes em regime de ambulatório farmacêutico, no CHULC.

A necessidade emergente de assegurar a continuidade do acesso dos utentes aos medicamentos cedidos em ambulatório sem comprometer a segurança dos próprios, aliada à declaração do Estado de Emergência com consequentes medidas de distanciamento social e restrição de circulação de pessoas, obrigou a Área de Farmácia a uma resposta rápida e concertada, substituindo provisoriamente o atendimento ao público nas seis farmácias hospitalares por um sistema de entrega de medicamentos em proximidade. Nasceu assim o projeto de centralização de toda a atividade de preparação e dispensa terapêutica no CHULC aliado a uma entrega programada de medicamentos para as Farmácias Comunitárias, projeto designado por Unidade de Ambulatório e *Packing* (ou "Ambulão"), com um potencial de resposta para 14.000 utentes (número de utentes ativos em regime de ambulatório farmacêutico, no CHULC, em 2019).

A operação e a equipa

A concretização da nova Unidade só foi possível com o apoio do Conselho de Administração, e envolveu uma alteração espacial significativa, inclusivamente com reforço da infraestrutura (transformação de um armazém numa área de embalagem e acondicionamento de medicamentos, para expedição posterior, com condições para cargas e descargas, da rede de distribuição) que decorreu de forma célere, com a concentração nas novas instalações no Hospital de São José efetuada em menos de uma semana, fruto de um hercúleo trabalho conjunto com as equipas da Área de instalações e equipamentos (AGIE), sistemas e tecnologias de informação (AGSTI), gestão hoteleira (AGH), Logística e Gabinete de Segurança.

Adicionalmente, para que pudesse ser realizado o envio da medicação para uma Farmácia Comunitária, operacionalizaram-se duas condições prévias: uma li-



Foto de grupo da equipa.

nha de apoio à Farmácia (*Call Center*) disponível por telefone e *email*; e uma aplicação (*app*), desenvolvida *inhouse* pela equipa da AGSTI, para gestão dos contactos da Unidade de Ambulatório.

Desde início, a Unidade funcionou em 2 turnos diários (08h00-14h00 e 14h00-20h00), contando com a colaboração de cerca de 20 farmacêuticos desempregados/reformados ou estudantes de Ciências Farmacêuticas (4º e 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas), voluntários do Bolsa de Voluntariado da Ordem dos Farmacêuticos, que manifestaram disponibilidade para ajudar a implementar este projeto, nomeadamente para assumir o *Call Center*, e executar o processo de embalagem e acondicionamento dos medicamentos (preparação do *kit*); ambas as tarefas sob coordenação efetiva diária e rotativa de uma equipa de seis Farmacêuticos Hospitalares do CHULC.

Operacionalmente, o desenho do processo é simples: o primeiro contacto com o utente (ou em alternativa, com o cuidador) é sempre efetuado pelo *Call Center* que funciona em duas modalidades: na receção e resposta de contactos feitos pelo próprio utente (telefone ou *email*); ou na realização de contactos proativos aos utentes (efetuados tendo por base um algoritmo

de selecção de levantamentos terapêuticos registados no Sistema de Informação SGICM®). Neste primeiro contacto, seguindo um guião pré-definido, é validado o interesse do utente em receber a sua medicação habitual numa Farmácia Comunitária à escolha, em proximidade, é confirmada alguma informação pessoal (nome, morada, nº processo hospitalar) para validação da identificação do próprio utente, é solicitado um número de contacto telefónico válido, é seleccionada a Farmácia Comunitária e confirmada a data em que necessitará da nova medicação, criando-se um registo na *app* com esta informação. Cada registo gera um ID que, por sua vez, corresponde a uma entrega de terapêutica.

Completado o registo, o passo seguinte é a validação da prescrição médica pelos Farmacêuticos da Unidade e posterior preparação do *kit* de medicação para esse utente, que será depois distribuído para a Farmácia seleccionada.

O envio do *kit* é feito num saco opaco (garante a segurança no transporte e a confidencialidade) e com uma guia de transporte visível emitida pela Unidade de Ambulatório. Dessa guia consta a seguinte informação: ID do registo utente; nome e telefone de con-



O MELHOR INDICADOR
É AQUELE QUE NOS INDICA
QUANTOS UTILIZADORES
ATIVOS TEMOS NO PROGRAMA:
CERCA DE 5.000.
É ESTE O NÚMERO QUE DEVEMOS
RECORDAR, PORQUE MEDE
O IMPACTO DA MUDANÇA
QUE CONSTRUÍMOS.



tacto do utente, ambos codificados através de um código de barras (o envio desta informação permite o contacto da Farmácia Comunitária, após receção do kit, a avisar o utente para fazer o seu levantamento); Nome e código INFARMED da Farmácia selecionada; nº e tipologia (normal ou frio) de volumes do kit. Diariamente, é elaborada uma listagem de utentes para distribuição. Essa listagem é partilhada com a Linha de Apoio ao Farmacêutico (LAF), uma estrutura da Ordem dos Farmacêuticos que desempenha um papel de pivot entre o CHULC, a ADIFA (Associação de Distribuidores Farmacêuticos) e as Farmácias Comunitárias (ANF e AFP), as entidades parceiras deste projeto, cujo apoio tem sido inexcelável. Posteriormente à sua implementação, a Unidade de Ambulatório teve enquadramento no Despacho n.º 4270-C/2020, do Gabinete da Ministra, publicado a 7 de abril e executado pela Circular Normativa n.º005/CD/550.20.001 do INFARMED, publicada na mesma data, que definiu as orientações sobre o acesso de proximidade a medicamentos dispensados em ambulatório da farmácia hospitalar, no contexto da pandemia por Covid-19. Com este novo enquadramento legal, a Unidade de Ambulatório passou a integrar o projeto Operação Luz Verde, uma resposta inclusiva coordenada pela

ANF/AFP, com o envolvimento dos vários agentes do sector e com a participação de mais de 30 Hospitais. Este projeto de âmbito nacional contou com o apoio da APAH, da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos, da ADIFA, da APIFARMA e da Sociedade Civil (representada por várias Associações de Doentes).

Sobre a Unidade de Ambulatório e *Packing*, importa ainda referir que, no mês de maio, a mesma contou com o apoio financeiro do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) no âmbito das Medidas de Apoio ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde, de carácter excepcional e temporário, definidos na Portaria n.º 82C/2020 de 31 de março, após submissão e aprovação da devida candidatura.

Os números

O balanço feito, finalizada a primeira semana da Unidade de Ambulatório, impressionava: 2.700 registos na *app*; mais de 1.000 contactos respondidos (*emails* e telefonemas) e 945 kits de medicamentos enviados. Ao fim de dois meses, o trabalho desenvolvido diariamente por esta Unidade reflecte-se nos seguintes indicadores: no *Call Center*, foram respondidos mais de 4.000 *emails* e um número idêntico de telefonemas; foram enviados mais de 8.000 *kits* pelo sistema de distribuição; e na *app* de contactos temos mais de 20.000 registos.

Mas o melhor indicador é aquele que nos indica quantos utilizadores ativos temos no Programa: cerca de 5.000, ou seja, 1/3 do potencial do ambulatório do CHULC. É este o número que devemos recordar, porque mede o impacto da mudança que construímos.

O futuro

O progressivo desconfinamento populacional, que conduziu à quebra no número de voluntários do projeto, aliado à retoma gradual da atividade assistencial no CHULC, proximamente com a reabertura ao público dos ambulatórios Farmacêuticos, e o desfecho da Operação Luz Verde, levantam um conjunto de desafios, nomeadamente no que respeita a sustentabilidade financeira e de recursos humanos necessários para dar continuidade a este projeto.

Face aos resultados alcançados, reconhecendo empiricamente a melhoria no acesso, no conforto, na segurança, traduzidos por uma satisfação global dos utentes e dos vários grupos de profissionais de saúde do CHULC, importa definir uma estratégia de continuidade, implementando gradualmente ferramentas que permitam uma melhoria contínua na gestão do processo e a completa eficiência do sistema. Esse será o nosso próximo passo porque a Unidade de Ambulatório e *Packing* tem futuro no CHULC! ●

saphety

Procura um parceiro tecnológico especialista em EDI e Faturação Eletrónica?

Adoção obrigatória da Faturação Eletrónica com a Administração Pública em 2020.

- Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto
- Decreto-Lei n.º 123/2018, de 28 de dezembro
- Portaria n.º 289/2019, de 5 de setembro
- Decreto-Lei n.º 14-A/2020, de 7 de abril

Faturação Eletrónica



Contacte-nos em [saphety.com](https://www.saphety.com)



SEGUROS PARA GESTORES HOSPITALARES



Anabela Araújo
Chief Broking Officer/Claims Director, AON Portugal

Vivemos hoje em Portugal e no resto do mundo uma situação muito complexa, cujas consequências dificilmente conseguiremos abarcar num tão curto espaço de tempo e que, infelizmente, irão certamente perdurar ao longo de muito tempo.

A pandemia do novo coronavírus varre o nosso planeta e traz consigo uma enormidade de consequências que, em muito, ultrapassam a saúde pública e que impactam diretamente nas empresas e na sociedade em geral.

Como não poderia deixar de ser, os administradores e gestores hospitalares estão no centro desta “tempestade”, a tomar decisões quase que “ao minuto” e com base em pressupostos cuja volatilidade é muito grande. Acresce o facto de muitas vezes enfrentarem escassez de recursos - financeiros, humanos e materiais - situação amplamente noticiada pela comunicação social portuguesa.

É verdade que no mundo empresarial e por definição, os administradores e os gestores das empresas desempenham funções com um elevado grau de exposição (como se costuma dizer “vem com o cargo”), mas também não deixa de ser verdade que, no atual cenário, o grau de exposição dos administradores e gestores hospitalares cresceu exponencialmente e consequentemente, a probabilidade de surgirem reclamações contra os mesmos também se acentuou. Verificamos que os acionistas seguem com grande cuidado as declarações públicas que são feitas neste âmbito, que existe a possibilidade de mesmo num

cenário único como o que vivemos existir alguém ou um grupo de pessoas que entende que as medidas adotadas não foram as adequadas e corretas para proteger a saúde dos utentes e dos seus familiares, que entenda que o plano de continuidade adotado não foi o mais correto, ou que entenda que determinadas medidas foram tomadas tardiamente, ou nem sequer configuraram o plano de ação delineado. São inúmeras as situações de descontentamento e reivindicação, próprias de um cenário de crise, como este que atualmente vivemos.

Naturalmente, todos temos presente a complexidade sem precedentes desta situação, mas a verdade é que os melhores esforços de todos os envolvidos não impedem que perante a morte de um familiar os seus herdeiros venham demandar judicialmente a entidade hospitalar e os respetivos administradores e gestores. É neste âmbito que o seguro 396 (proveniente do Código das Sociedades Comerciais e onde se prevê a necessidade de caucionar a responsabilidade civil dos membros de órgãos de administração, de fiscalização e do conselho geral e de supervisão) tem um papel fundamental a desempenhar na medida em que, não só protege o património pessoal dos administradores e gestores, como também permite que os mesmos tenham acesso à melhor defesa possível. Neste âmbito a APAH, a Aon Portugal e a AIG desenvolveram uma parceria cujo principal objetivo foi o de colocar à disposição dos administradores e gestores hospitalares uma solução de seguro que não só garanta o pagamento de uma indemnização - em caso de condenação judicial - mas também a anteci-

pação dos custos de defesa, ou seja, o reembolso dos honorários pagos aos advogados que trabalham na defesa judicial do administrador e do gestor hospitalar e os custos judiciais que entretanto vão surgindo. Esta cobertura de antecipação dos custos de defesa funcionará numa fase inicial do processo e independentemente da pouca ou muita viabilidade de sucesso da ação judicial. Aqui reside a sua importância: por muito pouco fundamentada ou pouco credível que seja a ação judicial, a verdade é que os administradores e gestores hospitalares terão sempre de contratar um advogado, pagar honorários e despesas judiciais precisamente para em Tribunal demonstrar a total ausência de sustentabilidade do pedido de quem os demanda. Como bem sabemos, os honorários dos advogados são impactantes e as custas judiciais a pagar ao Tribunal podem atingir valores substanciais. Torna-se assim, ainda mais relevante, poder usufruir de uma solução como a disponibilizada.

Ao abrigo do referido protocolo existem vários níveis de proteção que vão desde €50.000,00 a €250.000,00 em caso de indemnização a terceiros, e entre os €25.000,00 e os €75.000,00 no que respeita aos custos com honorários de advogados.

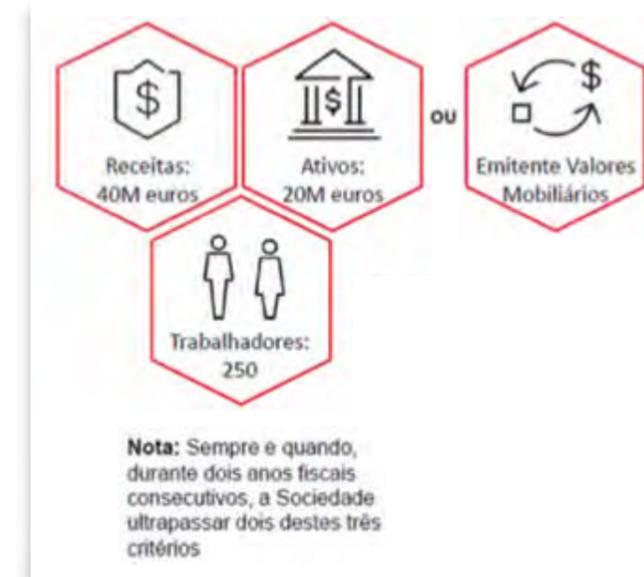
São três soluções que apelidamos de *Basic*, *Plus* e *Premium* e que refletem uma crescente robustez em termos de proteção pelo aumento de capital implícito:

1 BASIC
Indemnizações: 50.000 euros
Apoio jurídico: 25.000 euros
Prémio anual: 294,30 euros

2 PLUS
Indemnizações: 100.000 euros
Apoio jurídico: 50.000 euros
Prémio anual (*): 436,00 euros

3 PREMIUM
Indemnizações: 250.000 euros
Apoio jurídico: 75.000 euros
Prémio anual (*): 654,00 euros

Ainda que não se trate de um seguro obrigatório para as entidades aqui sob análise - com exceção das sociedades privadas e que se enquadrem nos critérios económicos definidas pelo n.º2 do Artigo 413.º do Código das Sociedades Comerciais em vigor e que constam da imagem infra, para quem este seguro, é obrigatório por lei - se no passado já entendíamos que a sua contratação era importante, no presente cenário consideramos que a subscrição do mesmo é crucial para defesa dos interesses dos administradores e gestores hospitalares.



Esta apólice de seguro poderá ser acionada quer em situações de negligência, mas também perante atos dolosos, reservando-se, neste caso, o direito de regresso da Seguradora sobre o Segurado.

Na Aon, sempre considerámos o setor da saúde como estratégico, e neste contexto temos procurado centrar esforços na identificação de tendências, exposições e riscos, bem como no desenvolvimento de soluções de transferência de risco específicas e adaptáveis à cultura e necessidades de cada cliente. Saliemos que perante o presente cenário de pandemia, esta é uma realidade que faz ainda mais sentido, em que o reforço de soluções no meio se torna crucial. Estamos muito conscientes da importância de todos os profissionais da área da saúde na gestão desta crise e pelos motivos anteriormente expostos são profissionais que inevitavelmente requererem uma maior proteção. ●

INDEX NACIONAL DO ACESSO AO MEDICAMENTO HOSPITALAR



Sofia Oliveira Martins
Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa



Paula Campos
Ordem dos Farmacêuticos (OF)



Jorge Soares
Ordem dos Farmacêuticos (OF)



Armando Alcobia
Ordem dos Farmacêuticos (OF)



António Melo Gouveia
Ordem dos Farmacêuticos (OF)



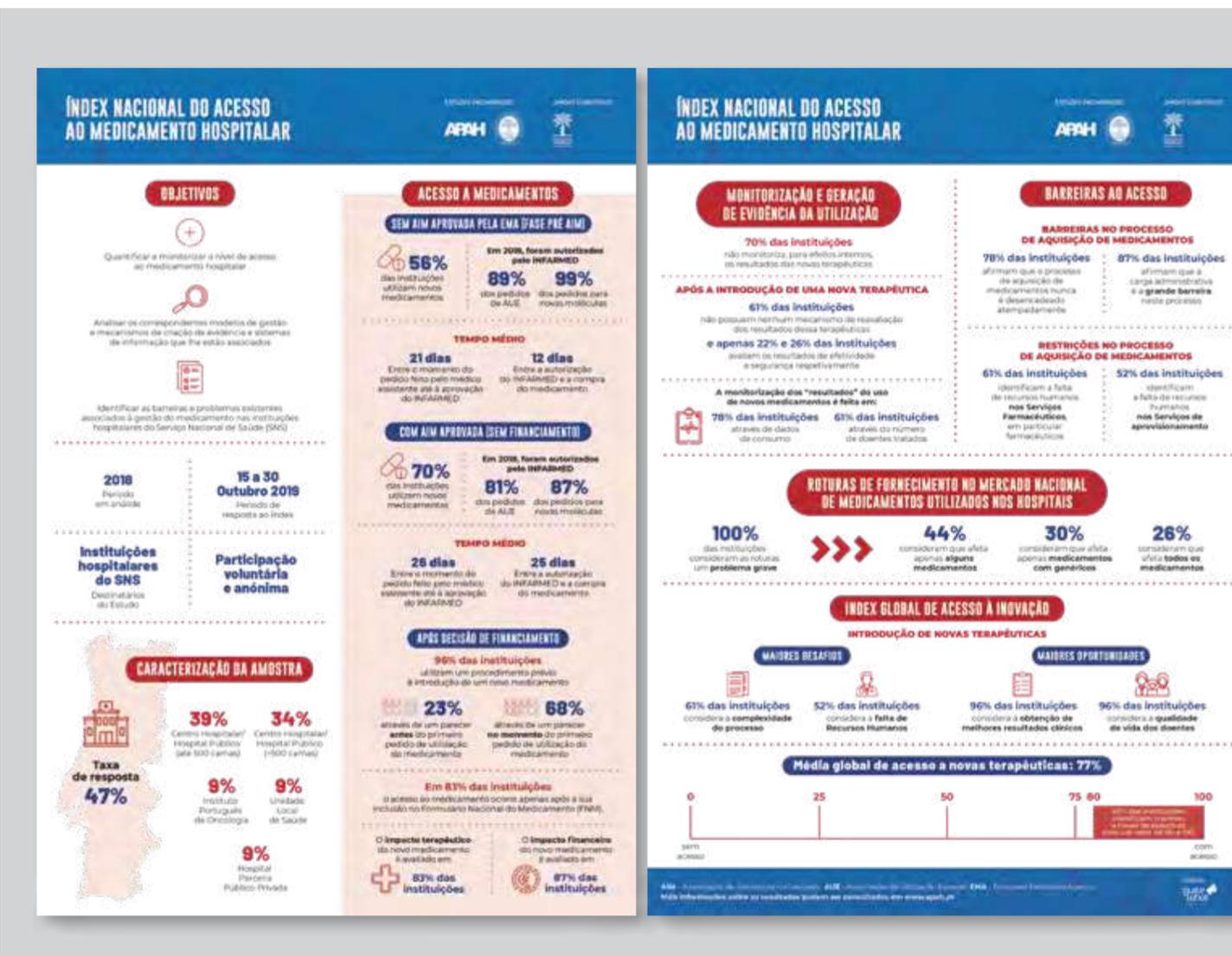
Rogério Gaspar
Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa



Miguel Lopes
Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH)



Alexandre Lourenço
Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH)



Introdução

Todos os dados existentes apontam para o facto de que o medicamento tenha sido o maior responsável pelo aumento da esperança de vida e pela melhoria da qualidade de vida¹. Especificamente, os medicamentos inovadores tiveram na última década, um papel crucial nesta melhoria, tendo em conta o seu impacto nos resultados (por exemplo, a esperança média de vida) e a sua relevância em áreas terapêuticas com elevado nível de inovação farmacológica². É hoje também reconhecido pelos diversos intervenientes na área da saúde, e a nível mundial, de que o acesso à inovação terapêutica é um direito do cidadão^{3,4}.

Em Portugal, a crise económico-financeira motivou um forte ajustamento na despesa em saúde, especialmente a relacionada com medicamentos. Esta redução da despesa foi acompanhada por uma diminuição e um atraso no acesso a medicamentos novos e inovadores². Dado o elevado contributo da inovação em medicamentos para a melhoria dos resultados em saúde e perceção de crescentes dificuldades no acesso à inovação, é premente identificar as barreiras existentes ao seu acesso, nomeadamente no seio do SNS, de forma de promover boas práticas e minimizar ou eliminar as barreiras existentes.

Objetivos

O estudo teve dois objetivos principais:

1. Estudar o nível de acesso ao medicamento hospitalar e analisar os correspondentes modelos de gestão, mecanismos de geração de evidência e sistemas de informação que lhe estão associados nas Unidades Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
2. Identificar as barreiras e problemas existentes associados à gestão do medicamento nas Unidades Hospitalares do SNS.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal, observacional, cujo período em análise foi o ano de 2018. Para a recolha de dados foi construído um questionário pela Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH) e Ordem dos Farmacêuticos (OF),

com validação científica da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, e sua posterior aplicação por via eletrónica.

O questionário abordou cinco tópicos principais: 1) Caracterização da instituição de saúde; 2) Acesso a medicamentos (Pré-AIM, Pós-AIM sem financiamento e Pós-financiamento); 3) Monitorização e geração de evidência da utilização; 4) Barreiras ao acesso de medicamentos e produtos de saúde; 5) Index Global de Acesso à Inovação.

A recolha de dados foi feita através de questionário eletrónico, enviado a todas as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde de Portugal continental na segunda quinzena de outubro de 2019, sen-



A ESMAGADORA MAIORIA DOS HOSPITAIS (96%) UTILIZA PROCEDIMENTOS PRÉVIOS À INTRODUÇÃO DE UM NOVO MEDICAMENTO, APÓS DECISÃO POSITIVA DE FINANCIAMENTO PELO INFARMED.



do precedida de um pré-teste a cinco instituições hospitalares. A participação no estudo foi voluntária e anónima.

Resultados e discussão

Obteve-se uma taxa de resposta de 47%. Em termos geográficos, responderam uma maior percentagem de instituições da região Norte (39,1%), seguida pela região de Lisboa e Vale do Tejo (30,4%), Região Centro e Alentejo (13% cada) e o Algarve, com 4,5% de respostas.

Em termos de caracterização das instituições de saúde respondentes, 39% foram Centros Hospitalares ou Hospitais públicos com um número de camas inferior a 500, 34% com um número superior a 500 camas, e com um valor de 9% cada, Institutos de oncologia, unidades locais de saúde e hospitais de parceria público-privada.

Os resultados referentes ao ano 2018 revelaram que o acesso aos novos medicamentos nos hospitais do SNS está a ocorrer em todas as fases de aprovação (pré AIM, AIM sem financiamento e pós financiamento).

Acesso ao medicamento na fase pré-AIM

Verificou-se que 56,5% das instituições utilizavam medicamentos que ainda não dispunham de AIM, via pedido de Autorização de Utilização Especial (AUE). Em 69,2% dos casos, a utilização está dependente sempre da existência de algum Programa de Acesso.

No entanto, 54% das instituições respondentes envolvem 4 a 5 órgãos neste tipo de pedido antes do mesmo ser submetido ao INFARMED, levando a que o tempo médio entre o momento do pedido pelo médico assistente até à comunicação final do INFARMED seja de 21 dias (intervalo 7-34), e de 12 dias o tempo médio entre a aprovação do INFARMED e a compra do medicamento (intervalo 5-21). Dos pedidos submetidos, 88,8% foram aprovados pelo INFARMED.

Acesso ao medicamento na fase pós AIM, sem decisão de financiamento pelo SNS

Importa aqui referir que, para efeitos deste questionário entendeu-se por “novo medicamento”, qualquer novo medicamento aprovado, contendo uma nova molécula, identificados por DCI.

A grande maioria das instituições participantes (69,6%) reportaram utilizar novos medicamentos aprovados, que aguardam decisão de financiamento por parte do INFARMED. Nesta fase, 69% das instituições envolvem 5 a 6 órgãos neste tipo de pedido, sendo de 26 dias o tempo médio entre o momento do pedido pelo médico até à comunicação final do INFARMED (intervalo 10-60), e de 25 dias o tempo médio entre a aprovação do INFARMED e compra do medicamento (intervalo 3-120). Dos pedidos submetidos, 86,3% foram aprovados pelo INFARMED.

Acesso ao medicamento após decisão de financiamento pelo SNS

A esmagadora maioria dos hospitais (96%) utiliza procedimentos prévios à introdução de um novo medicamento, após decisão positiva de financiamento pelo INFARMED, sendo que apenas em cerca de 23% dos casos existe a emissão de um parecer prévio ao primeiro pedido de utilização do medicamento. Em todos os outros casos, a parecer apenas é pedido aquando do primeiro pedido de utilização.

Na emissão do parecer, em 100% dos casos a Comissão de Farmácia e Terapêutica está envolvida, mas o Conselho de Administração apenas é ouvido em 50% dos casos. Mais, para 83% das instituições a inclusão no Formulário Nacional do Medicamento (FNH) é condição fundamental para o desencadear do processo.

O impacto terapêutico e financeiro de um novo medicamento é avaliado em 83% e 87% das instituições respetivamente e envolve em média 5 órgãos internos no processo de decisão.

É referido que na utilização de um novo medicamento, em 78,3% das instituições participantes no estudo, é revisto o algoritmo de decisão terapêutica para a patologia a tratar, incluindo o novo fármaco.

Em termos de acesso, das novas moléculas autorizadas pelo INFARMED em 2017, apenas 10% não foram uti-

lizadas em nenhuma das instituições respondentes em 2018, o que traduz um elevado nível de utilização das novas moléculas autorizadas.

Monitorização e geração de evidência da utilização

No que concerne aos mecanismos de monitorização e geração de evidência cerca de 70% das instituições não possui mecanismos de monitorização dos resultados das novas terapêuticas.

Mais ainda, após a introdução de uma nova terapêutica, 61% das instituições não possuem nenhum mecanismo de reavaliação dos resultados dessa terapêutica. Os que o fazem (39%) fazem-no através da monitorização individual dos doentes, sendo que os resultados de efetividade e de segurança são avaliados em apenas 22% e 26% das instituições respetivamente. De realçar ainda que as monitorizações incidem apenas nos dados relacionados com o consumo (78%) e com o número de doentes tratados (61%).

No âmbito do processo de monitorização dos resultados da utilização dos novos medicamentos, 78% das instituições inquiridas reportou já ter comunicado dados ao INFARMED, a pedido desta autoridade competente. Estes dados revelam-se preocupantes, e identificam uma situação que urge alterar.

Barreiras ao acesso de todos os medicamentos

Quando questionados sobre o processo de aquisição dos medicamentos, 78% dos inquiridos consideram que este processo nunca é desencadeado atempadamente, identificando em 74% dos casos o atraso nos processos desencadeados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Relativamente às Barreiras ao acesso a “carga administrativa” é indicada como principal barreira no processo de aquisição destes fármacos, mas 61% das instituições aponta também falta de recursos humanos

nos Serviços Farmacêuticos, em particular de farmacêuticos e 52% a falta de recursos humanos nos Serviços de Aprovisionamento.

As três principais barreiras identificadas no processo de aquisição de medicamentos foram a carga administrativa (87%), e ineficiência dos SPMS (43%) e a falta de autorizações financeiras (39%).

Relativamente às três condições objetivas mais relevantes que restringem a aquisição de medicamentos, foram identificadas em 61% a falta de recursos humanos na área farmacêutica, a falta de recursos humanos na área do aprovisionamento (52%) e a falta de eficácia dos SPMS, em 48% dos inquiridos.

Considerando a exceção prevista no artigo 9.º do DL 127/2012, quando o processo de compra não se encontra concluído, mas existem necessidades urgentes a satisfazer, em 83% das instituições respondentes foi reportado que a Farmácia Hospitalar diligencia a obtenção de medicamentos junto de outros Hospitais (empréstimo) assumindo a responsabilidade deste processo. Quando questionados sobre qual a percentagem de medicamentos (por DCI) que estima serem necessários para os utentes sem que o processo de aquisição esteja disponível em algum momento do ano, mais de 43% dos inquiridos reportaram uma percentagem superior a 10% de medicamentos nesta situação.

Os resultados mostram também que 39,1% dos hospitais têm roturas no fornecimento de medicamentos todos os dias, 30,4% das unidades dizem que estas roturas ocorrem semanalmente e 30% refere que as roturas ocorrem todos os meses. O problema é considerado “grave” pela totalidade dos hospitais e para 26% das instituições afeta todos os medicamentos. No entanto, para 30% das unidades este fenómeno afeta essencialmente os medicamentos que têm ge- ▶

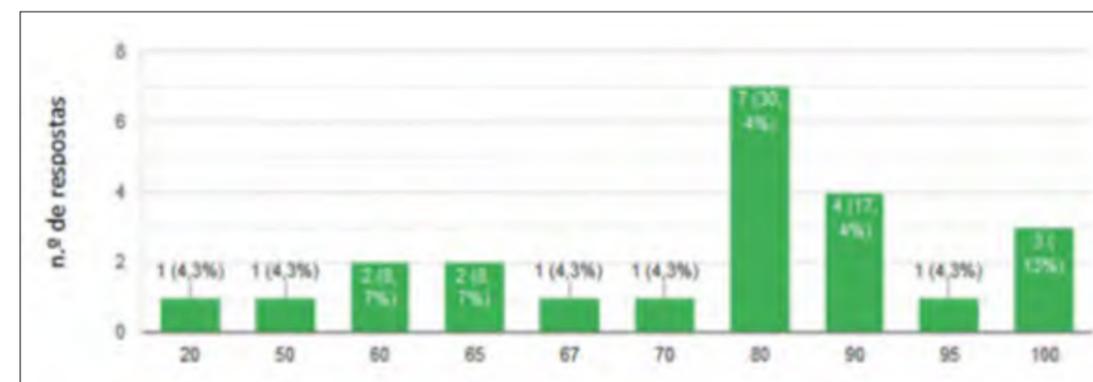


Figura 1: Index Nacional do Acesso ao Medicamento Hospitalar - classificação numa escala de 0 a 100* de acordo com a experiência do inquirido nos últimos 12 meses e a sua perceção, do acesso a novos medicamentos na sua instituição.



COMO MAIORES OPORTUNIDADES GERADAS PELA INTRODUÇÃO DE NOVAS TERAPÊUTICAS, 95,7% DOS INQUIRIDOS IDENTIFICARAM A OBTENÇÃO DE MELHORES RESULTADOS CLÍNICOS E UMA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA.



néricos e para 44% o problema está restrito apenas a alguns medicamentos.

Índex Global de Acesso à Inovação

Sobre os maiores desafios na introdução de novas terapêuticas, 60,9% dos inquiridos identificaram a complexidade do processo de aquisição, 52,2% a escassez de recursos humanos e 43,5 % a lentidão do processo e a cabimentação.

Como maiores oportunidades geradas pela introdução de novas terapêuticas, 95,7% dos inquiridos identificaram a obtenção de melhores resultados clínicos e uma melhoria da qualidade de vida para os doentes, e 52,2% a poupança a longo prazo.

Foi finalmente solicitado aos inquiridos que classificassem numa escala de 0 a 100* de acordo com a experiência do inquirido nos últimos 12 meses e a sua perceção, do acesso a novos medicamentos na sua instituição, sendo que zero significa sem acesso a novas terapêuticas e cem significa com acesso a todas as novas terapêuticas. O Índex Global de Acesso à Inovação, que mediu a perceção acima descrita dos inquiridos, foi classificado por 65% das instituições com um valor de 80 a 100% numa média de 77%. Os valores obtidos ao longo da escala de 0 a 100 estão apresentados na figura 1.

Os valores médios por tipo de instituição foram de 81% para os hospitais com mais de 500 camas, de 69% para hospitais com menos de 500 camas, de 75% no

caso dos Institutos de Oncologia e de 86% para os outros tipos de instituições hospitalares.

Conclusões

Pode-se assim concluir que a maioria das Instituições Hospitalares utilizam Medicamentos sem AIM e com AIM mas ainda sem decisão de financiamento, garantindo assim na globalidade o acesso à inovação terapêutica, embora com níveis de acesso diferentes, gerando assim desigualdades.

Após a decisão de financiamento, em 83% das instituições, o acesso ao medicamento ocorre apenas após a sua inclusão no Formulário Nacional do Medicamento (FNM).

Verificou-se também com preocupação que a monitorização e geração de evidência dos resultados das novas terapêuticas dentro das instituições é muito residual.

A carga administrativa para 87% das instituições, é identificada como sendo a grande barreira no processo de aquisição dos novos medicamentos e para 61% das instituições, o maior desafio na introdução de novas terapêuticas é a complexidade do processo.

O valor determinado para o Índex Global de Acesso ao Medicamento para o ano de 2018 foi de 77%.

Face aos resultados obtidos no estudo, deixam-se as seguintes recomendações para os decisores políticos da área da saúde e a tutela:

1. Necessidade de criação de mecanismos de avaliação dos resultados de efetividade e segurança da utilização dos medicamentos;
2. Definição de tempos mínimos de acesso a terapêuticas inovadoras à semelhança dos restantes serviços de saúde (consultas, cirurgias, MCDTs);
3. Necessidade de uniformização/convergência dos procedimentos internos nos hospitais de forma a reduzir tempos de acesso e carga burocrática;
4. Fortalecimento dos recursos humanos nos Serviços Farmacêuticos e dos Serviços de Compras e Logística dos hospitais e investimento na formação e conhecimento destes profissionais na medição de resultados. ●

1. Frank R Lichtenberg, How many life-years have new drugs saved? A three-way fixed-effects analysis of 66 diseases in 27 countries, 2000-2013, International Health, Volume 11, Issue 5, september 2019, Pages 403-416, <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz0032>.

2. Boston Consulting Group. Inovação como um direito dos portugueses. Perspetivas sobre o acesso à inovação farmacológica em Portugal e recomendações estratégicas para garantir a sua existência. Rev. Port. Farmacoter, 2016;8:66-67.

3. Access to Medicines-Overcoming the Barriers. WHO 2015.

4. Godman Brian, Bucsis Anna, Vella Bonanno Patricia, et al. Barriers for Access to New Medicines: Searching for the Balance Between Rising Costs and Limited Budgets. Frontiers in Public Health, 2018, vol 6. DOI-10.3389/fpubh.2018.00328.

NÃO DESISTIMOS DE LUTAR CONTRA AS DOENÇAS

ESTE É O NOSSO COMPROMISSO COM AS PESSOAS

ASSISTA
AO FILME
AQUI



Garantimos a continuidade dos tratamentos a todos os doentes

As empresas farmacêuticas em Portugal asseguram que os **medicamentos, as vacinas e os dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro* continuam a chegar a todos** os que deles necessitam.

Portugal conta com o esforço de todas as empresas farmacêuticas e dos seus colaboradores

que asseguram a produção, a distribuição, a logística e a dispensa nas farmácias.

A par, apoiámos projectos criados para permitir a **entrega de medicamentos, habitualmente de dispensa hospitalar, em casa dos doentes** – Operação Luz Verde e Fundo de Emergência abem: Covid-19.

Apoiamos a Sociedade, as Autoridades e o Sistema de Saúde no terreno

A APIFARMA e as empresas farmacêuticas suas associadas **já doaram cerca de 3,4 milhões de euros para apoiar a aquisição de equipamento** para os profissionais que combatem a COVID-19 e material para a **realização de testes e ensaios de diagnóstico ao novo coronavírus**.

Os apoios destinam-se a entidades do Serviço Nacional de Saúde, autarquias, instituições de ensino, prestadores de saúde particulares, associações de doentes, entre outros.

Contribuímos também para a *Resposta Global à COVID-19*, uma iniciativa da Comissão Europeia para **acelerar o desenvolvimento, a produção e o acesso a vacinas, diagnósticos e tratamentos**.

Demos prioridade à investigação de Vacinas, Medicamentos e Diagnósticos

Existem hoje mais de **100 vacinas candidatas e mais 200 medicamentos em investigação**. E estão em curso centenas de ensaios clínicos para responder, com eficácia e segurança, a esta pandemia.

Mobilizámos os nossos investigadores e estamos a partilhar conhecimento e a colaborar com os institutos públicos de investigação. Tudo para **acelerar a descoberta e disponibilizar ao mundo a solução para a pandemia**.

Logo que se alcançar uma solução, será dada total **prioridade à sua disponibilização junto da população**, em condições de equidade. Esta é parte da nossa missão.

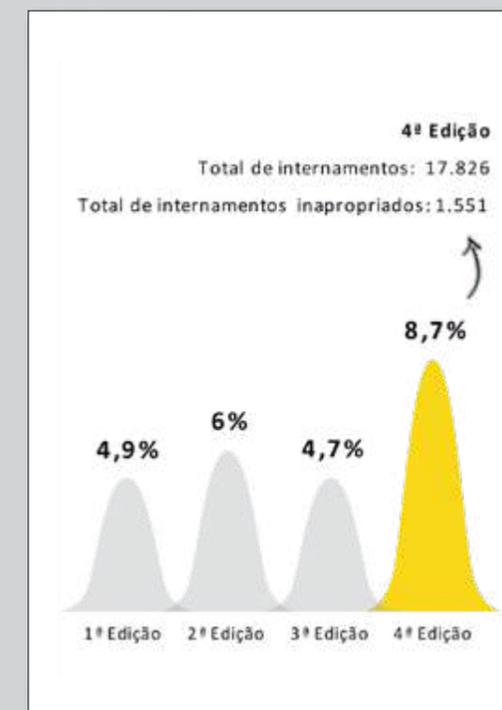
BARÓMETROS DE INTERNAMENTOS SOCIAIS MAIS DE 1.500 PESSOAS INTERNADAS DE FORMA INAPROPRIADA EM 2020



Sara Galdes
EY Senior Manager - Operational Lead of the Health, Sciences and Wellness Sector for Advisory Services

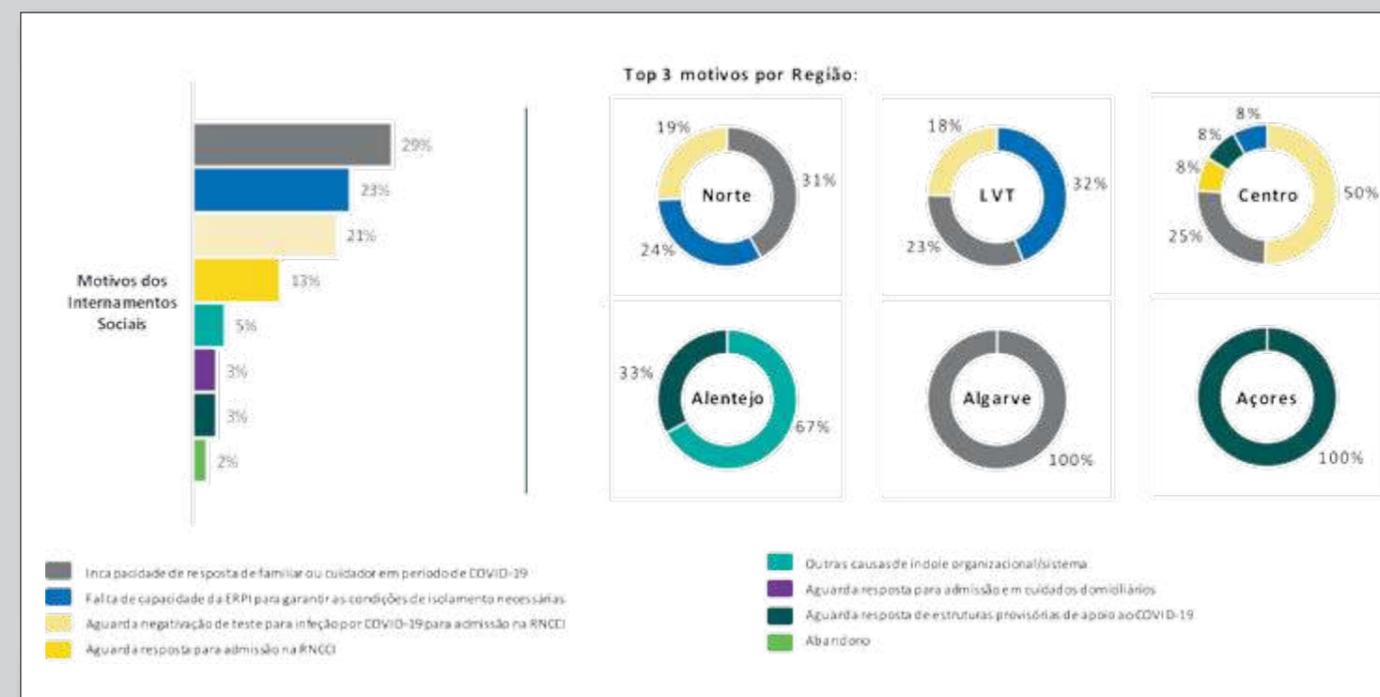
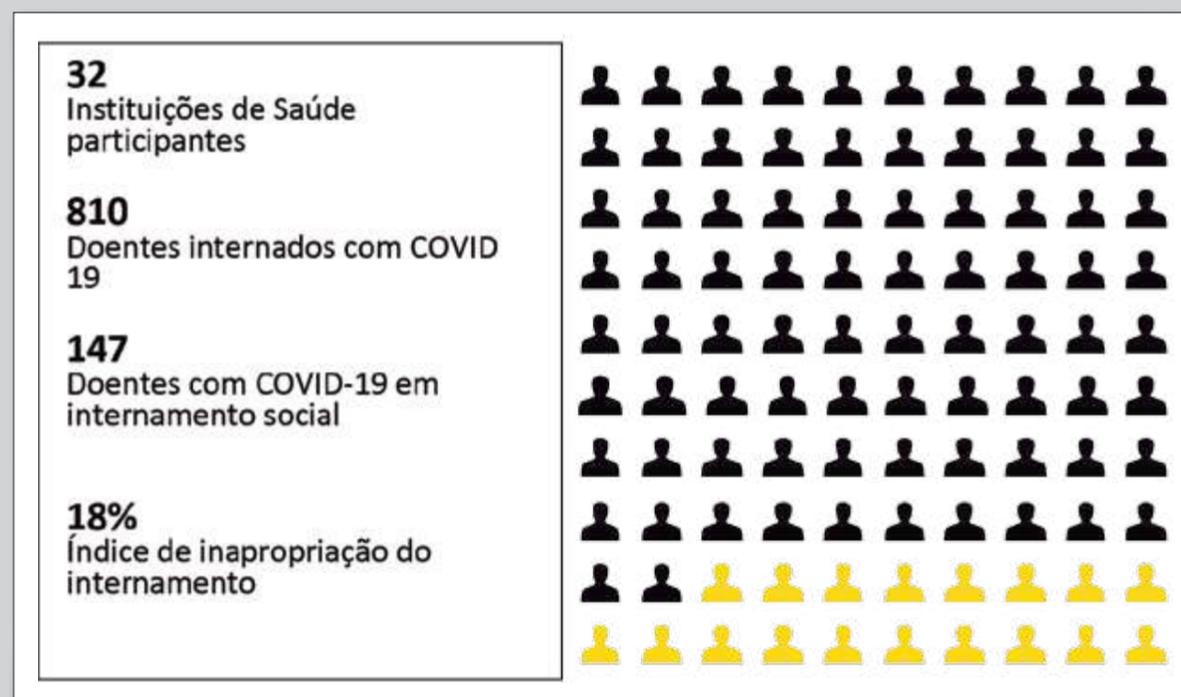
Os internamentos sociais (ou inapropriados) referem-se ao fenómeno de permanência do doente em ambiente hospitalar quando o mesmo já não apresenta sintomatologia clínica que o justifique. O prolongamento dos dias de internamento social acarreta impactos quer para a própria pessoa, quer para o país. O aumento do risco de infeção, depressão, quedas e agravamento do estado de dependência, são algumas das complicações clínicas evitáveis com a diminuição do número e dias de internamentos sociais. Adicionalmente, o referido fenómeno repercute-se no prolongamento da ocupação das camas hospitalares e, por conseguinte, no aumento dos tempos de espera para internamentos eletivos e na respetiva degradação dos cuidados de saúde prestados aos Portugueses. O Barómetro de Internamentos Sociais é uma iniciativa anual da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) com o suporte da EY e com o apoio institucional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), que pretende monitorizar e caracterizar os internamentos sociais, bem como os seus principais motivos. Este ano, foi desenvolvida a 4ª Edição do Barómetro, com dados referentes a 18 de fevereiro de 2020, a

qual contou com a participação de 40 entidades de saúde do setor público, distribuídas por todo o país (entre Portugal Continental e Açores), representando por sua vez uma taxa de participação de 90% ao nível do número de camas. Em 2020, foram registados 1.551 internamentos inapropriados, num total de 17.826 internamentos registados nas instituições participantes, levando a um índice de inapropriação de internamento de 8,7% (excluindo unidades psiquiátricas). O número registado de internamentos inapropriados revelou um aumento de cerca de 85% face à edição de 2019, sendo este fator reforçado pelo aumento do número de instituições participantes no Barómetro (de 33 em 2019, para 40 unidades hospitalares este ano). Os internamentos inapropriados estão maioritariamente representados nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Norte, que são responsáveis por 81% do total a nível nacional, sendo que 80% de doentes apresentam idades acima dos 65 anos. A falta de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como a incapacidade de familiares ou cuidadores, continuam a ser (à semelhança das edições anteriores) as principais causas dos internamentos inapropriados. Adicionalmente, a falta de capacidade das Estruturas Residen-

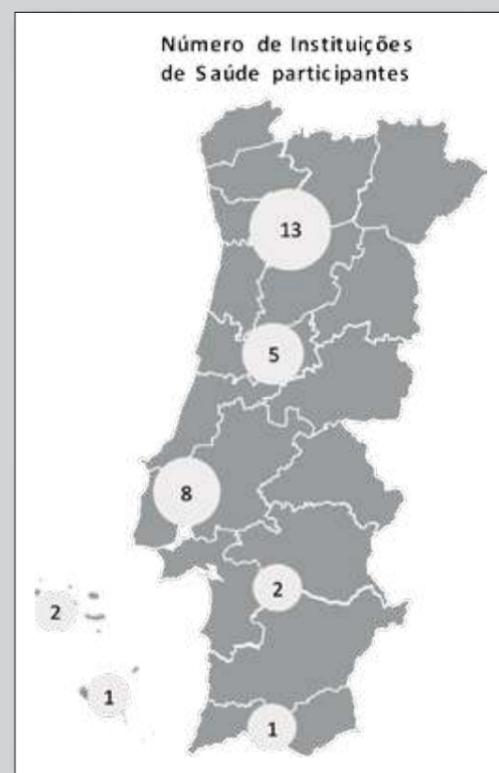


ciais Para Idosos (ERPI), incluída pela primeira vez nesta edição do Barómetro, assume uma expressão relevante, sendo o terceiro principal motivo dos internamentos sociais. Apesar da diminuição da duração média de um internamento social (de 98,4 dias para 77,4 dias, excluindo unidades psiquiátricas), o aumento exponencial do número dos internamentos sociais, juntamente com o aumento do preço base de internamento (de 2.285€ em 2019 para 2.759€ em 2020) conduziram a um aumento de 48% da valorização financeira dos internamentos sociais, passando de 31,5M€ (em 2019) para 46,6M€, em 2020. A extrapolação deste valor para um ano, com o pressuposto de que os internamentos inapropriados se mantêm constantes ao longo ano, evidencia um impacto estimado superior a 184M€ anuais para o Estado Português. Tendo em consideração o contexto em que vivemos atualmente, e o particular aumento da afluência aos Hospitais, decorrente da Pandemia SARS-CoV-2, a APAH, a EY e a SPMI voltaram a unir esforços de modo a realizar o levantamento e caracterização do número de internamentos inapropriados, à data de 5 de maio de 2020, associado apenas a doentes com Covid-19 que, apesar de já não apresentarem sintomatologia clínica e estarem elegíveis para alta, permane-



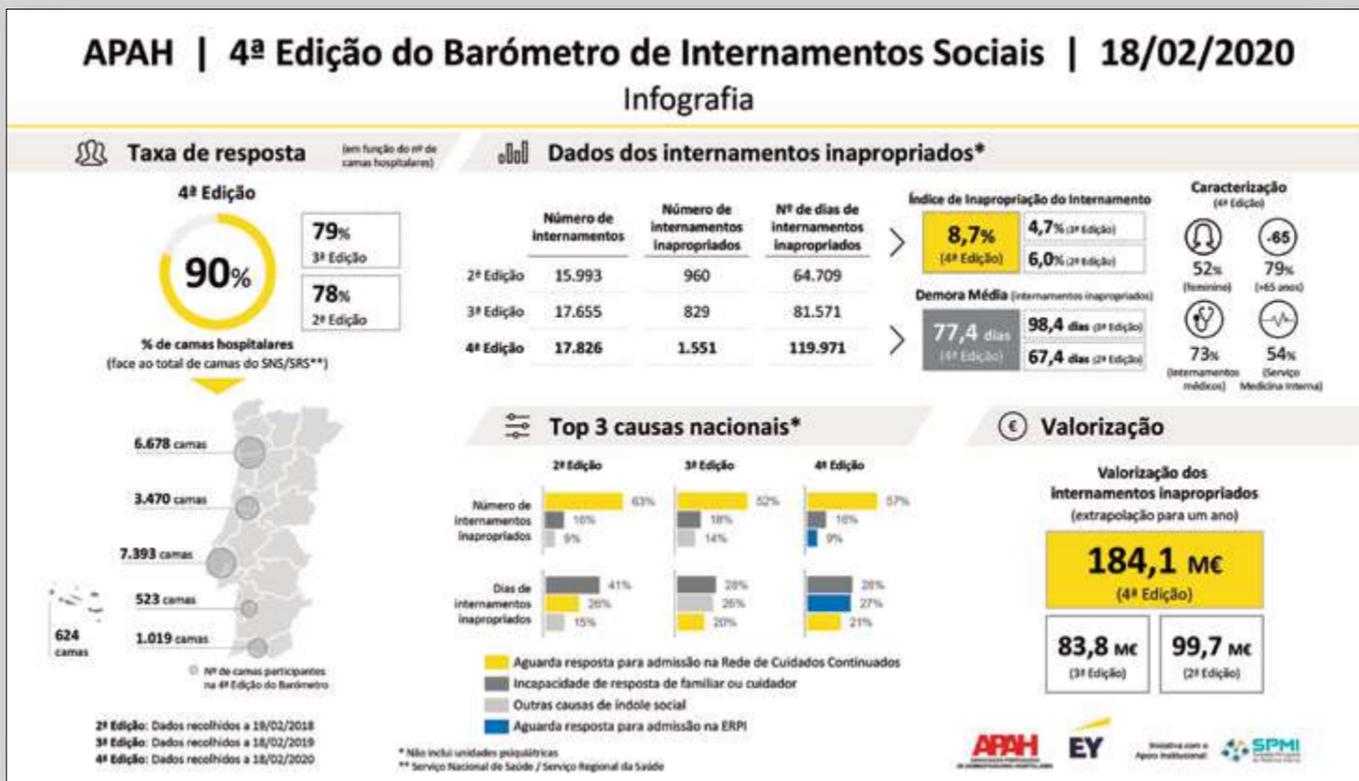


“ A 4ª EDIÇÃO DO BARÓMETRO DE INTERNAMENTOS SOCIAIS DEMONSTRA QUE O FENÓMENO DOS INTERNAMENTOS INAPROPRIADOS CONTINUA A EXISTIR. ”



cem em ambiente Hospitalar. A iniciativa referente ao Barómetro de Internamentos Sociais de doentes com Covid-19 contou com a participação de 32 estabelecimentos de saúde do setor público, de todas as regiões geográficas a nível nacional. Foram reportados, à data de 5 de maio de 2020, 810 doentes internados com Covid-19, dos quais 147 em internamento social o que representa uma taxa de inapropriação dos internamentos de 18%. As 2.069 camas alocadas, pelos hospitais participantes, a doentes SARS-CoV-2 apresentavam, a 5 de maio de 2020, um índice global de ocupação de 39%. Relativamente aos 147 internamentos sociais reportados, mais de metade (52%) eram referentes a doentes com mais de 80 anos, seguidos dos doentes na faixa etária entre os 70 e 79 anos (22%). Adicionalmente, os 147 casos estão maioritariamente distribuídos pela região Norte (com cerca de 73% dos casos), sendo as regiões Lisboa e Vale do Tejo e Centro as seguintes com maior relevância, com 15% e 8% respetivamente. Foi também reportado que os internamentos

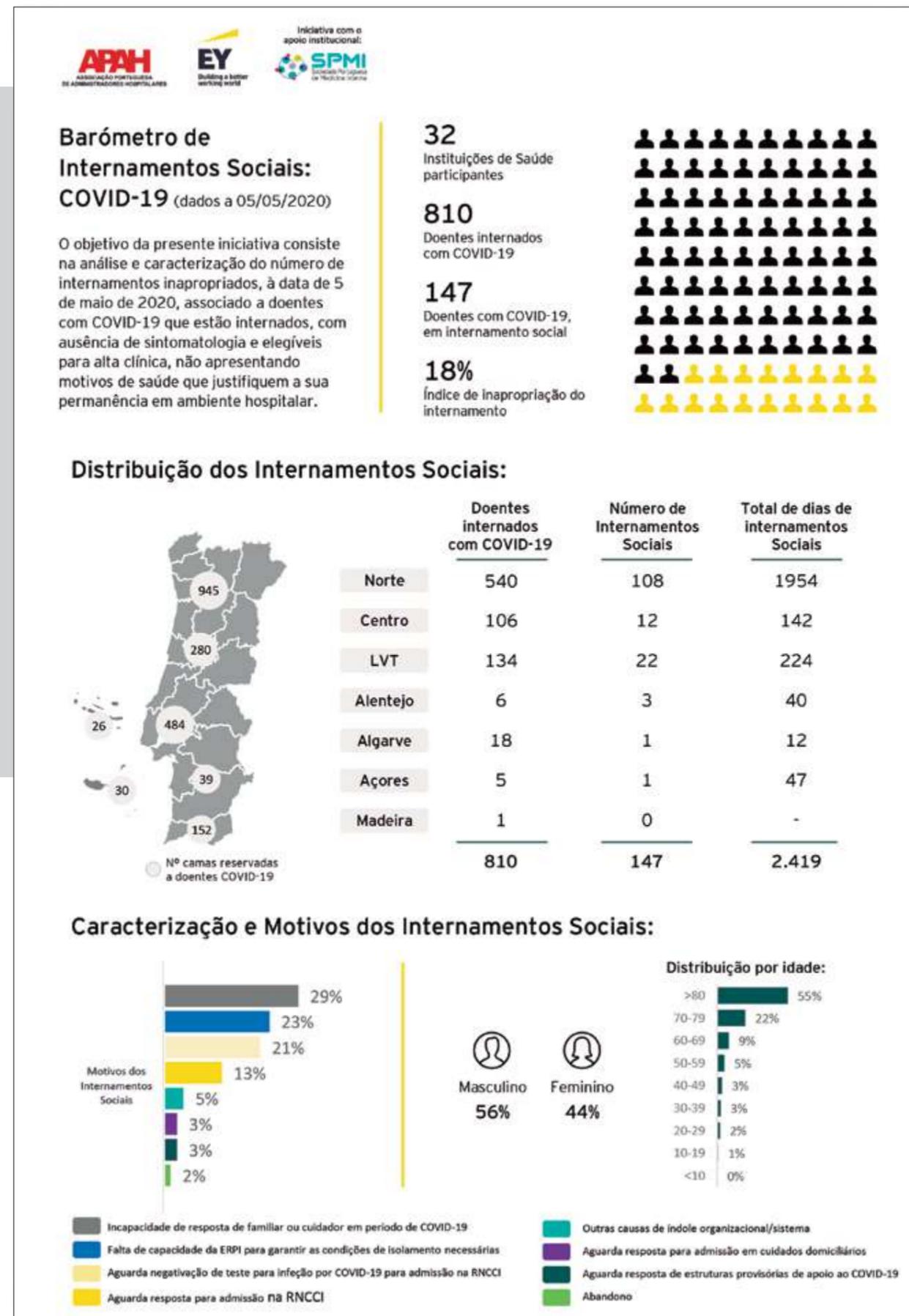
inapropriados representam um total de 2.419 dias de internamento, o que se traduz em uma demora média de 16,5 dias por cada caso. O principal motivo referente aos internamentos inapropriados de doentes com COVID-19 está associado à falta de capacidade de familiares ou cuidadores, representando 29% dos casos a nível nacional. A falta de capacidade da ERPI para garantir as condições de isolamento necessárias, juntamente com o facto de os doentes estarem a aguardar por um teste negativo para poderem ser admitidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), representam o segundo e terceiro principais motivos dos internamentos inapropriados. Para concluir, verificamos que a 4ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais demonstra que o fenómeno dos internamentos inapropriados continua a existir com bastante relevância, afetando o nível de qualidade da prestação de cuidados de saúde nos estabelecimentos hospitalares do país. E no que concerne pacientes com a doença COVID-19, o Barómetro dos Internamentos Sociais de ▶



“ A REALIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO, POR PARTE DA APAH, EY E SPMI, DE INICIATIVAS ASSOCIADAS AOS BARÓMETROS DE INTERNAMENTOS SOCIAIS, REPRESENTAM UMA MAIS VALIA PARA O SISTEMA DE SAÚDE NACIONAL.

”

doentes COVID-19, evidenciou que se uma segunda vaga ocorrer num futuro próximo, existe ainda uma percentagem demasiado grande de camas hospitalares que podem ser críticas para resposta clínica eficaz, a ser ocupada por pacientes que já não necessitam de cuidados hospitalares. É cada vez mais necessário trabalhar sobre este tema e otimizar as condições, a atividade e a respetiva comunicação e articulação entre os estabelecimentos de saúde e as diversas redes e respostas externas existentes. Só assim podemos garantir que maximizamos a capacidade de resposta dos serviços de saúde, seja a situação de crise ou não. A realização e divulgação, por parte da APAH, EY e SPMI, de iniciativas associadas aos Barómetros de Internamentos Sociais, representam uma mais valia para o Sistema de Saúde nacional, na medida que permitem aferir um conjunto de temas críticos que necessitam de uma resposta urgente e eficaz. Só assim será possível disponibilizar aos cidadãos novas soluções e cuidados de saúde com o nível de acesso e qualidade pretendidos. ●





CANDIDATURAS ABERTAS

PRÉMIO
VAI DISTINGUIR
PROJETOS DESENVOLVIDOS
NO ÂMBITO
DA RESPOSTA
À PANDEMIA



A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) promove, em parceria com a biofarmacêutica **AbbVie**, a 7ª. edição do **Prémio Healthcare Excellence**, que este ano pretende distinguir projetos nacionais desenvolvidos no âmbito da resposta à pandemia da Covid-19.

Podem candidatar-se ao **Prémio Healthcare Excellence** equipas de profissionais de saúde e outros profissionais cujos projetos tenham sido desenvolvidos e implementados no ano de 2020 e que tenham resultado numa melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes, com melhoria da segurança, eficiência e resultados obtidos nos cuidados de saúde.

Pela primeira vez, além de instituições prestadoras de cuidados de saúde, a iniciativa prevê também a participação de organizações públicas, sociais e privadas, com projetos na área da saúde.

“Porque a resposta à pandemia começa na ciência, no multilateralismo e na solidariedade, o combate tem-se feito em várias frentes. Mais do que nunca, tem sido fundamental unir os esforços das diferentes partes, envolvendo as instituições e profissionais de saúde, que têm feito um trabalho notável, e outras organizações direcionadas para a saúde”, afirma Alexandre Lourenço, presidente da APAH.

“Esta edição especial do Healthcare Excellence é a nossa forma de agradecimento e reconhecimento para todas as equipas que têm lutado na linha da frente contra a Covid-19”, acrescenta.

As **candidaturas** ao **Prémio Healthcare Excellence** decorrem de **1 de junho** até dia **31 de julho**, sendo formalizadas mediante a apresentação de uma descrição resumida do projeto, que permita compreender e evidenciar o seu contributo, submetida para o email secretariado@apah.pt.

Todas as candidaturas serão avaliadas por um júri independente que integra quatro profissionais de reconhecido mérito na área da saúde, a quem caberá a seleção dos melhores projetos.

Os **projetos selecionados** serão **apresentados** e **defendidos** pelos autores em sessão pública *online* a realizar no dia **21 de outubro**. No decurso desta sessão será eleito o **vencedor** do **Prémio Healthcare Excellence - Edição especial Covid-19**, sendo-lhe atribuído um prémio no valor de **5.000 euros**.

O regulamento do **Prémio Healthcare Excellence** está disponível no *website* da **APAH**.

NOVOS MODELOS DE CONTRATAÇÃO PÚBLICA: DOS DESAFIOS ÀS OPORTUNIDADES

Num encontro que juntou representantes dos hospitais e especialistas em Direito, para abordar as novas formas de contratação de serviços e equipamentos para a administração pública, foram lançados vários alertas e apontadas oportunidades para implementar o novo Código dos Contratos Públicos (CCP).

Os conselhos de administração dos hospitais continuam a ver-se a braços com entraves na contratação pública e “grande parte dos problemas não estão ultrapassados”, assim o assegura Alexandre Lourenço. A declaração do presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) foi feita na conferência “Novos Modelos de Contratação Pública - que futuro para a gestão hospitalar?”, que decorreu a 5 de novembro na AESE Business School, onde se debateu o novo CCP.

No evento - organizado pela APAH em parceria com a Siemens Healthineers, o apoio institucional dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e o suporte científico da Nova Medical School, da AESE Business School e da Nova Direito - ficou claro o longo caminho que é necessário percorrer para que o setor da saúde consiga tirar o máximo proveito da transposição nacional das diretivas europeias de contratação pública.

Segundo contou o representante dos administradores hospitalares, ainda continua em vigor a “estratégia de atraso na realização da despesa e de restrição orçamental” implementada no tempo da intervenção da Troika, mas que, na opinião de Alexandre Lourenço, “não resulta”. E a prova da ineficácia dessa política são as contas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que em 2018 continuaram a mostrar um défice superior a 800 mi-

lhões de euros. Dar a volta a este cenário é possível e o novo CCP pode ser um instrumento valioso. “Temos de conhecer bem o código de contratação pública e saber utilizá-lo” em proveito do SNS, apelou Alexandre Lourenço, já que grande parte da despesa realizada em ambiente hospitalar pode ser enquadrada no novo articulado.

Contudo, os entraves vividos pelos administradores hospitalares à aplicação do CCP estão identificados: a maioria dos recursos humanos que nas unidades hospitalares se dedicam à contratação pública não tem formação ou capacitação para exercer essas funções e os responsáveis deparam-se com dificuldades no recrutamento de técnicos superiores e de gestores especializados nesta área.

A situação leva mesmo Alexandre Lourenço a apelar ao poder político: “É necessário capacitar os recursos humanos que existem e é imperativo contratar pessoas qualificadas para as áreas de suporte e de pedir o apoio político para esta iniciativa”.

Afinal, rematou, “os hospitais, sem terem recursos humanos para a utilização deste código de contratação pública, dificilmente vão conseguir ter uma redução do desperdício”.

Uma ferramenta ao serviço do SNS

O CCP é o regime jurídico da contratação pública que estabelece as regras e os procedimentos jurídicos para as entidades públicas, como os hospitais, celebrarem contratos em diversos domínios, desde a aquisição de bens e equipamentos à contratação de serviços.

Este enquadramento legal, que teve a mais recente revisão legislativa em 2018, foi apresentado por Vera Eiró, especialista em contratação pública da Faculdade de Direito da Universidade Nova, que explicou aos participantes cada um dos procedimentos de forma-

ção de contratos públicos agora em vigor - concurso público sem qualificação, concurso público limitado por prévia qualificação, consulta prévia e ajuste direto e ainda as novas modalidades do procedimento de negociação, do diálogo concorrencial e da parceria para a inovação - garantindo aos presentes que, apesar de parecer, este enquadramento legislativo “não é tão complexo como alguns juristas tentam transmitir”.

No debate que se seguiu a esta apresentação, sobre como os novos modelos de contratação pública podem ser um instrumento de transformação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Fernando Regateiro, presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), reconheceu que já usou as novas metodologias de contratos públicos para a aquisição de equipamento. Ter no gabinete jurídico do CHUC pessoas especializadas em contratação pública foi uma mais-valia, admitiu o administrador hospitalar, tendo identificado as estruturas da administração pública - como a Inspeção Geral das Atividades em Saúde, o Tribunal de Contas, as Administrações Regionais de Saúde - e, sobretudo, todo o processo de aprovações que um contrato tem de percorrer até ao aval final como os principais entraves à operacionalização do CCP.

Já Eurico Castro Alves, da Convenção Nacional de Saúde, considera que “os novos modelos de contratação são uma ferramenta para a transformação do SNS e uma forma de conseguirmos, de uma vez por todas, pôr o nosso sistema a funcionar”. Contudo, reconheceu que a falta de autonomia das administrações hospitalares coloca entraves sérios à modificação de procedimentos.

Celeste Silva, do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, corroborou a inexistência de autonomia gestora ao lembrar que os administradores hospitalares ainda têm de aplicar a chamada Lei dos Compromissos que “vem comprometer grandemente a aplicação deste modelo”. Afinal, explicou, com esse articulado “é difícil fazer um planeamento plurianual quando depois há um problema de cabimentação orçamental que não pode ultrapassar os três meses”, explicou.

Outro participante no debate, Diogo Ribeiro dos Santos, da AESE Business School, identificou como maior entrave à aplicação prática do CCP a rigidez de procedimentos da administração pública que, associada a uma “feroz contenção de custos”, leva a uma escolha conservadora do tipo de contratos: sempre os mais simples, com menor risco e menor preço.

A terminar o debate, o representante da SPMS, Artur Mimoso, reconheceu as dificuldades identificadas pe-

los interlocutores anteriores - desde a necessidade de ter profissionais especializados na contratação pública, à falta de planeamento - mas pediu aos representantes dos hospitais para ousarem pensar “fora da caixa” e recorrerem a todos os procedimentos que o CCP propicia para a contratação de bens e serviços.

Exemplos práticos do CCP

No encontro houve ainda oportunidade para conhecer exemplos práticos da utilização do CCP. José Allegue, do Hospital Universitário General Santa Lucía na região de Múrcia, em Espanha, explicou como o novo enquadramento europeu para a contratação pública foi usado para a construção e exploração de dois hospitais, nomeadamente para encontrar parceiros que, num contrato plurianual, dotassem as unidades do equipamento necessário e garantissem a manutenção dos sistemas de informação.

Vera Eiró também recorreu a Espanha para exemplificar como o CCP está a ser operacionalizado. A jurista deu a conhecer o procedimento concursal lançado pela Comunidade Autónoma da Extremadura para o aluguer, sem opção de compra, de equipamento médico durante 10 anos para o Hospital de Cáceres e o procedimento concursal que a Comunidade Autónoma da Andaluzia lançou para a disponibilização de equipamentos de Tomografia Computorizada para vários centros do serviço de saúde da região, um contrato que será válido para oito anos.

Um parceiro para o presente e para o futuro

A visão das entidades contratadas foi apresentada no encontro por Ivan França, diretor da Siemens Healthineers em Portugal. O responsável reconheceu que a Siemens Healthineers pretende ser um parceiro estratégico na implementação das mudanças necessárias à sustentabilidade do setor da saúde.

Segundo Ivan França, a companhia “tem clareza no seu papel de transformação tecnológica do setor”, tanto na disponibilização de tecnologias disruptivas que ajudem os profissionais a melhorar a qualidade de vida dos utentes, como na elaboração de “parcerias de valor que vão além da tecnologia”. Neste campo, o responsável nomeou a experiência da Siemens Healthineers no trabalho em conjunto com as estruturas hospitalares para a definição de infraestruturas, a otimização de *workflows* clínicos e no apoio à investigação e ensino. Contudo, Ivan França reconheceu ser necessário “inovar nos modelos de parceria” com as instituições públicas, apostando em parcerias de prazo mais alargado, com periodicidade plurianual, adequadas à realidade de cada unidade hospitalar em particular, como é possível com o novo CCP, sempre com o objetivo primeiro de proporcionar “mais qualidade a um custo menor”. ●

MEDICINA DE PRECISÃO: COMO PROMOVER O TRATAMENTO CERTO, À PESSOA CERTA, NO MOMENTO CERTO?



Sara Geraldès
EY Senior Manager - Operational Lead of the Health, Sciences
and Wellness Sector for Advisory Services

O setor da saúde está a passar por uma fase de mudança, com novos desafios e inovações tanto a nível clínico como tecnológico.

Atualmente, é possível perceber que os cuidados de saúde nem sempre são prestados de forma otimizada e totalmente focada nos cidadãos, não tendo muitas vezes em consideração a combinação de fatores clínicos, genéticos e de estilo de vida de cada pessoa.

Existe ainda um potencial de melhoria na eficácia dos tratamentos atuais. Segundo o *Personalized Medicine Report* (do *Personalized Medicine Coalition*), estima-se que, para os casos de doença oncológica, a percentagem média de ineficácia de um determinado medicamento possa chegar aos 75%¹.

Adicionalmente, a crescente tendência de envelhecimento da população mundial, assim como um aumento do número de doenças raras e casos de cancro, são fatores que reforçam a necessidade de melhorar os serviços de saúde e a promoção de novas soluções mais eficazes e benéficas para a população, aumentando assim o nível de qualidade de vida de todos.

Uma das necessidades de melhoria e transformação do sistema de saúde, cada vez mais exigida e necessária, é a alteração do paradigma *one size fits all*, ou seja, de uma lógica de tratamento único por doença, para uma visão de tratamento direcionado e orientado ao perfil de cada pessoa.

Cada indivíduo tem características únicas. Daí a necessidade de se praticar medicina de precisão.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América, a medicina de precisão é uma abordagem para tratamento e prevenção da doença que tem em consideração a variabilidade de genes, ambiente e estilo de vida de cada pessoa².

Desta forma, a medicina de precisão vem revolucionar a prestação de cuidados de saúde. Para um determinado conjunto de pessoas com o mesmo diagnóstico, são definidos diferentes tipos de tratamentos, administrando o mais adequado a cada subpopulação desse mesmo grupo. Assim, é possível promover mais eficácia e qualidade dos serviços prestados e, por sua vez, reduzir custos de tratamentos sem sucesso.

A medicina de precisão apenas é possível graças à crescente evolução que tem ocorrido nas áreas da genómica, biologia celular e análise de dados, nomeadamente no campo de biomarcadores. Os avanços tecnológicos têm, por sua vez, vindo a permitir uma redução do custo das análises genómicas. Desta forma, é possível promover o desenvolvimento de novas terapias que atuam diretamente no mecanismo patológico e que são cada vez mais personalizadas.

Paralelamente, ao longo dos últimos anos, o volume de dados em saúde não só tem crescido a um ritmo muito elevado, como os avanços científicos e a evolução tecnológica, nomeadamente ao nível de *big data*, *machine learning* e de inteligência artificial, têm permitido a investigação e integração de todos os dados disponíveis de uma forma holística. Desta forma, é possível desenvolver investigação científica com base em dados de diversas fontes, identificar padrões que possam ser utilizados pelos profissionais de saúde e, consequentemente, fomentar novas formas de prevenção e tratamento da doença.

Os avanços ao nível de *wearables* e aplicações *mobile* também têm vindo a promover um maior envolvimento do cidadão na sua própria saúde, sobretudo numa vertente preventiva.

O acesso, a investigação e a análise de dados de diver-

sas fontes de informação permitiu, pois, ampliar o conhecimento sobre a doença e a forma como a abordamos, nomeadamente a nível terapêutico. Em contrapartida à utilização de fármacos para atuar sobre sintomas, a visão futura passa pelo desenvolvimento de terapêuticas que atuem sobre o processo patológico ou sobre uma mutação específica. Estes tratamentos são denominados como terapias dirigidas, muitas vezes acompanhadas por um teste de diagnóstico específico, no sentido de segmentar os doentes que podem obter ganhos com um determinado tratamento. No entanto, existe um conjunto de desafios a considerar na implementação de práticas de medicina de precisão. Entre eles, destacam-se questões relacionadas com a ética, a proteção de dados, o financiamento, as infraestruturas e o envolvimento dos profissionais e dos cidadãos. Todos os pontos previamente referidos necessitam ser tidos em consideração aquando a implementação de uma estratégia nacional de medicina de precisão.

Existem já diversos países com uma estratégia nacional do setor da saúde focada na medicina de precisão, tais como os Estados Unidos da América, Brasil, Japão e Singapura, assim como a Inglaterra, França, Alemanha, Estónia e os países nórdicos a nível europeu.

A Inglaterra, por exemplo, é um dos países que implementou uma iniciativa a nível nacional, com o objetivo de sequenciar 100.000 genomas humanos de pessoas com cancro e doenças raras. Com isto, o país pretende promover a investigação de potenciais variações e padrões que permitam aos clínicos uma melhor compreensão da doença e, por sua vez, a possibilidade de identificar as principais causas e qual o tipo de tratamento mais adequado e eficiente para cada perfil de pessoa.

Outro exemplo de sucesso a nível europeu é o caso da Estónia. Em 2000, o país iniciou o *Estonian Genome Project* com o objetivo de desenvolver um biobanco com dados de saúde tanto ao nível clínico, como genético, da sua população. Este projeto, que contou com 100.000 amostras recolhidas em 2018 e uma previsão de recolha de mais 50.000 em 2019³, pretende fomentar a integração dos dados genéticos na prática clínica do país.

Portugal está a dar os primeiros passos no âmbito da medicina de precisão, existindo já um conjunto de instituições com um papel ativo nesta área de atuação. No entanto, não existe ainda uma estratégia coordenada, com o envolvimento de todos os *stakeholders* relevantes na temática, e centrada nas necessidades dos cidadãos. Nesse sentido, é necessário promover um maior investimento e compromisso com este no-



A APAH, COM O APOIO INSTITUCIONAL DA ORDEM DOS MÉDICOS E APOIO TÉCNICO DA EY, DECIDIRAM EM CONJUNTO DESENVOLVER O DESENHO DE UMA AGENDA ESTRATÉGICA PARA O FUTURO DA MEDICINA DE PRECISÃO EM PORTUGAL.



vo paradigma na saúde, nomeadamente através da criação de uma estratégia a nível nacional para a medicina de precisão em Portugal.

Agenda estratégica para o futuro da medicina de precisão em Portugal

Tendo em consideração a evolução em curso no setor da saúde, e dada a importância cada vez maior do tema, a APAH, com o apoio institucional da Ordem dos Médicos e apoio técnico da EY, decidiram em conjunto desenvolver o desenho de uma agenda estratégica para o futuro da medicina de precisão em Portugal, bem como um plano para a implementação da mesma.

Este projeto pretendeu promover uma maior consciencialização e consenso da temática a nível nacional, sendo um primeiro passo em direção à melhoria da qualidade e acesso dos cuidados de saúde prestados à população.

O projeto iniciou-se com uma análise e enquadramento da medicina de precisão, nomeadamente ao nível das áreas de atuação, diagnósticos, tratamentos e tendências tanto a nível nacional como internacional, com identificação dos principais benefícios e desafios associados. Ao longo desta fase, foram realizadas doze entrevistas presenciais com um conjunto de especialistas no tema.

Posteriormente, numa segunda fase do projeto, e em colaboração com um conjunto alargado de *stakeholders* relevantes, foram identificadas as principais linhas ▶

“
PARA CADA UMA DAS
ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS
DELINEADAS, FOI DEFINIDO
UM PLANO DE INICIATIVAS,
FOCADO NA IMPLEMENTAÇÃO,
ATÉ 2023, DE UM CONJUNTO
DE AÇÕES ESSENCIAIS
À EXECUÇÃO DA ESTRATÉGIA.
”

de orientação estratégica e respetivas iniciativas mais importantes a implementar em Portugal.

Ao longo das duas fases, estiveram envolvidos *stakeholders* de diferentes áreas de atividade do setor da saúde, entre eles prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, prestadores privados de cuidados de saúde, indústria farmacêutica, indústria de diagnósticos e de dispositivos médicos, meios académicos e de investigação e desenvolvimento, associações que representam os cidadãos, ordens profissionais, sociedades científicas, entidades financiadoras e entidades reguladoras.

A colaboração de várias entidades do setor da saúde foi essencial para a obtenção de diferentes perspetivas e visões, de forma a possibilitar o desenho de uma agenda estratégica de medicina de precisão com um plano de iniciativas consensual para todos.

A agenda estratégica tem em vista a melhoria do serviço de saúde prestado, promovendo um conceito fundamental da medicina de precisão - disponibilizar o tratamento certo, à pessoa certa, no momento certo - traduzindo assim a visão definida no âmbito do projeto: "Garantir que os cidadãos beneficiam de cuidados de saúde inovadores e adequados a si, de forma sustentável para o sistema".

No âmbito do projeto desenvolvido, foram definidos 5 principais objetivos, cada um com um conjunto de orientações estratégicas associadas. No entanto, foi definida uma primeira etapa inicial necessária, prévia

à implementação das restantes orientações, que está associada à definição de um órgão mandatário, idealmente sob a estrutura de uma Unidade de Missão, que seria responsável por elaborar e coordenar a estratégia nacional para a medicina de precisão, de forma integrada com a estratégia global para o setor da saúde no nosso país.

A agenda de medicina de precisão resultou assim no seguinte conjunto de objetivos e orientações estratégicas:

• **Objetivo 1: Melhorar os resultados clínicos através do acesso equitativo a cuidados de saúde personalizados**

◦ Orientação 1.1. Promover o acesso a diagnósticos e tratamentos inovadores

◦ Orientação 1.2. Capacitar centros para darem resposta a tratamentos inovadores

• **Objetivo 2: Guiar a prática clínica através de *Real-World Data***

◦ Orientação 2.1. Estabelecer uma política nacional de dados em saúde

◦ Orientação 2.2. Investir numa plataforma integradora de dados e ferramentas de apoio à decisão clínica

◦ Orientação 2.3. Investir na caracterização molecular focada em subgrupos da população

• **Objetivo 3: Garantir a sustentabilidade financeira na implementação de medicina de precisão**

◦ Orientação 3.1. Criar estratégia e coordenação para atrair investimento em infraestrutura

◦ Orientação 3.2. Implementar pagamento dos cuidados de saúde com base em resultados

• **Objetivo 4: Aumentar a capacidade de Portugal para desenvolver inovação na área de medicina de precisão**

◦ Orientação 4.1. Promover inovação na medicina de precisão

◦ Orientação 4.2. Fomentar colaboração nacional e internacional

• **Objetivo 5: Reforçar a participação do cidadão na sua saúde**

◦ Orientação 5.1. Tomar os cidadãos agentes da sua saúde

◦ Orientação 5.2. Promover a literacia em saúde e medicina personalizada

Para cada uma das orientações estratégicas delineadas, foi definido um plano de iniciativas, focado na implementação, até 2023, de um conjunto de ações consideradas essenciais à execução da estratégia.

No decorrer das sessões de trabalho com as diversas entidades no setor da Saúde, foram também definidos dois projetos-pilotos relevantes, que se pretende que funcionem como demonstração dos benefícios associados à agenda estratégica proposta.

Um dos projetos-piloto consiste na "Integração de da-

dos para suportar *data-driven insights*", com o objetivo de implementar uma base de dados que integra dados clínicos e dados genómicos de doentes, processados por inteligência artificial. Assim, é possível obter uma visão mais clara e construir perfis clínicos mais ricos e completos. Através da base de dados com informação proveniente das diversas fontes, é possível desenvolver algoritmos de inteligência artificial que, através de um conjunto de modelos de resposta a questões específicas, permitam suportar o trabalho da comunidade médica e científica e, consequentemente, promover um melhor serviço de saúde aos cidadãos. O segundo projeto-piloto referente à "Definição do modelo de financiamento de terapias celulares inovadoras", tem o objetivo de definir um modelo de financiamento para terapias celulares inovadoras, com base em análise bibliográfica e recolha de informação junto de peritos nacionais, procurando assim promover mecanismos inovadores que fomentem o acesso equitativo a novos tipos de diagnósticos e tratamentos, de forma sustentável para o sistema de saúde.

Em Portugal, é essencial promover o compromisso e

colaboração entre os diversos *stakeholders* referidos previamente, para que efetivamente se consiga levar para a frente a implementação de uma estratégia consistente de medicina de precisão a nível nacional.

A medicina de precisão vem trazer uma nova visão e um novo paradigma na forma como os cuidados de saúde são prestados, com um foco cada vez maior na pessoa e em promover diagnósticos e tratamentos mais adequados e com maior probabilidade de sucesso, contribuindo assim para um aumento da qualidade de vida da população.

É fundamental promover um sistema de saúde com cada vez melhores resultados ao nível da eficiência e qualidade dos serviços prestados, acessível a todos e, simultaneamente, sustentável a nível financeiro para o país. •

1. Personalized Medicine Coalition, The Personalized Medicine Report (2017).

2. <https://ghr.nlm.nih.gov/primer/precisionmedicine/definition>

3. Republic of Estonia, Ministry of Social Affairs, "Genome Project: 100.000 samples collected, in 2019 at least 50.000 more people can join" (2019).

SUCH SERVIÇOS
PARQUES DE ESTACIONAMENTO • ARQUIVO E ARMAZENS CENTRAIS • SERVIÇOS DE TRANSPORTE • METROLOGIA

O SUCH posiciona a sua oferta aos Associados, no âmbito da gestão de tratamento documental - arquivo e custódia - associando serviços de preparação, acondicionamento e transporte da documentação, inventariação e incorporação, classificação, indexação, consulta documental e digitalização, de forma a garantir a otimização de gestão de espaço físico, condições de segurança (preservação da documentação) e ganhos de eficiência.

Contacte-nos: arquivosearmazens@such.pt

SUCH
SERVIÇOS DE ESTACIONAMENTO E ARMAZENS CENTRAIS

APAH DINAMIZA PARTILHA DE CONHECIMENTO E BOAS PRÁTICAS EM REDE



Comia o mês de março de 2020 e face à necessidade emergente de responder à pandemia da Covid-19, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) que até então, e à semelhança de tantas outras entidades, caminhava no sentido de socialização presente, vê os cenários mudarem, acompanha-os e, rapidamente, reage e adapta-se, implementando novas metodologias de disseminação de

informação e partilha e promoção de boas práticas a nível hospitalar recorrendo às tecnologias digitais. Assim, a 18 de março, a APAH em parceria com o Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) e com o apoio institucional da Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos e Associação de Diretores de Enfermagem deu início a um Ciclo de *webinars* dirigidos à **“Resposta Hospitalar à Covid-19”**. A iniciativa contou com a contribuição generosa dos

profissionais de saúde do CHUSJ, que estiveram na linha da frente na preparação e na resposta à pandemia. Todos eles profissionais da instituição hospitalar de referência da região norte e que recebeu os primeiros doentes Covid-19 em Portugal.

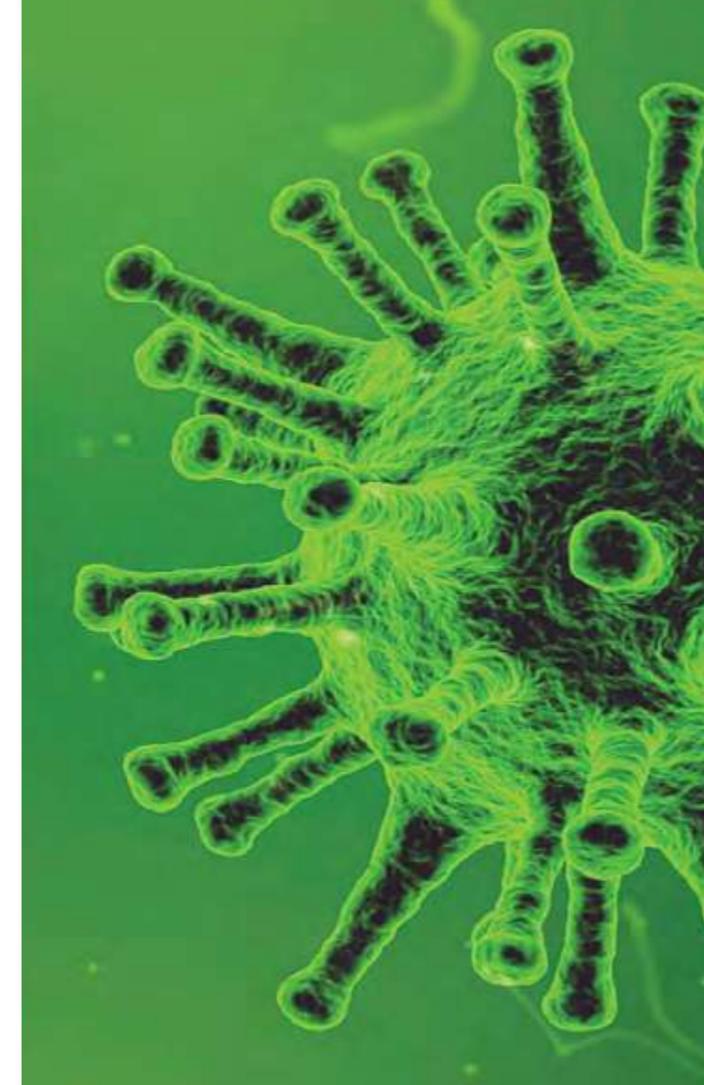
Este ciclo de *webinars* foi composto por 7 sessões, moderadas por Alexandre Lourenço, Presidente da APAH, e Miguel Lopes, secretário da APAH, e decorram até 8 de abril, período durante o qual Portugal se deparou com os primeiros casos Covid-19 e se adaptou a uma nova realidade e ajustou a capacidade de resposta do SNS.

A iniciativa teve início com o tema **“Organização da resposta clínica”** e **Margarida Tavares**, Coordenadora Clínica à Covid-19 do CHUSJ, que partilhou com os participantes todo o trabalho prévio realizado na preparação da instituição para receber os primeiros doentes. Na ocasião, a especialista detalhou igualmente o Plano de expansão da resposta da instituição de acordo com a evolução da situação e realçou a importância da liderança e da comunicação a par da dedicação e capacidade de rápida adaptação como as peças-chaves para uma adequada e eficiente resposta aos desafios colocados pela pandemia.

A 2ª sessão decorreu a 20 de março e foi dedicada ao **“Plano de Contingência da Farmácia Hospitalar”**, contou com a presença de **Helena Farinha**, da Direção da Ordem dos Farmacêuticos, e **Pedro Soares**, Diretor dos Serviços Farmacêuticos do CHUSJ. Neste *webinar* estiveram em análise as respostas farmacêuticas ao nível da gestão de recursos humanos e de aquisição, produção e distribuição de produtos farmacêuticos, assim como os modelos de dispensa de medicamentos a doentes em regime de ambulatório.

A 3ª sessão da iniciativa, a 24 de março, foi dedicada à **“Organização da Medicina Intensiva”**, contando com a participação de **José Artur Paiva**, Diretor do Serviço de Medicina Intensiva do CHUSJ e Diretor do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCI-RA). Este *webinar* trouxe à discussão as mudanças no modelo de liderança e gestão clínica do Departamento de Medicina Intensiva assim como a importância da capacitação dos profissionais. Em análise estiveram também a política de expansão do Serviço de Medicina Intensiva, a ativação e gestão de camas (tipo I e tipo II), a redefinição de espaços e gestão do percurso assistencial, rotinas de trabalho e logística de equipamentos e materiais.

A 25 de março, na 4ª sessão esteve em análise a **“Organização da resposta de Enfermagem”** tendo a parti-



lha das experiências e aprendizagens estado a cargo de **Filomena Cardoso**, Enfermeira Diretora do CHUSJ, **Áurea Andrade**, Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e **Carlos Portugal**, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.

No dia seguinte, a 26 de março, **Nelson Pereira**, Coordenador Covid-19 do Serviço de Urgência do CHUSJ, partilhou com os participantes a **“Organização do Serviço de Urgência”**, identificando algumas das principais medidas de reorganização das áreas de admissão e triagem e separação de doentes assim como as rotinas de trabalho e a desburocratização dos processos. Em análise estiveram também a gestão de recursos humanos e capacitação destes para a proteção e risco de contágio, assim como a dinâmica da resposta clínica incluindo o acesso a meios de diagnóstico, suporte respiratório, imagiologia, etc., paralelamente às rotinas de comunicação com entidades externas (bombeiros, emergência médica) e o circuito intra-hospitalar. ▶

WEBINARs #1 COVID-19

- WEB #1 Organização da resposta clínica [18 março]
- WEB #2 Plano de Contingência da Farmácia Hospitalar [20 março]
- WEB #3 Organização da Medicina Intensiva [24 março]
- WEB #4 Organização da resposta de enfermagem [25 março]
- WEB #5 Organização do Serviço de Urgência [26 março]
- WEB #6 Diagnóstico Laboratorial [2 abril]
- WEB #7 Saúde ocupacional e proteção profissional [8 abril]

APAH



Vinte personalidades apresentam a sua visão sobre o caminho de construção dos serviços de saúde ao longo de meio século de história.

50 ANOS

EM 20 OLHARES

O percurso da Administração Hospitalar em Portugal



Uma semana depois, a 2 de abril, foi a vez de abordar o tema "Diagnóstico Laboratorial", com a contribuição de **Tiago Guimarães**, Diretor do Serviço de Patologia Clínica do CHUSJ, destacando a importância da definição de rotinas analíticas que permitam a deteção e caracterização do vírus a nível da comunidade de profissionais e utentes bem como a necessidade de, numa 2ª fase da pandemia, conhecer a imunidade existente. A "Saúde Ocupacional e Proteção Profissional" foi o tema do último webinar, no dia 8 de abril, no qual **Pedro Norton**, Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional do Centro de Epidemiologia Hospitalar do CHUSJ apresentou o Plano de medidas implementado assente numa necessidade de acompanhamento permanente dos profissionais de saúde da instituição e restantes fornecedores externos que inclui o controlo de temperatura, o rápido rastreio de casos de profissionais sintomáticos e isolamento profilático. Foi igualmente apresentada estratégia utilizada na reestruturação do espaço físico e de recurso do serviço a par da oferta disponibilizada que inclui também apoio psicológico aos profissionais. Durante os vários momentos da iniciativa foi possível

identificar as principais medidas direcionadas aos serviços hospitalares, analisados em paralelo com todas as medidas transversais suportadas na necessidade de reestruturação célere dos serviços, na definição de fluxos de circulação e criação de áreas segregadas, no reforço e formação de profissionais de saúde, na garantia da logística de equipamentos e materiais de proteção, e no apoio aos profissionais da linha da frente. ●

Todos os webinars estão disponíveis em acesso universal e gratuito no Canal APAH no YouTube em <https://www.youtube.com/channel/UCyDNz2m3gpVhiLSu3E7Q6jg>.

COLEÇÃO OLHARES SOBRE A SAÚDE

A coleção "Olhares sobre a saúde" permite conhecer melhor temas de áreas não clínicas da saúde, tais como políticas, economia, financiamento, geografia, qualidade, direito, entre outras.

Recentemente, foi alvo de uma nova edição o livro "Economia da Saúde", integrado na coleção, da autoria de Pedro Pita Barros, o mais influente economista da saúde português.



UNIÃO IBÉRICA EM TEMPOS DE CRISE

A Pandemia que vivemos e os cenários vividos em diferentes países mostraram o quão os Sistemas de Saúde foram postos à prova.

Num período de franca necessidade de partilha de experiências e de boas práticas na gestão da Saúde, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) uniu esforços com a sua congénere em Espanha, *Sociedad Española de Directivos de la Salud* (SEDISA) e com o apoio da AstraZeneca desenvolveu um ciclo de quatro *webinars*, subordinados ao tema “Partilha de experiências na luta contra a Covid-19”. Uma iniciativa que contou com a participação e moderação de especialistas de Portugal e Espanha, oriundos de contextos diferentes na área médica, farmacêutica e de gestão da saúde.

O ciclo teve início a 30 de abril e contou com moderação de **Alexandre Lourenço**, Presidente da APAH, que não mediu esforços ao reforçar a importância da iniciativa entre ambos os países, deixando claro que “não existem formas de enfrentar esta crise sem um trabalho comum”, realçando que “a experiência dos colegas espanhóis é muito importante para nós num combate que será longo” e que “Portugal teve a sorte de não sofrer a pressão sobre o sistema de saúde que se observou em Espanha”. Da parte da SEDISA, também como moderador, esteve presente **José Soto Bonel**, Membro do Conselho de Administração da SEDISA e Diretor administrativo do Hospital Clínico San Carlos de Madrid que, numa ampla perspetiva mostrou como, em determinados momentos da Pandemia, Espanha sentiu a esperança da população como uma condicionante muito grande e decisiva no combate à Covid-19.

Na 1ª sessão os convidados foram **José Artur Paiva**, Diretor do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) e Diretor do Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto, e **Ricardo Ferrer**, Presidente da *Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias* (SEMICYUC) e especialista no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Universitário Vall d'Hebron, em Barcelona.

José Artur Paiva partilhou com os participantes o trabalho de preparação do SNS na gestão da crise e resposta à

Covid-19, tendo a *task force* da Direção-Geral da Saúde (grupo do qual faz parte) produzido linhas orientadoras para os planos de contingência dos serviços e da rede de medicina intensiva para o doente Covid-19 crítico. Quanto à resposta dada ao nível da Administração Regional de Saúde do Norte, o médico observou o aumento do número de camas alocadas à medicina intensiva (de 251 camas em janeiro deste ano para 409 em abril), com o primeiro caso de infeção a ser diagnosticado, em Portugal, no dia 2 de março.

Durante o debate, o especialista sublinhou que “é importante fazer desta pandemia um momento de esperança no futuro da Medicina Intensiva”. Ao mesmo tempo, considerou que “a organização dos hospitais por especialidades médicas não está focada no doente, não atinge a sua máxima eficiência, sendo de preferir uma organização por processos de trabalho integrados” e considera necessária a “criação de sistemas de informação que permitam a monitorização de oferta, procura e complacência”.

Ricardo Ferrer recordou que, em meados de abril, Espanha registava mais de 210 mil casos de infetados e mais de 23 mil mortes e referiu que foi necessária a adoção de camas alocadas às unidades de cuidados intensivos (UCI). O especialista em Medicina Intensiva partilhou algumas das aprendizagens de quem esteve na linha da frente, passando pela necessidade de assegurar, a todos os profissionais de saúde, formação sobre equipamentos de proteção individual (EPI) e procedimentos de alto risco, como reanimação cardiopulmonar e intubação, definição de regras para uso racional dos EPI's e, descanso frequente para os profissionais de saúde, em áreas e ambientes adequados. Para o especialista um ponto chave da resposta foi a necessidade de cada vez mais serem criadas equipas multidisciplinares. No dia 5 de maio foi a vez de dar voz ao Serviço de Urgência (SU), com o tema “Resposta da Urgência: acesso, despistagem e encaminhamento”. A moderação esteve a cargo de **Miguel Lopes**, Secretário-geral da APAH e, de **Domingo del Cacho**, responsável da SEDISA em Madrid e Diretor do Hospital Universitário Severo Ochoa, na mesma cidade.

A abrir o debate **Pascual Piñera Salmerón**, segundo Vice-Presidente da Sociedade Espanhola de Medicina de

CICLO WEBINARS
PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS NA LUTA CONTRA A COVID-19
INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN LA LUCHA CONTRA A COVID-19
www.apah.pt/atividade/intercambio-experiencias

30 ABRIL | 15H PT | 10H ES
Medicina Intensiva: organização e desafios da gestão de procura
Medicina Intensiva: necessidades de gestão de la demanda y distribución

5 MAIO MAJO | 15H PT | 10H ES
Resposta de urgência: acesso, despistagem e encaminhamento
Resposta de emergência: triagem, triagem y derivación

7 MAIO MAJO | 15H PT | 10H ES
Resposta farmacêutica e proximidade aos doentes de ambulatório
Respuesta farmacéutica y proximidad a los pacientes ambulatorios

12 MAIO MAJO | 15H PT | 10H ES
Resposta através dos hospitais de campanha
Respuesta a través de los hospitales de campaña

Visualizados em 15 países e 2 continentes
Vistos en 15 países y 2 continentes

4 WEBINARS

Debatidas mais de 80 medidas hospitalares e de gestão de saúde
Debatidas más de 80 medidas hospitalarias y de gestión de salud

9 especialistas de Portugal e Espanha
9 expertos de Portugal y España

Mais de 7000 VISUALIZAÇÕES e mais de 160 interações
Más de 7000 VISTAS y más de 160 interacciones

Conteúdos disponíveis nos canais de YouTube da APAH e SEDISA
Contenido disponible en los canales de YouTube de APAH y SEDISA

Urgências e Emergências (SEMES), reforçou a abrangência quer a nível técnico quer a nível de gestão dos SU que demonstrou a relevância destes na resposta à situação provocada pelo SARS-CoV-2.

A sessão contou ainda com a participação de **Nelson Pereira**, Coordenador no SU do Centro Hospitalar Universitário de São João, e de **Tato Vázquez Lima**, Primeiro Vice-Presidente da SEMES e Membro do Comité Covid-19 da Junta da Galiza, e ainda **Juan González Armengol**, Presidente da SEMES.

Nelson Pereira partilhou a experiência vivida naquele que é o maior hospital da região Norte e também o que, sobretudo no início da crise no nosso país, “estava verdadeiramente na linha da frente, com maior número de casos”. Sobre a forma como a instituição se preparou para lidar com a situação, referiu a criação de uma área específica no hospital para doentes suspeitos, a instalação preventiva de um hospital de campanha, a suspensão das visitas hospitalares e a reorganização do espaço de triagem.

Segundo o especialista, “todas as medidas políticas portuguesas foram tomadas muito cedo, comparativamente com outros países e revelaram-se muito importantes”, reforçando que “tivemos a possibilidade de ler os sinais

que os outros países nos transmitiam e atuámos muito cedo”, e num contexto da gestão da saúde, resumindo que “Esta crise veio mostrar que os SU são fulcrais no sistema, pelo que os seus profissionais têm de ser reconhecidos, empoderados e ver a sua carreira reconhecida por todos e não apenas em momentos de crise”. Já no que concerne ao cenário de resposta espanhola **Tato Vázquez Lima** destacou a importância de “planos de cuidados de saúde que possam ser escalados em caso de novas ondas” e **Juan González Armengol** passou em revista o plano posto em prática pelo Governo espanhol para dar resposta à situação, destacando a importância de reforçar a inclusão de epidemiologistas no apoio das decisões políticas e uma aposta clara nas dimensões de literacia aos cidadãos e prevenção em saúde. Outra área muito relevante, na gestão formal da crise, foi a resposta dos serviços de farmácia hospitalar. Tema que esteve em análise no dia 7 de maio, em sessão que teve a participação de **Olga Delgado**, Presidente da Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) e Diretora do Serviço de Farmácia do Hospital Universitário Son Espases, em Palma de Maiorca, e **Helena Farinha**, da direção da Ordem dos Farmacêuticos.

De acordo com **Helena Farinha** os desafios foram inú-



medicamentos. Contudo, de uma forma clara enumerou algumas das soluções desenvolvidas pela SEFH das quais se destacam implementação de consultas de telefarmácia de apoio aos doentes em ambulatório e a criação de um Registo Nacional de Resultados de Farmacoterapia no âmbito da Covid-19.

A moderar o 3º encontro, estiveram **Miguel Lopes** e **Rafael López Iglesias**, da direção da SEDISA e antigo responsável regional de saúde de Castela e Leão que reforçaram a importância das políticas públicas para assegurar que a construção de um novo modelo assistencial deve ter presente o envolvimento e a participação dos cidadãos. No dia 12 de maio, a iniciativa recebeu **Javier Marco**, especialista em Medicina Interna no Hospital Clínico San Carlos, em Madrid, e Codiretor do hospital IFEMA, para partilhar a “Resposta através dos hospitais de campanha”. Nesta última sessão moderada por **Miguel Lopes** e **Pere Vallibera Rodríguez**, Secretário-geral da SEDISA e Presidente da Sociedade Catalã de Gestão Sanitária, ficou demonstrado que “o sistema de saúde conseguiu dar resposta a uma crise inesperada”, mas que “todos temos a obrigação de aprender com o que fizemos mal”. Segundo **Javier Marco** a concretização do hospital de campanha foi uma experiência única na sua vida profissional que só foi possível concretizar com êxito pela rapidez com que o hospital foi construído: “Se demorasse mais (a construção do Hospital IFEMA) não teria sido útil.”. Destacou igualmente como chave de sucesso a capacidade de mobilização e união de múltiplos esforços de um vasto número de atores dos quais destacou os voluntários que trabalharam de forma “muito intensa”, dos inúmeros técnicos que permitiram a adaptação das instalações para dar resposta às especificidades dos cuidados de saúde e por ter sido possível coincidir pessoas muito boas com um perfil de conhecimento técnico e liderança adequados ao desafio. E com este ensinamento encerrou a iniciativa de partilha de experiências entre Portugal e Espanha que viu reunidos ilustres profissionais de ambos os sistemas de saúde, postos à prova durante a Pandemia e na linha da frente no combate à Covid-19. ●

meros por forma a “manter a atividade assistencial aos doentes não Covid-19, ao mesmo tempo que se dava resposta pronta, eficaz e segura à pandemia”. Ainda assim, lembrou que a capacidade de organizar uma resposta deste tipo “faz parte do ADN dos farmacêuticos”. Quanto ao futuro, a especialista lembrou que “sempre se falou em otimizar e reforçar os recursos humanos”, sendo que “a nossa demografia vai acabar por impô-lo”. Ainda, assumiu que “não há uma resposta simples e entre todos teremos de encontrar o melhor caminho, aproveitando a capacidade instalada e também o online, sem comprometer a qualidade assistencial”. Também **Olga Delgado** apontou dificuldades idênticas, desde a gestão dos recursos humanos - “que já são escassos” - até à gestão de stocks e de disponibilidade de

Todos os vídeos destes webinars de intercâmbio ibérico estão disponíveis em acesso universal no Canal APAH no YouTube.

SNS para além da COVID-19

CICLO DE CONFERÊNCIAS WEB

Oncológicos Cirúrgicos

Saúde Pública

CUIDADOS

Saúde Primários

Obstétricos

Pediátricos

7 semanas

+100 desafios ultrapassados no combate à Covid-19

6 áreas de cuidados de saúde analisadas

50 medidas propostas para o SNS

17 especialistas médicos ouvidos

+45K seguidores



A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) promove e apoia as seguintes iniciativas:

WEB.SEMINARS

onhecer **COVID-19** organizar **investigar**

SERIE #2
COMO REORGANIZAR OS SISTEMAS DE SAÚDE NA ERA COVID-19

WEB.SEM #7
SAÚDE DIGITAL E TELEMEDICINA EM TEMPOS DE PANDEMIA
3 de julho, 15h00

WEB.SEM #8
IMPACTO DA COVID-19 NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE
10 de julho, 15h00

WEB.SEM #9
A RESPOSTA EXTRA-HOSPITALAR À PANDEMIA
17 de julho, 15h00

WEB.SEM #10
DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
24 de julho, 15h00

WEB.SEM #11
GESTÃO DOS GRUPOS DE RISCO NO TEMPO DA COVID-19
31 de julho, 15h00

Realização

Logos: APAH, NOVA, Instituto de Saúde e Medicina Tropical, etc.

PROGRAMA DE ACELERAÇÃO TECNOLÓGICA NA SAÚDE
Seminários Web & Academia Digital

MESA REDONDA VIRTUAL #1

25 junho 2020 - 18:30

POTENCIAR A COLABORAÇÃO EM REDE

Participantes*:
SPMS, OM, Novartis, Microsoft, ARS Norte, APAH, Luís Goes Pinheiro, Miguel Guimarães, Cristina Campos, Paula Panarra, Maria Neto, Alexandre Lourenço

MESA REDONDA VIRTUAL #2

2 julho 2020 - 18:30

PROXIMIDADE ATRAVÉS DA TELESSAÚDE

Participantes*:
SPMS, ACS5, OM, Hospital de Ovar, APAH, APT, Associação de Doentes, Luís Goes Pinheiro, Ricardo Mestre, Miguel Guimarães, Luís Miguel Ferreira, Eduardo Castela, Jaime Melancia

Logos: APAH, NOVARTIS, SPMS, CECT, Microsoft

ACADEMIA APAH GO DIGITAL

LANÇAMENTO JULHO 2020

PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO NA ERA COVID-19
Ciclo de Conferências Online

A RESPOSTA DO SISTEMA DE SAÚDE 18 maio

O REGRESSO "À NORMALIDADE" 1 junho

QUE SOLUÇÕES PARA O FUTURO 15 junho

Logos: APAH, SANOFI

WEBINAR

LIVE Toda terça às 12h30 e 16h30 no youtube da DNA e facebook da APAH

Vivências na Pandemia: Brasil e Portugal

09/06 – Estratégias e desafios para uma liderança eficaz
16/06 – Estratégias de sustentação da qualidade e segurança do paciente pós pandemia
23/06 – Reinvenções Hospitalares na era COVID
30/06 – Residência médica – Da emergência à prática
07/07 – Telemedicina e transformação digital na saúde
14/07 – A Epidemia e o Futuro – Quais erros não cometer na próxima pandemia?

ORGANIZADORES

Logos: ONA, APAH, GPoS

Conferência DE VALOR APAH

19 a 23 de outubro 2020

Formato online

Cuidados de Saúde Especializados

- | Genéricos Injetáveis
- | Biossimilares
- | Nutrição Clínica [Parentérica . Entérica]
- | Tecnologias [Perfusão . Transfusão]



Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda.
Zona Industrial do Lagedo
3465-157 Santiago de Besteiros, Portugal
NIF: 504293753
Telefone: +351 214 241 280 | Fax: +351 214 241 290
fkportugal@fresenius-kabi.com
www.fresenius-kabi.pt



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

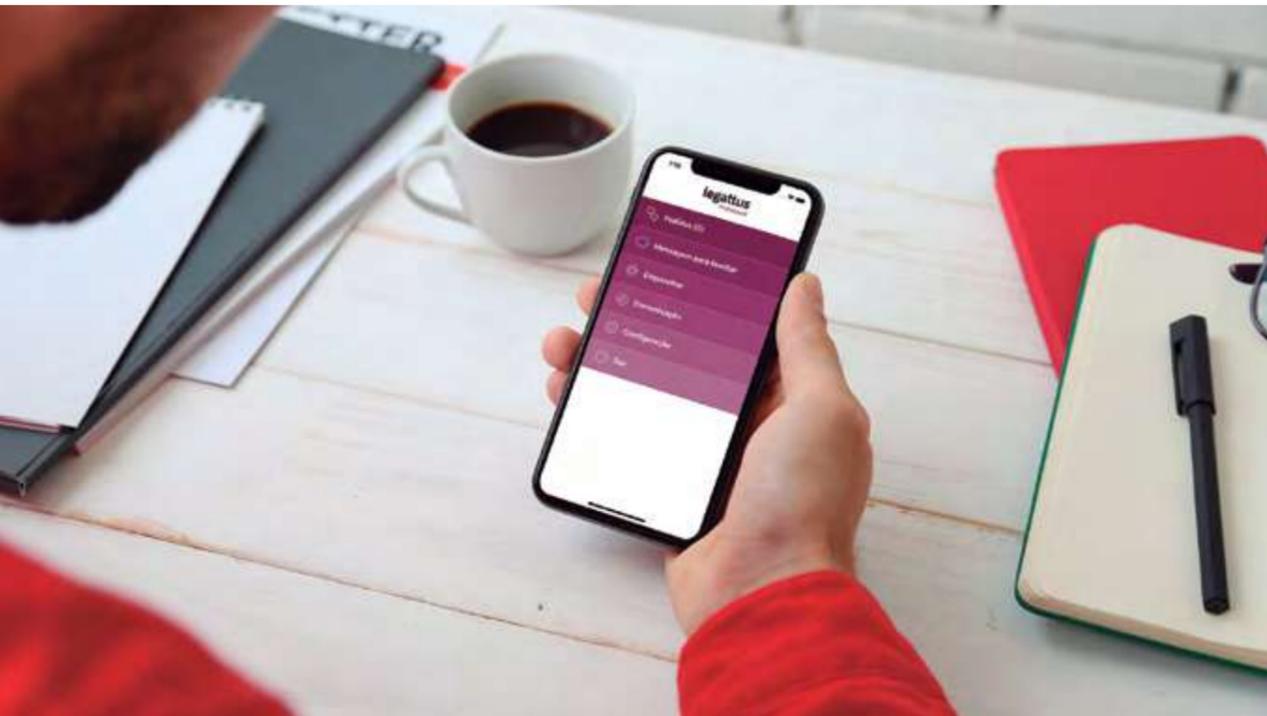
TECNOLOGIA NA SAÚDE

• TELEMEDICINA • DIGITALIZAÇÃO • SEGURANÇA • EQUIPAMENTOS

- Internamento hospitalar
- Fatura eletrónica
- Higiene de mãos
- Difusores indutivos
- Equipamentos de ventilação
- Tratamento de ar

Numa edição focada no impacto da Covid-19 no setor da saúde - quando os cidadãos mais precisam dele, evidencia-se a necessidade de oferecer soluções que permitam às unidades de saúde responder com eficiência, capacidade e celeridade à procura acentuada. Neste suplemento, apresentam-se algumas soluções inovadoras que proporcionam melhorias no funcionamento das unidades hospitalares e otimizam substancialmente a sua gestão e operacionalidade.

SOLUÇÃO INOVADORA E DISRUPTIVA PARA O INTERNAMENTO HOSPITALAR



A forma como estão ligados os utentes internados, os seus familiares e os profissionais do turno permanece sem alterações há algumas décadas.

Deitado na sua cama o utente internado recorre a uma campainha, mais ou menos tecnológica, para fazer uma chamada. Passados alguns minutos, um auxiliar desloca-se ao quarto para saber qual o motivo da chamada. Dependendo do pedido, o auxiliar poderá ter que o passar à enfermagem. Tudo é mais difícil quando o número de profissionais a trabalhar no turno é reduzido e o número de utentes internados é grande.

Fora do hospital as famílias tentam receber notícias dos seus familiares internados. Ligam para a unidade e esperam, esperam até conseguir informação. Os profissionais são poucos, o volume de trabalho é grande e não é possível responder aos utentes e familiares ao mesmo tempo.

Esta é a realidade do relacionamento entre utentes, família e profissionais num ambiente de internamento. Há décadas que as coisas são assim, mas tudo está prestes a mudar.

Em 2020 a **Legattus**, um projeto financiado pelo Por-

tugal 2020, no âmbito do Compete 2020, cujos fundos são provenientes do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, vai revolucionar a forma como tudo funciona num internamento hospitalar, ligando eficientemente os principais atores: os utentes com os auxiliares e enfermeiros, dentro da unidade, e as famílias com os profissionais, fora da unidade.

Esta revolução coloca os utentes e as famílias no centro, ao mesmo tempo que, de forma inteligente, introduz eficiência no trabalho dos auxiliares e enfermeiros. A **Legattus** disponibiliza o acesso a 3 apps móveis: uma para os utentes internados, outra para os familiares desses utentes e uma terceira para os profissionais. Cada uma destas apps proporciona a quem as usa as ferramentas adequadas para otimização e melhoramento de todo o período de internamento. Foi ainda desenvolvida uma consola central que monitoriza e apresenta, em tempo real, todos os pedidos e a respetiva evolução.

Está curioso, não está? Nós estamos desejosos de partilhar consigo esta grande inovação! Se quiser saber mais, contacte a **Legattus** através do 707 101 015 e venha conhecer como funcionarão os hospitais do futuro. ●



legattus

A SOLUÇÃO INOVADORA E DISRUPTIVA PARA O INTERNAMENTO HOSPITALAR

Melhore a experiência dos doentes no seu período de internamento;

Otimize os processos de trabalhos dos profissionais de saúde;

Envolva proactivamente os familiares no processo de recuperação do doente internado;

Melhore a interação entre profissionais.

O projeto Legattus pretende introduzir uma solução disruptiva para o problema da assistência a doentes internados, procurando introduzir inteligência nos fluxos de trabalho, otimizar os processos, bem como medir o desempenho e níveis de satisfação dos intervenientes, colocando os doentes no centro de todo o processo.

Com o Legattus tem acesso a 3 apps móveis: uma para os utentes internados, outra para os familiares desses utentes e uma terceira para os profissionais. Cada uma destas app proporciona a quem as usa as ferramentas adequadas para otimização e melhoramento de todo o período de internamento.

Conte ainda com uma consola central que monitoriza e apresenta em tempo real todos os pedidos e respetiva evolução.

FATURA ELETRÓNICA: METADE DOS HOSPITAIS EM PORTUGAL ENCONTRA-SE EM INCUMPRIMENTO DESDE ABRIL



Pedro Sepúlveda
VP Sales da Saphety

A pandemia Covid-19 teve uma vítima insuspeita em Portugal, que foram os próprios hospitais. Não me refiro aqui aos milhares de casos de terapêuticas administradas, pela falta inicial de recursos para uma situação de emergência desta natureza, nem pelo esforço quase sobre-humano e verdadeiro heroísmo dos profissionais de saúde. Refiro-me sim à situação de emergência que fez com que metade dos hospitais nacionais caíssem numa situação de ilegalidade desde 18 de abril no que à faturação eletrónica diz respeito.

A fatura eletrónica com a administração pública é obrigatória, desde 18 de abril de 2019, para os serviços da administração direta do Estado e os institutos públicos. Estes organismos estão obrigados a utilizá-las em exclusivo após a publicação do Decreto-Lei n.º 111-B/2017, que transpõe a Diretiva Europeia 2014/55/EU. A legislação tornou obrigatória a emissão de faturas eletrónicas para empresas que trabalham com organismos públicos, promovendo assim a transformação digital.

O Decreto-Lei n.º 123/2018 definiu os prazos legais e estabeleceu até 18 de abril de 2020 para restantes organismos públicos e entidades administrativas independentes que não estavam abrangidos pela primeira fase, até 17 de abril de 2020 para as grandes empresas, e até 31 de dezembro de 2020 para as micro, pequenas e médias empresas.

No entanto, o Decreto-Lei n.º 14-A/2020, de 7 de abril, no âmbito das medidas excecionais aprovadas no contexto de pandemia da doença Covid-19 veio - e oportunamente, na nossa opinião - alterar os prazos estabelecidos pelo artigo 2º do Decreto-Lei n.º 123/2018, de 28 de dezembro, passando os fornecedores da Administração Pública a ser obrigados a

emitir faturas eletrónicas, a partir de 1 de janeiro de 2021, 1 de julho de 2021 e 1 de janeiro de 2022, consoante sejam grandes, pequenas e médias ou microempresas e entidades públicas enquanto entidades cocontratantes, respetivamente.

Dito de outra forma, nada mudou na calendarização da obrigatoriedade de adoção para os hospitais públicos de implementar sistemas de faturação eletrónica a partir de 18 de abril, estando em incumprimento legal desde então todas as unidades que ainda não o fizeram.

Pelo que constato diariamente, até ao início de abril, o número de entidades de saúde pública que tinha já implementado procedimentos de faturação eletrónica ultrapassava em pouco a centena. Ou seja, cerca de metade do total de hospitais públicos. O quadro de pandemia e a produção legislativa vieram atrasar um processo que já conhecia demoras em várias unidades, com o Decreto-Lei n.º 14-A/2020 de 7 de abril a ser frequentemente mal interpretado e utilizado por entidades públicas como argumento para iludir a situação - grave, a meu ver - de incumprimento em que estão há cerca de dois meses. Se os hospitais públicos eram das entidades mais atrasadas na implementação da faturação eletrónica em toda a Administração Pública, a emergência nacional causada pela pandemia veio piorar esta situação ainda mais, com a agravante de cerca de metade do total estar já a infringir a lei.

Esta é uma situação quase caricata quando a grande maioria do ecossistema de fornecedores dos hospitais públicos se preparou de forma séria e completa para a entrada em vigor da faturação eletrónica em abril, encontrando-se as farmacêuticas e empresas de dispositivos médicos já a faturar eletronicamente às entidades que têm essa exigência legal, mas que não cumprem.

A não solução da fatura digitalizada

Deparamo-nos todos os dias com soluções criativas de hospitais públicos que procuram nas faturas digitalizadas por e-mail uma "ponte" entre a situação anterior e a implementação de sistemas robustos de faturação eletrónica. Uma fatura eletrónica é uma fatura emitida, transmitida e recebida num formato eletrónico estruturado que permite o seu processamento automático e eletrónico, e a faturação ele-



trónica exige que os dados sejam criados com uma estrutura correta para depois ser enviada diretamente do sistema do vendedor para o do comprador. E, muitas vezes, esta alegada confusão é sublinhada pelos mesmos profissionais com responsabilidade na implementação destes sistemas e com obrigação de conhecer o enquadramento legal e os benefícios a nível de poupanças e eficiência que estão a privar às organizações pela demora na implementação da faturação eletrónica.

Os custos escondidos e as poupanças que ficam por fazer

Os processos eletrónicos e automatizados de faturação resultam em poupanças superiores a 60% comparativamente ao processo de faturação convencional, segundo a consultora internacional Billentis. No caso dos hospitais, enquanto entidade recetora de faturas, o custo de processamento de uma fatura eletrónica está estimado em 6,40 euros face aos 17,60 euros de uma fatura em papel. Basta multiplicar a poupança de 11,2 euros por fatura pelo número de faturas recebidas por ano por cada hospital que não tem ainda um sistema de faturação eletrónica implementado, para compreender o elevado volume de poupanças que

se perdem por via desta ineficiência. Temos ainda os recursos humanos ocupados em tarefas mecânicas e burocráticas quando poderiam estar a contribuir para a organização de forma mais produtiva e eficiente. O maior rigor dos dados pela automatização do processo e redução de erro humano, a maior segurança e a confidencialidade da informação são outras das mais-valias da faturação eletrónica que possibilitam uma otimização de toda a cadeia de abastecimento do setor hospitalar.

As 33 Entidades Hospitalares do Sistema Nacional de Saúde que têm implementadas soluções de faturação eletrónica da Saphety, estão já a colher os frutos desse investimento, como é o caso do Centro Hospitalar de S. João no Porto ou do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, que integra o Hospital de Santa Maria em Lisboa. As poupanças anuais estimadas variam entre os 50 mil e os 900 mil euros, consoante a dimensão das Unidades. É urgente que os restantes se apressem e implementem os sistemas necessários para com isso otimizarem as relações comerciais com os seus fornecedores, beneficiarem das poupanças inerentes e assegurarem o cumprimento da legislação em vigor. ●

Com a **DELABIE** faz dois em um!

HIGIENE DAS MÃOS E ECONOMIA DE ÁGUA



No contexto atual da pandemia, a lavagem e a desinfecção das mãos, estão no centro das preocupações dos utilizadores dos sanitários nos estabelecimentos hospitalares e de cuidados de saúde, tanto do lado dos utentes, como dos profissionais de saúde. A higiene deve ser garantida ao máximo e as soluções sem contacto, são a solução ideal.

Misturadora eletrónica de lavatório

- 100% Higiene: sem contacto manual
- Limpeza periódica antiproliferação bacteriana
- Bica descartável removível BIOCLIP
- Corpo e bica com interior liso limita as bactérias
- Altura de saída e saída da bica ideais



DELABIE 100% HIGIENE DAS MÃOS Sem contacto manual

Há décadas, que a DELABIE oferece as melhores soluções do mercado para a lavagem e desinfecção das mãos nos espaços sanitários dos locais que recebem público, nomeadamente estabelecimentos hospitalares e de cuidados de saúde. Torneiras e doseadores de sabão/gel hidroalcoólico eletrónicos, sem contacto manual e também soluções temporizadas e mecânicas.

As torneiras temporizadas DELABIE, fecham automaticamente após alguns segundos de abertura, dando tempo para molhar e lavar as mãos.

No caso das torneiras eletrónicas, param automaticamente, assim que as mãos são retiradas do campo de deteção. Sem contacto manual, é garantida a máxima higiene. Todos os produtos DELABIE, são desenhados para dar resposta às mais elevadas exigências em termos de higiene.

Uma gama completa para urinóis e descarga direta para sanitas, completa a oferta da DELABIE sem contacto. A higiene das mãos, é também uma cadeia de utilizações sucessivas nas casas de banho de um local que recebe público, seja em que ambiente for, que vai desde a sanita ou urinol até ao lavatório.

ÁGUA SEM BACTÉRIAS PATOGÉNICAS

As torneiras eletrónicas DELABIE têm, entre outras, uma vantagem adicional com a sua função de limpeza periódica. Assim, em caso de não utilização prolongada da torneira (sanitários fechados, posto isolado, quarto de hotel desocupado...), é acionada uma purga automática programável a cada 24 horas, após a última utilização. A água circula na torneira e nas canalizações que a fornecem, limitando assim a proliferação bacteriana, causadora de muitas doenças nosocomiais (legionelose, infeção por pseudomonas aeruginosa...).

Algumas torneiras também podem ser equipadas com uma eletroválvula antiestagnação (Patente DELABIE), que permite a evacuação e renovação da água em cada utilização. O seu sistema de autolimpeza impede o depósito de impurezas, o que limita os nichos bacterianos.



DELABIE 90% DE ECONOMIA DE ÁGUA E DE ENERGIA Evitar desperdícios necessários

Com a pandemia provocada pelo Coronavírus e o cumprimento das medidas de prevenção, a frequência da lavagem das mãos triplicou e o tempo de lavagem duplicou. O consumo excessivo de água e energia é nos dias de hoje enorme e, assim continuará a ser.

Com uma torneira clássica, o utilizador vê a correr litros de água, durante o período de ensaboamento, o que pode durar entre 40 a 50 segundos, para garantir uma boa lavagem das mãos. Assim, o consumo excessivo de água quente e fria pode levar ao consumo de 60 litros de água por dia/pessoa.

A oferta da DELABIE, passa também por um conjunto de dispositivos de filtros de água de utilização única: cartuchos, chuveiros e bicas BIOFIL.

Estes filtros, apresentam-se como uma solução preventiva ou curativa, para garantir água sem bactérias. Destinados a garantir a higiene da água no meio hospitalar, os filtros BIOFIL são recomendados para a limpeza dos dispositivos médicos, lavagem das mãos ou mesmo para a higiene dos pacientes.



BIOFIL Cartucho, chuveiro e bica

- Filtros de utilização única (estéril, não estéril)
- Água bacteriológicamente controlada no ponto de utilização
- Duração máxima de utilização: 82 dias após a instalação
- Resistência aos tratamentos químicos e térmicos nas redes de água

É urgente instalar torneiras em todos os espaços sanitários de utilização frequente, que proporcionem tanto a máxima higiene como uma poupança significativa de água. As soluções DELABIE, podem economizar até 90% de água. Com o seu fecho automático, após molhar e a lavagem das mãos, limitando o seu débito a 3 litros, em vez dos 9 litros habituais. As questões ambientais e económicas não devem ser esquecidas.

As torneiras e os equipamentos sanitários DELABIE, são desenvolvidos especificamente para os locais públicos e estabelecimentos hospitalares e de cuidados de saúde, permitindo não só uma higiene perfeita das mãos e uma poupança excepcional de água, o verdadeiro ADN da empresa, mas também uma resistência particular ao vandalismo e ao uso intensivo, facilidade de instalação e manutenção... e para não mencionar o design.

DIFUSORES INDUTIVOS



Estas unidades terminais têm algumas particularidades que permitem poupar uma parcela importante nos custos operacionais e energéticas a par de um superior índice na qualidade de ar tanto no conforto térmico como também a nível dos contaminantes.

O seu funcionamento baseia-se no princípio Venturi. Pequenos orifícios dispostos em linha ao longo do pleno do difusor por onde é insuflado o ar-novo induz o ar ambiente para o seu interior. Este ar ambiente é "obrigado" a atravessar as baterias de água quente e fria de modo a "corrigir" a temperatura do mesmo. A insuflação da mistura "ar-novo" mais ar-recirculado (na proporção de 1:4) é feita através de 2 ranhuras longitudinais - uma de cada lado da grelha frontal por on-

de o ar-ambiente é "sugado", ou seja, o ar é movimentado em todo o espaço ambiente sem recurso a ventilador local - a pressão estática do ar de insuflação constitui o "motor" desta movimentação. Adicionado a esta importante vantagem, temos a temperatura da água fria: em vez de 7°C usada nos ventiloconvectores tradicionais, esta temperatura é elevada para 14°C a 16°C. Esta particularidade tem as seguintes consequências positivas:

- Não há condensação da água do ar-ambiente;
- Não necessita de filtro de ar;
- A insuflação do ar é feita a uma temperatura entre 18°C a 20°C - regime de arrefecimento.

Condensando a descrição e particularidades operacionais dos DI 's face aos VC's, podemos sintetizar:

- Não tem ventilador;
 - Não tem filtro;
 - Não tem condensados - não há tabuleiro nem tubagem nem bomba de condensados;
 - Baterias de água facilmente removíveis para limpeza;
 - Melhor a distribuição do ar em todo o espaço - sem estratificação e sem correntes de ar;
 - Pode ser montado a 2,4m do chão-sem que haja desconforto devido a "correntes de ar";
 - Isolamento da tubagem da água fria menos crítica.
- As vantagens objetivas destas particularidades, resultam em:

- Substantial redução dos custos de exploração;
- Maior longevidade do equipamento (não há componentes móveis);
- Maior qualidade de ar tanto na distribuição como em agentes nocivos;
- Menor risco de contaminação bacteriana/virulógica devido à possibilidade de uma limpeza integral de toda a superfície interior do difusor, incluindo a desinfeção das baterias fora de ambiente do quarto;
- Maior eficiência - não há consumo nos motores dos ventiladores como no caso dos ventiloconvectores;
- Menor nível de ruído (não há ventilador).

Como resumo do atrás exposto, apresenta-se na forma de Tabelas a comparação exaustiva entre a solução ventiloconvectores e a solução difusores indutivos. Outras vantagens a considerar a favor dos difusores indutivos face aos ventiloconvectores.

- Menos custos na coordenação dos trabalhos nas instalações:

- Elétricas;
- Ventilação;
- Canalizações de drenagem.

Elementos constitutivos		
Elemento	Ventiloconvectores	Difusores indutivos
Bateria de água fria	Sim	Sim
Bateria de água quente	Sim	Sim
Baterias destacáveis (p/serviço)	Não	Sim
Válvulas de controlo elétricas	Sim	Sim
Termostato de ambiente	Sim	Sim
Instalação elétrica do termostato ambiente	Sim	Sim
Tabuleiro de condensados	Sim	Não
Instalação de drenagem dos condensados	Sim	Não
Ventilador	Sim	Não
Cabos elétricos para alimentação do ventilador	Sim	Não
Instalação de quadro elétrico de alimentação e proteção do ventilador	Sim	Não
Instalação do quadro elétrico de alimentação e proteção geral por piso	Sim	Não
Instalação de controlo centralizado para arrancar/parar os ventiladores	Sim	Não
Filtros de ar para evitar depósito de lixo no tabuleiro de condensados	Sim	Não
UTA-Central	Sim	Sim
Conduitas de ar de ventilação de ar-novo	Sim	Sim
Difusores ou grelhas terminais e plenos respetivos	Sim	Sim (incluído no difusor)

Manutenção das unidades		
Elemento	Ventiloconvectores	Difusores indutivos
Limpeza das baterias (periodicidade)	Mensal (bateria molhada)	Anual (bateria seca)
Limpeza das baterias (local/remoto)	Local (Limpeza deficiente)	Remota (desinfecção total)
Ações preventivas contra legionela e outros agentes patológicos no tabuleiro de condensados de todas as unidades	Sim	Não
Substituição dos filtros de ar	Sim	Não
Verificação dos ventiladores - substituição devido a desequilíbrio (ruídos) ou por terem chegado ao fim de vida útil	Sim	Não

- Poupança elevada na potência elétrica total contratada;
- Poupança avultada no consumo elétrico mensal (eliminam-se os consumos de todos os motores dos ventiloconvectores);
- Poupança na produção de água fria (evaporador com ponto de evaporação mais elevado igual a menor consumo energético);
- Máxima rentabilidade do edifício;

- Menor ruído na instalação;
- Maior conforto térmico;
- Elevada diminuição de perigo associado à Legionela e outras colónias que se desenvolvem geralmente nos tabuleiros de condensados;
- Publicidade positiva nos utentes e opinião pública em geral;
- Edifício Verde que respeita o meio ambiente. ●

EQUIPAMENTOS DE VENTILAÇÃO PARA CONTROLO DA CONTAMINAÇÃO

Miguel Jesus
Eng.º Mecânico, Departamento de Engenharia, EVAC

Na atual situação de pandemia da Covid-19, causada pelo surto do vírus SARS-CoV-2, a EVAC desenvolveu uma nova gama de equipamentos para poder dar resposta à urgente necessidade de controlo da contaminação do ar de determinados espaços, como são exemplo quartos de isolamento em instalações hospitalares (muitas vezes designados, na comunicação social, por quartos de pressão negativa ou quartos de contenção), quartos em lares e instituições de apoio à 3ª idade, salas de isolamento nos mais variados tipos de edifício, assim como muitos outros espaços similares. Estes equipamentos, nomeadamente a Unidade Purificadora de Ar, serão decerto também de grande utilidade mesmo após a fase de confinamento obrigatório, de forma a minimizar a probabilidade de contaminação e transmissão pela via respiratória.

Trata-se de equipamentos vocacionados para espaços de pequena/média dimensão, com elevada necessidade de descontaminação do ar e/ou necessidade de controlo da contaminação cruzada por ventilação (por forma a evitar a contaminação dos espaços adjacentes). Estes equipamentos têm sido desenvolvidos como resposta às necessidades de muitos profissionais do sector (projetistas e instaladores de ventilação e climatização), assim como dos próprios responsáveis pelos edifícios e suas instalações, que têm procurado na EVAC um parceiro que os ajude na definição e desenvolvimento das melhores soluções para os seus problemas. Como tal, estes equipamentos foram já fabricados e testados em funcionamento real, sendo grande a receptividade e satisfação do mercado aos equipamentos e a este esforço e dedicação da EVAC de desenvolvimento e fabrico destes novos produtos, tão importantes no âmbito da situação de pandemia atual.

Atualmente, a produção da empresa foi direcionada para este tipo de unidades, sendo o seu prazo de entrega praticamente imediato. Desta forma, a EVAC apresenta três tipos de unidades, compactas e versáteis, com a finalidade de controlo da contaminação do ar:

- Unidade para Quartos de Isolamento
- Unidade Purificadora de Ar
- Unidade de Extração (filtragem hepa)

UQI: Unidade para quartos de isolamento

Trata-se de uma unidade de duplo fluxo (insuflação de ar pré tratado e extração de ar contaminado), concebida para quartos de isolamento. Tem como principal função a descontaminação do ar, quer no circuito de insuflação, que no circuito de extração, permitindo, simultaneamente, manter o espaço em pressão negativa¹. Unidade de muito fácil instalação. Entre outras características, destacam-se os painéis em dupla chapa (cor exterior branco e interior com acabamento antibacteriano de limpeza fácil, classe C4²), os ventiladores de baixo consumo elétrico, a porta de dobradiças com fecho de chave, a fácil movimentação por rodas 360º com travão, a possibilidade de múltiplas entradas e saídas de ar, a filtragem H13 ou H14³ na insuflação e a filtragem H13 ou H14³ (ou ambas) na extração. A unidade tem sistema de comando de controlo integrado (interruptor de corte elétrico geral, avisos luminosos de pressão na sala, avisos luminosos de colmatação dos filtros, seletor independente para cada ventilador, sistema de controlo do caudal de ar, sistema de ação rápida sobre o caudal de ar por forma a manter a pressão parametrizada para o espaço, medição e visualização dos caudais de ar e medição e visualização da pressão diferencial da sala).



UQI: Unidade para quartos de isolamento.

UPA: Unidade purificadora de ar.

UPA: Unidade purificadora de ar

Trata-se de uma unidade de simples fluxo (recirculação de ar) para espaços com elevado grau de contaminação. Tem como principal função a diminuição da concentração de partículas no ar e, como consequência, a diminuição da concentração de vírus no ambiente. Unidade portátil e sem necessidade de instalação. Entre outras características, destacam-se os painéis em dupla chapa (cor exterior branco e interior com acabamento antibacteriano de limpeza fácil, classe C4²), o ventilador de baixo consumo elétrico, a porta de dobradiças com fecho de chave, o sistema de segurança de contacto na porta e o atenuador acústico (uma vez que a unidade é para colocação no próprio espaço a tratar), a fácil movimentação por rodas 360º com travão, a filtragem H13 ou H14³ (ou ambas) e a proteção superior ao pó. A unidade é dotada de interruptor de corte elétrico geral, avisos luminosos de colmatação dos filtros e regulador de caudal (para fácil ajuste do caudal de ar em função do volume da sala). ▶

UQI: Unidade para quartos de isolamento						
Modelo	Volume Quarto [m³]	Caudal Ar Referência ⁴ [m³/h]	Dimensões AxCxP [m]	Peso [kg]	Ruído ⁵ [dB(a)]	Pot. Elétrica [kW]
UQI 600	50	600	1,85 x 0,72 x 0,65	130	52	0,35
UQI 1000	85	1.000	2,26 x 1,05 x 0,65	170	56	1,00

EVAC Unidades Higiénicas Certificadas

www.evac.pt

Tem sido grande a receptividade do mercado nacional e estrangeiro, desde 2015, à gama certificada de Unidades de Tratamento de Ar, UTA-H, que satisfazem todos os requisitos de higiene aplicáveis especificados nas principais normas europeias, nomeadamente nas normas DIN 1946-4, EN 13053 e VDI 6022-1.

1984

Há 35 anos a pensar em Unidades de Tratamento de Ar.



1999

Primeiro fabricante nacional com Certificação EUROVENT.

Atualmente, a nível mundial, são mais de 100 as empresas certificadas. A EVAC foi a 12ª.



2015

Primeiro fabricante nacional com Certificação Higiénica DIN 1946-4.



UTA-H



Acreditamos na engenharia Portuguesa e no nosso trajeto. Acredite também.



A ENGENHARIA DO AR

saphety

Procura um parceiro tecnológico especialista em EDI e Faturação Eletrónica?

Adoção obrigatória da Faturação Eletrónica com a Administração Pública em 2020.

- Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto
- Decreto-Lei n.º 123/2018, de 28 de dezembro
- Portaria n.º 289/2019, de 5 de setembro
- Decreto-Lei n.º 14-A/2020, de 7 de abril

Faturação Eletrónica



Contacte-nos em [saphety.com](https://www.saphety.com)



UPA - Unidade purificadora de ar						
Modelo	Volume Quarto [m³]	Caudal Ar Referência ⁴ [m³/h]	Dimensões AxCxP [m]	Peso [kg]	Ruído ⁵ [dB(a)]	Pot. Elétrica [kW]
UPA 500	40	500	1,1 x 0,57 x 0,52	40	54	0,20
UPA 1000	80	1.000	1,1 x 0,98 x 0,65	40	58	0,20
UPA 2000	160	2.000	1,6 x 0,72 x 0,65	90	54	0,50
UPA 3000	240	3.000	1,6 x 0,72 x 0,65	100	52	0,75



UE: Unidade de extração.

UE - Unidade de Extração (filtragem hepa)

Trata-se de uma unidade de simples fluxo (extração), com certificação EUROVENT, para extração de ar de espaços altamente contaminados. Tem como principal função a diminuição da concentração de partículas no ar e, como consequência, a diminuição da concentração de vírus do ambiente (até mesmo a sua eliminação).

Entre outras características, destacam-se os painéis em dupla chapa (cor exterior branco e interior com acabamento antibacteriano de limpeza fácil, classe C4²), o ventilador de baixo consumo elétrico, as portas de dobradiças com fecho de chave, a filtração absoluta H13 ou H14³, o óculo para inspeção, o manómetro de ponteiro (para leitura da pressão diferencial do filtro absoluto) e o registo interior na exaustão (de fecho automático quando a unidade é desligada). A unidade tem sistema de comando de controlo integrado (interruptor de corte elétrico geral, avisos luminosos de pressão na sala, avisos luminosos de colmatação dos filtros, sistema de controlo do caudal de ar (ou pressão), medição e visualização do caudal de ar e medição e visualização da pressão diferencial da sala).

Todo o processo de projeto, desenvolvimento e

UE - Unidade de extração (filtragem hepa)		
Modelo	Caudal Ar Referência [m³/h]	Dimensões AxCxP [m]
UTA 10	2.000	0,55 x 1,57 x 0,71
UTA 15	3.000	0,69 x 1,57 x 0,71
UTA 20	4.000	0,89 x 1,57 x 0,71
UTA 30	6.000	0,89 x 1,62 x 1,02
UTA 40	8.000	1,22 x 1,62 x 1,02

Nota: Continuidade da gama para caudais superiores.

UE - Unidade de extração (filtragem hepa)		
Modelo	Caudal Ar Referência [m³/h]	Dimensões AxCxP [m]
miniUTA 1.1	300	0,89 x 0,72 x 0,37
miniUTA 1.2	400	0,89 x 0,57 x 0,52
miniUTA 1.3	600	0,89 x 0,72 x 0,65
miniUTA 1.4	900	1,00 x 1,05 x 0,65

conceção destes produtos foi efetuado internamente, no Departamento de Engenharia da empresa, coordenado por Pedro de Sousa Lapa (Eng.º Mecânico, diretor do Departamento de Engenharia e Administrador da EVAC). •

1. A unidade permite controlar a pressurização ou despressurização do espaço. É referido pressão negativa, uma vez que, em situações de doenças altamente contagiosas (como é o caso da Covid-19) o objetivo é manter o quarto em depressão (pressão negativa) relativamente aos espaços adjacentes.
2. Unidade preparada para utilização em ambiente corrosivos, classe C4, de acordo com a norma ISO 12944-2.
3. Classificação de acordo com a norma EN 1822 (filtros de ar de alta eficiência, para partículas).
4. Para 12 RPH (renovações de ar por hora), de acordo com a recomendação da norma ANSI/ASHRAE/ASHI 170: 2017 (Ventilation of Health Care Facilities) para enfermarias de isolamento de doentes com doenças infectocontagiosas transmissíveis por via aérea.
5. Para a velocidade média (a 1 metro de distância).

UTA COM CERTIFICAÇÃO HIGIÉNICA EUROVENT



Pedro Silva
PhD Mechanical Engineer, Administrador da Sandometal



As instalações técnicas em ambiente hospitalar sempre tiveram requisitos e normativos específicos de forma a se adequarem a todas as especificações dos serviços que servem. Sendo neste momento uma das áreas centrais do mercado do aquecimento ventilação e ar condicionado (AVAC), as instalações hospitalares ou ligadas às áreas da saúde têm sofrido de forma grave com a falta de normativos adequados aos equipamentos e a todas as filosofias de funcionamento e manutenção existentes. Vivemos neste momento numa área cinzenta no que diz respeito ao que deve ser aplicado e a forma como deve ser utilizado. Não existindo normas nacionais ou europeias que possam servir de base para que o mercado possa atuar de forma homogénea e equilibrada. A adoção de um normativo comum e que consiga conferir confiança, rigor e servir como base de trabalho para grande parte das

instalações torna-se fundamental e indispensável. Na área das unidades de tratamento de ar este passo está a começar a ser dado através de um organismo de certificação europeia e da sua certificação higiénica. A Eurovent é o organismo líder e responsável pela organização, normalização e sistematização do mercado das unidades de tratamento de ar na Europa (inclusive em Portugal), é neste momento a organização que dita e define os parâmetros de funcionamento e as regras que devem ser respeitadas nesta área, e é o organismo respeitado em todas as especificações técnicas e projetos. Com base neste historial, construiu e definiu um sistema de normalização para as unidades de tratamento de ar em aplicações em instalações especiais com requisitos higiénicos. Esta certificação, respeita as regras da certificação Eurovent já existentes para unidades de tratamento de ar, e reforça e estabelece um conjunto vasto de regras higiénicas, incluindo aplicações em ambiente hospitalar, Certificação Higiénica Eurovent.

Estas regras foram definidas utilizando como base os normativos mais utilizados e reconhecidos na união europeia, e recomendo a um comité de técnicos especializados com um elevado conhecimento nesta área. Esta certificação pauta-se por três pontos essenciais e distintos: certificação de *software*; visitas e auditorias de acompanhamento anuais; testes laboratoriais. A utilização destas três vertentes, traduz-se numa certificação de produto com os mais elevados índices de concretização. A certificação do *software* que faz o dimensionamento destas unidades, obriga a que o produto selecionado cumpra com todas as regras e normas. A utilização de auditorias anuais aos procedimentos de produção e ensaios laboratoriais de unidades de tratamento de ar higiénicas confirma e valida todo o trabalho de certificação e de produção destas unidades. A massificação e a disseminação deste tipo de certificação introduzem uma elevada confiança e rigor na seleção, instalação, utilização e manutenção subsequentes.

Seguindo de perto este movimento, e acreditando que só desta forma, se pode impor rigor, transparência e equilíbrio no mercado, a **Sandometal** fez um esforço para conseguir obter a certificação higiénica da Eurovent. Desde novembro de 2019 torna-se o primeiro fabricante ibérico, e o terceiro, europeu a obter este nível de certificação pelo organismo europeu. Utilizando o *software* certificado, SAHS, é possível projetar e dimensionar unidades de tratamento

de ar com certificação higiénica, garantindo que todas as regras e normativos estão a ser cumpridos. A **Sandometal** passa a ter no seu portefólio de produtos uma nova gama de unidades de tratamento de ar eSDM.Higiénica que representa esta nova forma de projetar e produzir equipamentos de uso hospitalar, e que no final representa o futuro neste mercado. A gama eSDM.Higiénica encontra-se preparada para poder ser aplicada em ambientes hospitalares, respeitando de forma rigorosa a utilização de materiais inertes, a possibilidade de manutenção e limpeza de todos os componentes e a forma e ergonomia necessária na construção de todos os perfis e peças. É um produto que foi desenvolvido respeitando o normativo, mas que parte da experiência de todo o departamento técnico **Sandometal** no desenvolvimento de soluções para: Hospital Santa Maria, Instituto Português de Oncologia (IPO), Hospital Amadora Sintra, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Hospital Doutor Francisco Zagalo, Hospital Garcia da Orta, Hospital Divino Espírito Santo em

São Miguel, Hospital da Ilha Terceira, Hospital Nélio Mendonça no Funchal, Hospital S. João, Hospital da Força Aérea, etc.

Este nível de experiência, conjuntamente com o aparecimento do vírus Covid-19, levou a Sandometal a desenvolver um produto novo com características semelhantes às unidades eSDM.Higiénicas, que pode ser aplicado em locais onde a renovação e tratamento de ar pode ser deficiente ou difícil de obter. Estas unidades, URP (unidade de recirculação e purificação de ar), conseguem através de estágios de filtragem de alta eficiência (HEPA 13 ou 14) e de ventiladores de regulação automática, uma elevada purificação do ar conseguindo dessa forma combater a disseminação do vírus por via aérea.

Por todos estes motivos, e por todo o desenvolvimento que tem sido feito nesta área, onde o detalhe técnico deve ser fundamental, a **Sandometal** torna-se um parceiro fundamental para a recuperação, reestruturação e inovação dos centros hospitalares do nosso país. ●



Pela sua Saúde, escolha uma UTA com Certificação Higiénica

As nossas Unidades de Tratamento de Ar Higiénicas eSDM.H são as primeiras unidades ibéricas com certificação EUROVENT. Esta exigente certificação europeia garante o cumprimento de mais de 50 pontos de controlo, incluindo os materiais e componentes, o processo de produção e o software de seleção. **As UTA eSDM.H são selecionadas pelo nosso inovador software SAHS de modo a cumprirem todos os requisitos do programa de Certificação.**



AMBIENTE HOSPITALAR

SOLUÇÕES INTEGRADAS DE CLIMATIZAÇÃO

▶ UTA HIGIÉNICA

De acordo com os novos regulamentos
ET 06/2008 EN 1886 ErP 2009/125/EC



▶ UNIDADES DE INDUÇÃO



As instalações de AVAC dos hospitais são muito mais do que sistemas orientados para o conforto dos utilizadores. Pela atividade realizada, estas instalações devem assegurar, em funcionamento contínuo, ambientes com níveis de conforto, higiene e segurança superiores aos habituais, tendo em atenção a eficiência energética.

▶ AS VANTAGENS

Um ambiente agradável, higienizado e sem ruído

Sem ventilador terminal, sem condensados e sem filtro

Reduzido custo e tempo de manutenção

Poupança energética de aprox. 22% e menos 6% de emissões de CO2 face à solução com ventiloconvetores