

ABRIL MAIO JUNHO 2022

Edição Trimestral

Nº 29

GESTÃO HOSPITALAR

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

APAH ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

VACINAÇÃO
MODELO DE
GOVERNAÇÃO
DA INFORMAÇÃO

UNIDADES DE SAÚDE
CERTIFICAÇÃO
E ACREDITAÇÃO
DA QUALIDADE

RECURSOS HUMANOS
AMBIENTES DE
TRABALHO SAUDÁVEIS

Xavier Barreto, Presidente da APAH

UMA APAH FORTE E INTERVENTIVA

GH SUMÁRIO

ABRIL MAIO JUNHO 2022

GESTÃO HOSPITALAR

PROPRIEDADE



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

DIRETOR

Xavier Barreto

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Bruno Moita, Miguel Lopes, Sandra Olim

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Sofia Marques

EDIÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO



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

PROJETO GRÁFICO

Sara Henriques

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita

PERIODICIDADE

Trimestral

DEPÓSITO LEGAL N.º

16288/97

ISSN N.º

0871 - 0767

TIRAGEM

2.200 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

Um compromisso para o futuro

6 História da Saúde

O Hospital de Dona Estefânia e o seu carácter inovador em Portugal

8 Iniciativa APAH | Eleições

Eleição e tomada de posse dos órgãos sociais APAH para o triénio 2022-2025

10 Associados

Sócios de honra e mérito

12 História APAH

Quarta década da APAH: visão, integração, reconhecimento e concretização

16 Entrevista

Xavier Barreto, Presidente da APAH

22 Voz do Cidadão

Pela melhoria da qualidade de vida dos doentes

24 Relações Laborais

Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis

28 PRR Diabetes

Reconstruir a resposta à diabetes em Portugal

32 Certificação

Modelo de certificação de unidades de saúde do Ministério da Saúde

35 Espaço ENSP

PaRIS: estudo internacional de experiências de utentes nos serviços de saúde

36 Gestão

Unidades Locais de Saúde: ganhos económicos e ganhos em saúde

42 Opinião

Modelo de governação da informação no processo de vacinação

46 Iniciativa APAH | Prémio Healthcare Excellence: Menção Honrosa

Cirurgia de ambulatório e hospitalização domiciliária em doentes em idade geriátrica com cancro da mama

50 Direito Biomédico

Alguns desafios da medicina personalizada de precisão para a administração hospitalar

54 Auditoria Interna

Sistemas de informação e segurança e RGPD no setor da saúde

58 Proteção de dados

Proteção de dados na Administração Pública: caso prático do INEM

60 Iniciativa APAH | Prémio Coriolano Ferreira

Gestão das organizações de saúde é um desafio constante

62 Iniciativa APAH | Liderança

Podemos ter Liderança sem Lean, mas poderemos ter Lean sem Liderança?

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE GANHOS ECONÓMICOS E GANHOS EM SAÚDE*

* UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA



João Ricardo Miranda da Cruz¹



Maria Helena Pimentel²



Susana Rodríguez Escanciano³



Ana Belén Casares Marcos⁴

Introdução

Perante os atuais contextos organizacionais caracterizados por contínuas e rápidas mutações económicas, tecnológicas e sociais, para se definirem políticas de gestão e implementar procedimentos que facilitem o desempenho e a competitividade organizacional já não se podem adotar modelos clássicos de gestão, mas sim enveredar por novos mecanismos organizacionais (Franco, 2006).

A integração de cuidados de saúde visa alcançar maior acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos em saúde e em eficiência. As experiências de integração de cuidados de saúde, particularmente de cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares (CH), começaram a surgir em Portugal, em 1999, com a criação da primeira unidade local de saúde (ULS) em Matosinhos-Porto. Gradualmente mais ULS foram criadas perfazendo hoje um total de oito, dispersas pelo país. Contudo, pouco se conhece acerca desses modelos. Exige-se, por isso, um conhecimento mais profundo destes modelos de gestão dos cuidados de saúde, determinante para a sua avaliação e possível expansão. Em Portugal, no decorrer do tempo, outros modelos foram adotados e dos quais se abdicou em muitos casos sem avaliação para um diagnóstico adequado, dos seus contributos e limitações (Lopes *et al.*, 2014).

Na génese das ULS esteve o propósito de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os servi-

ços, uma via para melhorar a interligação dos Centros de Saúde e Hospitais e, eventualmente outras entidades, designadamente, unidades de cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados (ERS, 2011).

A necessidade de articulação em diferentes níveis dos cuidados de saúde, com principal ênfase entre cuidados primários e cuidados hospitalares, causou a necessidade de se garantir uma mais eficaz e eficiente interligação destes dois níveis de cuidados. A principal finalidade é a obtenção de uma melhor orientação dos utentes dos cuidados primários para o ambiente hospitalar, uma melhor resposta dos cuidados hospitalares e por consequência retorno para os cuidados primários (ERS, 2015).

Assim, partiu-se para a realização desta revisão sistemática da literatura (RSL), seguindo o esquema de referência PICO - Participantes; Intervenção; Comparação e *Outcome* (Joanna Briggs Institute, 2014).

Participantes: unidades locais de saúde; Intervenção - não se aplica; Comparação - não se aplica; *Outcome* - análise ao seu modelo organizacional, ganhos económicos e ganhos em saúde.

Norteados pela questão de investigação: em que medida as unidades locais de saúde constituem um modelo organizacional vertical com ganhos económicos e ganhos em saúde? Delineámos os seguintes objetivos: compreender e analisar as unidades locais de saúde enquanto modelo organizacional vertical, bem como os ganhos económicos e ganhos em saúde decorrentes da integração dos cuidados.



Método de Revisão Sistemática

A definição de critérios de inclusão (Tabela 1) teve como finalidade orientar a pesquisa e selecionar a literatura em função dos resultados pretendidos e da questão formulada.

Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos

A pesquisa foi efetuada eletronicamente nas bases de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, SciELO Portugal, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) e RCAAP (repositórios científicos de acesso aberto de Portugal) que permitiram identificar os descritores mais apropriados. Para determinar os termos de pesquisa recorremos ao Medical Subject Headings (MeSH Browser®). A estratégia de pesquisa procurou uma estrutura lógica que combinasse os termos de busca, os operadores booleanos e os componentes da estratégia PICO. Foram utilizadas na pesquisa as seguintes palavras-chave: Integração vertical em saúde; unidade local saúde; ganhos económicos; ganhos em saúde.

As frases booleanas foram construídas da seguinte forma: (Integração vertical em saúde OR Unidade local saúde);

(Integração vertical em saúde) AND (Ganhos económicos); (Integração vertical em saúde) AND (Ganhos em saúde); (Unidade local saúde) AND (Ganhos económicos); (Unidade local saúde) AND (Ganhos em saúde).

A seleção dos estudos realizou-se através da leitura do título e do resumo de um total de 167. Após leitura na íntegra reduziu-se o número para 8 por cumprirem os critérios de inclusão pré-estabelecidos, excluindo-se 159. A partir desta fase, para aumentar a confiabilidade e transparência do processo de seleção, incluiu-se outro investigador para avaliar a qualidade metodológica tendo como padrões de avaliação a coerência e congruência metodológica do estudo (na descrição de objetivo, participantes, método de colheita e análise de dados), a credibilidade (profundidade da análise) e confiabilidade dos resultados (clareza das evidências), a relevância dos achados: exploração temática, descrição conceptual e explicação interpretativa (Sandelowski e Barroso, 2007). Os 8 estudos foram analisados na íntegra e de forma independente pelos dois investigadores. Feita a avaliação crítica da qualidade de cada um houve consenso na inclusão de 6. ▶

Critérios de seleção	Critérios de inclusão
Artigos alusivos à integração vertical em saúde em Portugal	Publicados entre 2008 a 2018
	Artigos publicados em <i>full-text</i> e <i>open access</i>
	Idioma em português
	Artigos ou Dissertações

Tabela 1: Critérios de seleção e inclusão

Estudo	Autores (Ano)	Objetivos	Principais resultados e principais limitações dos estudos
E1	Santana e Costa (2008)	Rever os principais aspetos teóricos da integração vertical, apresentar as suas principais barreiras e condições facilitadoras.	A gestão conjunta de prestadores de primeira e segunda linha com responsabilidades comuns no estado de saúde de uma determinada população conduz a uma aposta estratégica nas fases primárias em detrimento de intervenções mais diferenciadas e dispendiosas. Pode atingir várias dimensões: estrutural, a funcional, a normativa ou a sistémica. É importante salientar que a integração vertical de cuidados de saúde, nem todas as iniciativas obtiveram sucesso, ou o esperado, motivado por: falha na interpretação do novo core business, a proximidade polar dos elementos constituintes, as diferentes culturas organizacionais que necessitam de ser conciliadas, a tendência para a competição pelos recursos ou a desigualdade relativa das dimensões estruturais das diferentes instituições que compõem as realidades integradas.
E2	Campos Fernandes e Matos (2013)	Analisar comparativamente o impacto das Unidades Locais de Saúde e dos Agrupamentos de Centros de Saúde no processo de articulação entre cuidados de saúde primários e hospitais.	Questiona-se a eficácia do modelo de organização institucional das ULS no que diz respeito à articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares, em particular, no que se refere à partilha de informação clínica e à eficiência do processo de referenciação para consultas hospitalares.
E3	Santana e Santos (2015)	Analisar o impacto da criação das ULS nos custos do internamento hospitalar português.	Não existe uma tendência definida no que respeita à diferença de custos quando se comparam os diferentes modelos organizacionais. É importante que em estudos futuros se alargue a amostra ao total de prestadores e se aprofundem os fatores que influenciam os custos de internamento.
E4	Dias, Simões e Santana (2015)	A proposta de uma metodologia para a análise e avaliação da integração de cuidados de saúde, que inclui um modelo de análise e indicadores de integração de cuidados de saúde, tendo como objetivo específico conhecer melhor o modelo ULS.	A governação e integração clínica são assumidas como o principal determinante da integração de cuidados, sendo vistos como um meio e um objetivo indispensável para melhorar o desempenho do sistema. Dá-se, assim, particular relevância à governação clínica, o que poderá ser conseguido através da gestão integrada da doença, da gestão de caso e/ou de um maior investimento nos autocuidados. Outras dimensões passam por: modelo de financiamento e a contratualização; os recursos humanos; o poder do utente e a gestão da informação. Estas dimensões são vistas como facilitadoras da integração clínica.
E5	Dias, Barão e Tavares (2018)	A avaliação dos resultados em saúde no que diz respeito à integração vertical de cuidados de saúde com base na metodologia de financiamento desenvolvida em 2010 e o desenvolvimento de uma proposta de alteração ao atual modelo em vigor para as Unidades Locais de Saúde (ULS).	O sistema de financiamento atual das ULS não está a responder corretamente às suas necessidades. Um sistema de ajustamento pelo risco para ser adequado e promover simultaneamente os objetivos primordiais do sistema de saúde, assegurando a eficiência e equidade no acesso aos seus serviços, deve recorrer a informação acerca das necessidades em saúde da população possibilitando que os pagamentos difiram entre as diferentes regiões conforme a distribuição das doenças, características e necessidades da população que lhes está associada.
E6	Loureiro e Brou (2018)	Consiste numa revisão da literatura que pretende avaliar a integração existente nas Unidades Locais de Saúde, compreendendo os possíveis fundamentos económicos para a Integração Vertical em saúde.	Após revisão do conceito de Integração Vertical e dos fundamentos económicos para essa Integração, verifica-se que as Unidades Locais de Saúde apresentam condições/fundamentos para uma correta integração.

Tabela 2: Resumo dos estudos

Apresentação dos resultados

Foram selecionados para a análise final e avaliação da qualidade metodológica 6 estudos, que se encontram resumidos na Tabela 2.

Interpretação dos resultados

O atual paradigma da saúde em Portugal e os fenómenos sociais e demográficos que se têm observado nos últimos anos tem levado a uma alteração estrutural do SNS. De

modo a obter ganhos em saúde, existiram várias formas de responder aos problemas sociodemográficos que o país tem sofrido e a solução mais implementada nos últimos anos foram as ULS. Contudo, as ULS surgem com base na integração vertical entre os diversos tipos de cuidados, mas sem existência (pelo menos de conhecimento público) de estudos prévios de avaliação das condições para a formação destas ULS (Loureiro e Brou, 2018). Segundo o E1 a integração de cuidados de saúde é um

tema que reúne cada vez mais atenção, motivada pelas suas enormes potencialidades onde predomina a centralização do cuidado no utente, o que permite obter melhor qualidade assistencial sendo simultaneamente promotora de eficiência técnica e económica. Ainda segundo o mesmo estudo (E1) uma das mudanças mais significativas introduzidas pelos processos de integração vertical baseia-se no redireccionamento das estratégias das instituições prestadoras de cuidados de saúde. A gestão conjunta de prestadores de primeira e segunda linha com responsabilidades comuns no estado de saúde de uma determinada população conduz a uma aposta estratégica nas fases primárias em detrimento de intervenções mais diferenciadas e dispendiosas.

Para os autores Santana e Santos (2015) a integração vertical de cuidados tem sido considerada por muitos como um modelo organizacional fulcral para fazer face às pressões demográficas e económicas atuais. Apesar de não existir consenso no que às suas vantagens diz respeito, este modelo de prestação é apontado como uma mais-valia na redução e contenção da despesa em saúde. Têm, assim, surgido nos últimos anos estudos com o intuito de analisar o impacto do modelo de integração vertical de cuidados numa ótica de custos, comparando hospitais integrados em ULS com os que não possuem esse modelo de gestão. O estudo E3 pretendeu analisar o impacto desse modelo de gestão de cuidados concluindo que, globalmente, os hospitais verticalmente integrados são os que apresentam melhores indicadores económicos.

O estudo E2 numa alusão ao Fórum dos CSP (Parte III), de 7 de dezembro de 2012, salienta “As ULS não são suficientes, nem provavelmente serão necessárias. Aliás, as ULS foram criticadas argumentando-se que existem outras formas de integração possíveis e que geram os ganhos esperados dessas relações”. Contudo, o referido estudo elenca o facto de se tratar de uma amostra reduzida, englobando apenas médicos de família de duas instituições em particular, podendo os resultados obtidos ter sido influenciados pelos ambientes particulares vivenciados nas próprias instituições tanto no âmbito profissional, como organizacional, bem como dos efeitos decorrentes dos processos de integração institucional e de gestão da mudança.

Segundo Dias, Simões e Santana (2015) (E4) a governação e integração clínica são assumidos como o principal determinante da integração de cuidados, sendo vistos como um meio e um objetivo indispensável para melhorar o desempenho do sistema. Dá-se, assim, particular relevância à governação clínica, que poderá ser conseguida através da gestão integrada da doença, da gestão de caso e/ou de um maior investimento no autocuidado. Foram identificadas quatro dimensões que devem ser trabalhadas com o objetivo de facilitar a integração (clínica) de



PARA OS AUTORES SANTANA E SANTOS
(2015) A INTEGRAÇÃO VERTICAL
DE CUIDADOS TEM SIDO CONSIDERADA
POR MUITOS COMO UM MODELO
ORGANIZACIONAL FULCRAL PARA FAZER
FACE ÀS PRESSÕES DEMOGRÁFICAS
E ECONÓMICAS ATUAIS



cuidados. São elas: o modelo de financiamento e a contratualização; os recursos humanos; o poder do utente e a gestão da informação. Estas dimensões são vistas como facilitadoras da integração clínica.

O modelo de financiamento das ULS, por capitação, tem sido objeto de análise e discussão de alguns autores. O E5 salienta que um sistema de ajustamento pelo risco para ser adequado e promover simultaneamente os objetivos primordiais do sistema de saúde, assegurando a eficiência e equidade no acesso aos seus serviços, deve recorrer a informação acerca das necessidades em saúde da população possibilitando que os pagamentos difiram entre as diferentes regiões conforme a distribuição das doenças, características e necessidades da população que lhes está associada, pelo que o sistema de financiamento atual das ULS não responde cabalmente a esta necessidade.

Para Loureiro e Brou (2018) E6 o modelo organizacional em ULS embora não esteja corretamente justificado e enquadrado pode ter sido concebido, possivelmente, para debelar as barreiras de acesso aos cuidados de saúde, tentando minimizar as desigualdades existentes entre as regiões do “interior” e as zonas com maior índice de envelhecimento populacional. Independentemente das razões da constituição das ULS e das suas localizações prioritárias é importante afirmar que existem falhas na área da saúde propícias à eventual criação de unidades de saúde integradas verticalmente existindo assim, com base nas análises realizadas ao longo do estudo, fundamento económico para a integração vertical de cuidados. ▶



OS RESULTADOS DOS SEIS ESTUDOS
 PERMITEM CONSIDERAR
 OS FUNDAMENTOS DE DEFESA
 DESTE MODELO ORGANIZACIONAL
 DESDE A GOVERNAÇÃO
 E INTEGRAÇÃO CLÍNICA ATÉ
 AOS DE ÍNDOLE ECONÓMICA



Conclusão

Com a criação das ULS espera-se um conjunto de ganhos de vária ordem resultantes da importância de caminhar no sentido de uma integração de níveis de cuidados, em que a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação devam ser etapas conducentes à interligação contínua de cuidados de forma a obter ganhos em saúde. Numa perspetiva maior, os estudos analisados reportam para os objetivos basilares de melhorar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, maximizar a eficiência produtiva, fomentar a qualidade dos cuidados e promover um melhor desempenho económico-financeiro. São reptos e objetivos bem balizados, mas por vezes, difíceis de almejar, por diversas circunstâncias, desde as especificidades locais, por exemplo as realidades geográficas adstritas a cada ULS, passando pelo modelo de financiamento, até ao domínio da gestão dos recursos humanos.

A literatura analisada também refere que a implementação das várias ULS não foi acompanhada por estudos prévios de avaliação das suas condições, nem de estudos posteriores por parte do Ministério da Saúde, com indicadores estruturados que permitissem aferir quais as vantagens que este modelo organizacional produziu, bem como as suas limitações e estratégias para as ultrapassar e rentabilizar as mais-valias produzidas.

Os resultados dos seis estudos permitem considerar os fundamentos de defesa deste modelo organizacional, desde a governação e integração clínica, até aos de índole económica. Contudo, referem a necessidade de rever a natureza deste financiamento, produzido um modelo que possa acompanhar o desafio social e de saúde que a sociedade portuguesa atualmente necessita e reivindica. ●

Dias, A. da Costa (2015). Integração de cuidados de saúde primários e hospitalares em Portugal: uma avaliação comparativa do modelo de unidade local de saúde. Dissertação de mestrado Universidade de Aveiro. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10773/15131>

Dias, F. M. B. da Silva Marques (2018). O modelo de financiamento das unidades de saúde verticalmente integradas em Portugal: desafios e oportunidades (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências). Recuperado de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/36866>

Entidade Reguladora da Saúde (2011). Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde. Porto: ERS.

Entidade Reguladora da Saúde (2015). Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. Porto: ERS.

Franco, M. J. (2006). O Conhecimento em Rede como um Novo Paradigma dentro das Organizações: Definição, Tipologia e Modelo de Análise. 4.º Congresso Nacional da Administração Pública - Novos Modelos de Administração Pública. Lisboa: Instituto Nacional de Administração (INA).

Joanna Briggs Institute (2011). Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2011 edition. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>

Joanna Briggs Institute (2014). Joanna Briggs Institute reviewers' manual. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>

Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., Matias, T. & Ribeiro, V. (2014). Relatório do grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. Lisboa: Ministério da Saúde.

Loureiro, R.P.J. & Brou, E. (2018). Fundamentos económicos para a integração vertical em saúde. *Dos Algarves: A Multidisciplinary e-Journal*, 33, 66-80. doi: 10.18089/DAMEJ2018.33.5

Matos, I. (2013). Análise comparativa do impacto das ULS (Unidades Locais de Saúde) e dos Aces (Agrupamentos de Centros de Saúde) no processo de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública) Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/11515>

Sandelowski, Margarete; Barroso, Julie (2007). Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer Publishing. Recuperado de http://books.google.com/books/about/Handbook_for_synthesizing_qualitative_re.html hl=zhTW&id=w8kT7IL3TvAC >

Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático: 7, 29-56.

Santos, V. S. Alves (2015). Integração vertical de cuidados: o impacto nos custos do internamento hospitalar (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública). Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/16308>

¹ MSc., Doutor em Ciências da Saúde - Unidade Hospitalar de Bragança. Contribuição no artigo: realização da revisão sistemática da literatura (RSL) e escrita do artigo.

² Ph.D., Professora Coordenadora, Instituto Politécnico de Bragança. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Saúde de Bragança. Contribuição no artigo: orientação para a metodologia da RSL e análise de dados e discussão.

³ Ph.D., Professora Catedrática de Direito do Trabalho e da Segurança Social, Universidade de León, Faculdade de Direito, Leon, Espanha. Contribuição no artigo: orientação para a metodologia da RSL e análise de dados e discussão.

⁴ Ph.D., Professora titular de Direito Administrativo, Universidade de León, Faculdade de Direito, Leon, Espanha. Contribuição no artigo: orientação para a metodologia da RSL e análise de dados e discussão.