

Revista Portuguesa de **Gestão & Saúde**

DIRETOR: MIGUEL SOUSA NEVES · SPGSAUDE@GMAIL.COM
PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DIRIGIDA A PROFISSIONAIS DE SAÚDE
FEVEREIRO 2026 · N.º 41

SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde

As Reformas Estruturais do SNS: Entre o Consenso Técnico e a Inação Política Miguel Sousa Neves
// Integração de cuidados para redução da lista de espera para consulta na ULS Matosinhos Hélder Silva Vieira; Adalberto Campos Fernandes; Maria Cabral **// Auditoria Interna em Saúde: A Influência da Inteligência Artificial** Valter A. Santos; Anabela Almeida; José A. Simões; Manuela Frederico **// Inteligência Artificial como auxiliar do diagnóstico de Melanoma Cutâneo** Andreia Sousa; Rita Camarneiro; Telma Antunes **// Pobreza Energética como Determinante Social da Saúde: Implicações para a Gestão dos Serviços de Saúde** Carla Sofia Carvalho Oliveira **// Reflexão sobre experiência enquanto paciente numa Unidade de Saúde de longos internamentos** Virgínia Teixeira Antunes



www.spgsaude.pt

4

ESTATUTO EDITORIAL

5

MENSAGEM
Miguel Sousa Neves

6

AS REFORMAS ESTRUTURAIS
DO SNS: ENTRE O CONSENSO TÉCNICO
E A INAÇÃO POLÍTICA
Miguel Sousa Neves

7

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS PARA REDUÇÃO
DA LISTA DE ESPERA PARA CONSULTA NA ULS
MATOSINHOS
Hélder Silva Vieira
Adalberto Campos Fernandes
Maria Cabral

15

AUDITORIA INTERNA EM SAÚDE: A INFLUÊNCIA DA
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL
Valter A. Santos
Anabela Almeida
José A. Simões
Manuela Frederico

17

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL COMO AUXILIAR DO
DIAGNÓSTICO DE MELANOMA CUTÂNEO
Andreia Sousa
Rita Camarinho
Telma Antunes

21

POBREZA ENERGÉTICA COMO DETERMINANTE
SOCIAL DA SAÚDE: IMPLICAÇÕES
PARA A GESTÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE
Carla Sofia Carvalho Oliveira

25

REFLEXÃO SOBRE EXPERIÊNCIA ENQUANTO
PACIENTE NUMA UNIDADE DE SAÚDE DE LONGOS
INTERNAMENTOS
Virgínia Teixeira Antunes

33

NOTÍCIA
AIMS MEETING 2026
DECORRE EM ABRIL

Revista Portuguesa de

**Gestão
& Saúde**

Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde · n.º 41 · Fevereiro 2026

DIRETOR Miguel Sousa Neves **COORDENAÇÃO** Vera Rodrigues **DESIGN E PRODUÇÃO** Amarello's | Escrivães e Queiroga Lda.

PROPRIEDADE Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde · Avenida Cidade de Montgeron, 212 · 4490-402 Póvoa de Varzim · E-mail: spgsaude@gmail.com

Site: www.spgsaude.pt **DEPÓSITO LEGAL** 239095/06 **REGISTO ERC** Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º8/99, de 9 de junho

PERIODICIDADE Quadrimestral **IMPRESSÃO** Gráfica Valecambrense, Lda. **TIRAGEM** 2.500 exemplares



A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objetivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde.

Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua atividade no setor da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a diretores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos setores de atividade.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como limiar de existência a sua credibilidade pública.

A RPGS adota como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela atualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os cola-

boradores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

i) Os conhecimentos e os valores do grande público refletem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;

ii) A gestão eficiente e eficaz do setor da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;

iii) Os mass media constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;

iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

Todo o desempenho da Redação da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade.

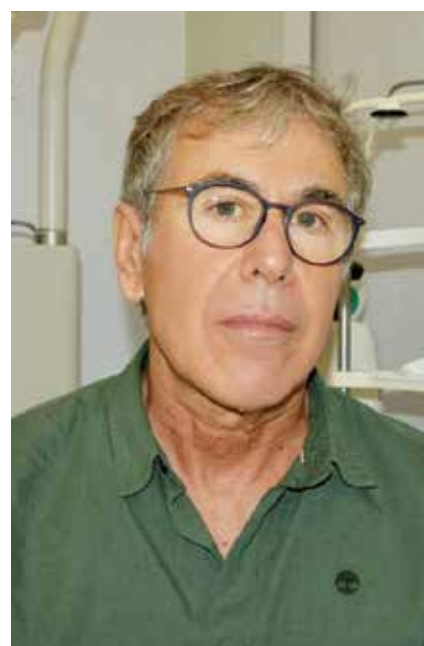
Através da Revista Portuguesa de Gestão & Saúde procurar-se-á ainda manter o leitor atualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto direto na gestão dos serviços de saúde.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Transformar o SNS
é hoje menos uma questão
de diagnóstico e mais uma questão
de coragem, consistência
e responsabilidade
coletiva.

Fevereiro 2026

Miguel Sousa Neves



MIGUEL SOUSA NEVES

*Presidente da Direção
da Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde*

As Reformas Estruturais do SNS: Entre o Consenso Técnico e a Inação Política

Miguel Sousa Neves

Há décadas que, em Portugal, se discute a necessidade de reformas estruturais no Serviço Nacional de Saúde. A expressão tornou-se recorrente no discurso político, nos relatórios técnicos e nos debates públicos. Contudo, a distância entre o diagnóstico amplamente partilhado e a concretização efetiva das mudanças necessárias permanece preocupante. Enquanto isso, persistem dificuldades no acesso, escassez de profissionais, pressão crónica sobre os serviços hospitalares e crescente insatisfação dos cidadãos.

Uma reforma estrutural do SNS começa, inevitavelmente, pela governação e pelo modelo de gestão. A excessiva centralização, a instabilidade das lideranças e a interferência política condicionam a autonomia das instituições e fragilizam a tomada de decisão estratégica. É fundamental evoluir para um modelo assente em maior responsabilização, contratos-programa claros, avaliação rigorosa de desempenho e estabilidade das equipas dirigentes, promovendo uma cultura de gestão orientada para resultados em saúde.

O eixo dos recursos humanos constitui outro pilar incontornável. A susten-

tabilidade do sistema depende, em larga medida, da capacidade de atrair, reter e motivar profissionais qualificados. A estagnação das carreiras, a rigidez contratual e a insuficiência de incentivos à fixação em zonas mais carenciadas comprometem seriamente a capacidade de resposta do SNS. Sem uma política integrada de valorização profissional, qualquer reforma ficará incompleta.

Importa igualmente reequilibrar o modelo assistencial, reforçando de forma consistente os cuidados de saúde primários, a prevenção e a articulação com os cuidados continuados e comunitários. Um sistema excessivamente centrado no hospital é, a prazo, financeiramente e organizacionalmente insustentável. A proximidade, a continuidade de cuidados e a integração dos diferentes níveis assistenciais são determinantes para melhorar resultados clínicos e racionalizar recursos.

A modernização tecnológica e a integração dos sistemas de informação permanecem desafios estruturais. Apesar dos avanços registados, persistem fragmentações, redundâncias e limitações na interoperabilidade. Uma verdadeira transformação digital deve apoiar simul-

taneamente a prática clínica, a gestão e o cidadão, promovendo eficiência, transparência e qualidade na tomada de decisão.

Por fim, o modelo de financiamento carece de uma revisão profunda. A persistência de uma lógica predominantemente baseada em orçamentos históricos dificulta a transição para um sistema orientado pelo valor em saúde. A contratualização deve evoluir no sentido da qualidade, dos resultados e do custo-efetividade, reforçando simultaneamente os mecanismos de avaliação e prestação de contas.

Em síntese, as reformas estruturais do SNS não correspondem a medidas pontuais nem a respostas de curto prazo. Implicam mudanças profundas na cultura organizacional, nos modelos de governação e na forma como o sistema é concebido e gerido. Exigem estabilidade política, visão estratégica e compromisso transversal. Enquanto continuarem a ser adiadas, o SNS manter-se-á funcional, mas vulnerável — sobrevivendo mais por resiliência dos seus profissionais do que por força das suas estruturas.

Transformar verdadeiramente o SNS é, hoje, menos uma questão de diagnóstico e mais uma questão de coragem, consistência e responsabilidade coletiva.

Integração de cuidados para redução da lista de espera para consulta na ULS Matosinhos

Hélder Silva Vieira
Adalberto Campos Fernandes
Maria Cabral

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a gestão das listas de espera para consulta por meio da análise de entrevistas, seguindo a metodologia de Bardin (2011). Os resultados revelam que a gestão das listas de espera é complexa e fragmentada, devido à falta de integração dos sistemas, processos administrativos manuais e coordenação insuficiente entre cuidados primários e hospitalares. Entre as principais barreiras destacam-se a resistência à mudança, a formação insuficiente, a cultura organizacional fragmentada, limitações técnicas e critérios de referência pouco claros. As entrevistadas evidenciaram o potencial das tecnologias de automação, projetos-piloto e monitorização estruturada para aumentar a eficiência. As boas práticas propostas incluem centralização e automatização dos sistemas de marcação, elaboração de manuais de referência, gestão rigorosa do absentismo, capacitação profissional e modelo de cuidados centrado no utente. Espera-se que a implementação dessas melhorias reduza tempos de espera, aumente a qualidade dos cuidados, eleve a satisfação dos utentes e promova eficiência operacional com redução de custos. O estudo ressalta a necessidade de estratégias sistémicas, integradas e apoiadas em tecnologia, combinando inovação, integração e valorização humana para otimizar a gestão das listas de espera hospitalares.

Palavras-chave: *listas de espera, gestão integrada, automação administrativa, integração dos cuidados, qualidade dos cuidados, satisfação dos utentes.*

Enquadramento

A crescente pressão sobre os sistemas de saúde públicos, em particular o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, tem evidenciado desafios significativos no que respeita à gestão das listas de espera para consultas es-

pecializadas. Estas listas constituem um indicador crítico da eficiência do sistema, influenciando diretamente a qualidade, a equidade e a acessibilidade dos cuidados de saúde oferecidos à população. Nas últimas décadas, a

persistência e o aumento dos tempos de espera têm refletido limitações estruturais, organizacionais e operacionais que comprometem a resposta adequada às necessidades dos utentes. (ERS, 2024)

Hélder Silva Vieira NOVA National School of Public Health, NOVA University Lisbon, Lisbon, Portugal Adalberto Campos Fernandes NOVA National School of Public Health, NOVA University Lisbon, Lisbon, Portugal Maria Cabral Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Afilições institucionais:



A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), instituída em 1999 como a primeira unidade deste tipo em Portugal, é responsável pela prestação integrada de cuidados a cerca de 318 mil habitantes da região Norte, abrangendo cuidados primários e hospitalares. Apesar da sua capacidade técnica e do desenvolvimento de equipas especializadas, como a Equipa de Suporte a Doentes Crónicos Complexos (ESDCC), que tem demonstrado resultados positivos na gestão de utentes complexos, a ULSM enfrenta desafios significativos relacionados com as listas de espera, especialmente em especialidades como oftalmologia e cirurgia. (ULSM, 2022)

A fragmentação entre os cuidados primários e hospitalares, acompanhada da inexistência de sistemas informatizados eficazes para a comunicação e coordenação entre níveis de cuidados, representa um dos principais obstáculos à redução da lista de espera para consulta (LEC). A falta de integração dificulta o encaminhamento adequado e o acompanhamento contínuo dos doentes, em particular daqueles com multimorbilidade e necessidades crónicas complexas. Além disso, a sobrecarga dos serviços de urgência contribui para a ineficiência do percurso assistencial, desviando pacientes para consultas especializadas que poderiam ser, em muitos casos, geridas a nível primário.

Frente a este cenário, a integração dos cuidados de saúde emerge como uma estratégia crucial para otimizar recursos, melhorar a experiência dos utentes e reduzir os tempos de espera.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, centrado na compreensão aprofundada do fenómeno em estudo: a integração de cuidados como estratégia para a redução da Lista de Espera para Consulta (LEC) na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). Para consecução do estudo

constitui-se uma amostra não probabilística por conveniência da qual participaram membros dos conselhos de gestão das áreas clínicas da ULSM, nomeadamente diretores de serviço, chefes de equipa e outros profissionais com funções de coordenação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares. Estes profissionais desempenham um papel fundamental nos processos de decisão e planeamento da resposta assistencial, sendo responsáveis pela articulação de recursos, gestão de agendas e monitorização de indicadores assistenciais. A seleção da amostra ocorreu até à saturação dos dados, definida pelo momento em que os temas começaram a ser recorrentes, não emergindo novas informações relevantes. A amostra foi constituída por 5 participantes, esta evidenciou heterogeneidade, contemplando participantes de diferentes níveis hierárquicos, áreas clínicas e unidades funcionais, o que assegurou uma abordagem multidisciplinar e uma visão mais abrangente da realidade da instituição.

A amostra do presente estudo é constituída por cinco participantes do sexo feminino, todas com formação superior e experiência profissional relevante no setor da saúde, nomeadamente na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). As áreas de formação académica incluem Matemática e Ciências da Computação, Economia, Direito, Gestão de Empresas e Gestão, refletindo um perfil multidisciplinar com aplicabilidade na gestão de serviços de saúde.

As participantes exercem ou exerceram funções de responsabilidade enquanto gestoras de departamento ou administradoras hospitalares. A experiência profissional varia entre 10 e 30 anos, com uma média de aproximadamente 23 anos, o que evidencia um elevado grau de senioridade e conhecimento institucional. Este perfil permite uma compreensão aprofundada dos processos de gestão hospitalar, da articulação entre diferentes níveis de cuidados e dos desafios associados à eficiência organizacional no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A seleção da amostra foi intencional, visando incluir profissionais com envolvimento direto na gestão de unidades e departamentos hospitalares, de modo a assegurar a relevância e profundidade das perspectivas recolhidas no âmbito deste estudo.

A recolha de dados foi realizada através da entrevista estruturada, estas apresentaram uma duração média 60 minutos. O guião de entrevista incluía 17 questões de resposta aberta, destinadas a orientar os participantes na partilha das suas opiniões.

Todos os procedimentos respeitaram os princípios éticos em vigor: foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados, bem como a participação livre e informada. O consentimento foi obtido por escrito, o mesmo foi aplicado após parecer favorável da Comissão de Ética – Processo nº 20250060 da ULSM.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e os ficheiros originais posteriormente eliminados, de modo a proteger a privacidade dos participantes. Todos os dados foram devidamente anonimizados através da atribuição de códigos de identificação da entrevista com recurso à letra “E” e com o número correspondente à gravação.

A análise dos dados foi conduzida segundo a abordagem de análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), integrando métodos indutivos e dedutivos. Esta metodologia permitiu identificar padrões emergentes a partir do conteúdo das entrevistas, articulando a evidência empírica com os quadros teóricos relevantes e assegurando uma interpretação rigorosa e coerente das informações recolhidas. A utilização de um software de análise qualitativa possibilitou uma organização



Identificar padrões emergentes a partir do conteúdo das entrevistas, articulando a evidência empírica com os quadros teóricos relevantes e assegurando uma interpretação rigorosa e coerente das informações recolhidas

sistemática e rigorosa dos dados, além de facilitar a identificação de relações significativas entre as diversas categorias e subtemas, reforçando a consistência do processo analítico.

Resultados

Este capítulo tem como objetivo apresentar os resultados decorrentes da análise de conteúdo das entrevistas, realizada segundo os procedimentos propostos por Bardin (2011). Para tal, foram selecionados excertos representativos que ilustram as categorias e subcategorias emergentes, articulando-os com a respetiva evidência científica. A análise global encontra-se organizada em categorias e subcategorias, conforme apresentado no Quadro 1.

Categorias	Subcategorias
Complexidade e Fragmentação da Gestão das Listas de Espera	· Fragmentação dos Sistemas e Processos · Sobrecarga Administrativa e Dependência do Trabalho Manual
Integração entre Cuidados Primários e Hospitalares como Pilar Fundamental	· Descoordenação e Encaminhamentos Inadequados · Benefícios da Integração · Relação com a Qualidade e Satisfação
Barreiras à Implementação de Melhoria	· Resistência à Mudança · Falta de Formação e Sensibilização · Cultura Organizacional Fragmentada · Limitações Técnicas · Falha nos Critérios de Referência
Potencial das Tecnologias de Automação	· Experiência Positiva com Projetos-Piloto · Solução a Longo Prazo · Parametização e Monitorização das Referenciações
Propostas para Melhoria e Boas Práticas	· Centralização e Automatização · Alteração da Estrutura das Consultas · Gestão Rigorosa das Faltas · Manual de Referência · Modelo Centrado no Utente · Capacitação de Profissionais
Impactos Esperados das Melhorias na Gestão	· Redução de Tempos de Espera · Melhoria da Qualidade dos Cuidados · Aumento da Satisfação dos Utentes · Eficiência Operacional e Redução de Custos

Quadro 1 - Quadro de Redução de Categorias

1.1. Complexidade e Fragmentação da Gestão das Listas de Espera

Os dados revelaram que a gestão das listas de espera é um processo intrinsecamente complexo e marcado por significativa fragmentação organizacional e técnica. Essa complexidade decorre da falta de integração funcional entre os vários níveis de cuidados e dos múltiplos intervenientes envolvidos no processo. Das entrevistas emergiram duas subcategorias: fragmentação dos sistemas e processos; sobrecarga administrativa e dependência do trabalho manual.

Fragmentação dos Sistemas e Processos

A dificuldade maior incide na inexistência de sistemas informáticos interoperáveis, que permitam um fluxo contínuo e transparente de informação entre cuidados primário e hospitalares.

E2: “Temos sistemas informáticos que não comunicam eficazmente, o que dificulta o encaminhamento adequado e gera listas duplicadas ou inflacionadas.”

Esta fragmentação não só compromete a fiabilidade dos dados — como o aumento artificial das listas de espera — como também dificulta a tomada de decisão clínica e administrativa.

Sobrecarga Administrativa e Dependência do Trabalho Manual

O aumento do risco de erros inconsistentes no agendamento, contribuindo assim para atrasos e insatisfação dos utentes.

E3: “O processo é muito manual e depende das pessoas, o que gera desorganização.”

1.2. Integração entre Cuidados Primários e Hospitalares como Pilar Fundamental

Um dos aspetos-chave das entrevistas realizadas consiste na perceção unânime da importância vital da integração entre cuidados primários e cuidados hospitalares, rumo a uma gestão eficaz das listas de espera. Assim, das entrevistas emergiram, três subcategorias: descoordenação e encaminhamentos inadequados; benefícios da integração; relação com a qualidade e satisfação.

Descoordenação e Encaminhamentos Inadequados

A ausência de mecanismos integrados resulta muitas vezes no encaminhamento desnecessário de casos que poderiam ser tratados em cuidados primários, provocando sobrecarga hospitalar.

E2: “Muitas vezes os cuidados primários encaminham pacientes para consultas hospitalares que poderiam ser resolvidas a nível primário.”

Benefícios da Integração

A integração permitiria a realização de uma triagem mais eficiente, melhor acompanhamento do doente crónico e redução do número de consultas duplicadas, fomentando a utilização racional de recursos.



E2: “Uma melhor integração evitaria a duplicação de consultas e garantiria um acompanhamento mais adequado dos doentes crónicos.”

Relação com a Qualidade e Satisfação

Para além de eficiência, a integração impactaria diretamente na qualidade do cuidado e satisfação dos utentes, proporcionando-lhes um percurso assistencial mais efetivo e menos burocrático.

E4: “Melhoria da qualidade e satisfação do utente: tempos de espera mais curtos e experiência mais fluida, o que também reduz absentismo e desperdício”.

1.3. Barreiras à Implementação de Melhoria

As entrevistadas elencam obstáculos que comprometem a implementação de melhorias, que se configuram em barreiras técnicas, organizacionais e culturais. Das entrevistas emergiram múltiplas barreiras, tais como: resistência à mudança; falta de formação e sensibilização; cultura organizacional fragmentada; limitações técnicas; falha nos critérios de referenciação.

Resistência à Mudança

Verifica-se uma resistência institucional tanto ao nível dos sistemas informáticos, como dos próprios profissionais, sendo a adaptação a novas tecnologias um desafio constante.

E6: “Tenho trabalhado na articulação entre áreas clíni-

cas e administrativas, enfrentando desafios como a resistência à mudança, falhas de comunicação entre serviços e a necessidade constante de adaptação a recursos limitados.”

Falta de Formação e Sensibilização

A ausência de formação contínua limita a capacidade dos profissionais para adotar e implementar novas práticas integradas.

E2: “É necessária formação focada em gestão integrada e sensibilização para a importância da colaboração.”

Cultura Organizacional Fragmentada

A distância e ausência de conexão entre serviços, níveis de cuidados e especialidades afigura-se como uma barreira de comunicação, com impacto negativo em matéria de colaboração e eficiência.

E1: “Há uma cultura de ‘nós e vós’ entre os serviços que dificulta a coordenação.”

E5: “Uma melhor integração permitiria uma triagem mais eficaz, maior racionalização na utilização dos recursos disponíveis e maior rapidez no encaminhamento dos casos. Além disso, promoveria uma resposta mais coordenada, personalizada e eficaz para o utente, evitando consultas ou exames desnecessários e libertando recursos para os casos prioritários.”

Limitações Técnicas

A interoperabilidade insuficiente dos sistemas informáticos e a inexistência de soluções automatizadas sólidas impedem a agilização dos processos administrativos.

E2: “Temos sistemas informáticos que não comunicam eficazmente, o que dificulta o encaminhamento adequado e gera listas duplicadas ou inflacionadas.”

Falha nos Critérios de Referenciação

A ausência de definição de critérios de referenciação claros condiciona o tempo de resposta do utente.

E1: “Existem lacunas na definição clara do que os cuidados primários devem resolver e o que deve ser remetido ao hospital.”

1.4. Potencial das Tecnologias de Automação

As respostas obtidas revelam que tecnologias, como sistemas automatizados para marcação e remarcação de consultas, podem ser uma solução transformadora para os desafios atuais. Portanto das entrevistas surgiram três subcategorias: experiência positiva como projetos-piloto; solução a longo prazo; parametrização e monitorização das referenciações.

Experiência positiva como Projetos-Piloto

Um projeto piloto de um robot neste domínio foi mencionado pela Entrevistada 3, caracterizando-o como eficiente e promissor, reduzindo o tempo e o erro humano.

E3: “O robot fez a marcação e desmarcação automática de forma eficaz, mas o projeto acabou por não ser continuado devido a custos”.



Solução a Longo Prazo

A aposta no desenvolvimento e implementação de novas tecnologias afigura-se como uma estratégia, com benefícios a médio e longo prazo.

E5: “O potencial é elevado. O investimento inicial em formação, tecnologia e reorganização dos processos seria largamente compensado, a médio e longo prazo, pelos ganhos em eficiência, redução de custos operacionais e melhoria na resposta aos utentes.”

Parametrização e Monitorização das Referenciações

A automação de procedimentos assegura a qualidade dos mesmos, permitindo de igual o acompanhamento mais célere do processo de referenciação.

E4: “Defendo a implementação de uma checklist eletrónica no SClínico, parametrizada por especialidade, que assegure referenciações mais completas e adequadas. Além disso, é fundamental a existência de sistemas de alerta (alarmística) que promovam a reavaliação das referenciações, seja por excesso de tempo de espera, seja por devoluções por parte das especialidades. Estes alarmes também deveriam permitir monitorizar e prevenir abusos nas referenciações sistemáticas, possibilitando uma avaliação da sua pertinência.”

1.5. Propostas para Melhoria de Boas Práticas

As entrevistadas elencaram diferentes propostas de boas práticas a implementar rumo à melhoria e eficácia na gestão das listas de espera. Dos dados emergiram as seguintes subcategorias: centralização e automatização; alteração da estrutura das consultas; gestão rigorosa das faltas; manual de referenciação; modelo centrado no utente; capacitação dos profissionais.

Centralização e Automatização

Sistema centralizado e automatizado para gestão das consultas, com ajuste automático de prioridades, reduziria a carga administrativa e melhoraria a organização.

E3: “Poderíamos ter um sistema mais centralizado, que marque automaticamente as consultas e permita ajustar prioridades sem avisar o doente a cada alteração.”

Alteração da Estrutura das Consultas

Realizar a primeira consulta por especialidade, poderá simplificar o trajeto do utente e otimizar o uso dos recursos.

E3: “Além disso, as primeiras consultas não deveriam ser feitas por subespecialidade, mas por especialidade. Por exemplo, um doente para ortopedia entra para a primeira consulta geral e só depois se fazem as consultas específicas”.

Gestão Rigorosa das Faltas

Implementar políticas que excluam pacientes que faltam repetidamente sem justificação, incentivando maior sentido de compromisso com as consultas.

E4: “Análise regular da taxa de absentismo, permitindo, quando adequado e em articulação com o médico/ especialidade, a implementação de “overbooking” nas agendas para compensar faltas previsíveis e garantir maior eficiência.”

Manual de Referenciação

Conceber e disseminar como prática o recurso a manuais de referenciação, como otimização de referenciação.

E1: “Seria importante ter manuais claros de referenciação, formação e estágios para que os profissionais se sintam mais capacitados a gerir casos internamente.”

Modelo Centrado no Utente

O utente deve ser analisado como um todo, sendo o foco a sua priorização.

E1: “(...) o utente deve ser acompanhado em toda a sua globalidade, independentemente do nível de cuidados”.

Capacitação de Profissionais

É essencial fomentar o desenvolvimento das competências (técnicas, relacionais, operacionais) dos diferentes profissionais.

E5: “Além disso, é necessário capacitar os profissionais administrativos com competências técnicas e operacionais para atuarem de forma mais autónoma e eficaz no apoio à gestão dos processos clínicos.”

1.6. Impactos Esperados das Melhorias na Gestão

O investimento na implementação de práticas promotoras da otimização da gestão das listas de espera, apresentaria impactos positivos. Dos discursos emergiram quatro subcategorias: redução de tempos de espera; melhoria da qualidade dos cuidados; aumento da satisfação dos utentes; eficiência operacional e redução de custos.

Redução de Tempos de Espera

A otimização dos recursos e triagem eficiente permite reduzir significativamente os tempos de espera, essencialmente em especialidades críticas.

E4: “Isso facilita o encaminhamento imediato para a subespecialidade adequada, evitando consultas generalistas que apenas funcionam como filtro, com perda de tempo e de recursos”.

Melhoria da Qualidade dos Cuidados

Um acompanhamento mais coordenado e contínuo proporciona melhor gestão do utente e melhores desfechos clínicos.

E4: “Uma melhor coordenação entre cuidados primários e hospitalares teria um impacto muito positivo tanto na qualidade dos cuidados como na eficiência operacional.”

Aumento da Satisfação dos Utes

A diminuição da burocracia e das consultas desnecessárias e a marcação mais clara melhoram a experiência do utente.

E4: “Melhoria da qualidade e satisfação do utente: tempos de espera mais curtos e experiência mais fluida, o que também reduz absentismo e desperdício.”

Eficiência Operacional e Redução de Custos:

A eliminação de desperdícios e a melhor utilização dos recursos hospitalares justificam o investimento em formação e tecnologias.

E2: “Embora o investimento inicial em tecnologia e formação seja significativo, os benefícios a longo prazo incluem redução dos custos operacionais, melhor utilização dos recursos e melhoria da satisfação dos utentes. Isso justifica plenamente os esforços e investimentos necessários.”.

2. Discussão dos Resultados

Neste enquadramento, a complexidade e fragmentação dos processos administrativos surge como um dos principais constrangimentos identificados. Os resultados obtidos indicam que a gestão das listas de espera atravessa uma complexidade acentuada, decorrente da falta de integração entre os níveis de cuidados e da insuficiente interoperabilidade dos sistemas informáticos.

Como salientado pela entrevistada E2, os sistemas atuais não comunicam eficazmente, resultando em listas duplicadas, inflacionadas e de difícil controlo administrativo. Este fenómeno, comum em várias organizações hospitalares, representa um problema estrutural que compromete a eficiência administrativa e a capacidade de resposta das instituições (Walshe, 2003; League & Shi, 2025; Dillon et al., 2024). Estudos recentes sublinham que a fragmentação admi-

nistrativa está associada à dispersão de responsabilidades e à redundância de tarefas, comprometendo a eficiência global dos sistemas de saúde (Gabriel, 2024; Mello et al., 2022). Assim, a fragmentação administrativa tem um impacto negativo não apenas na gestão operacional, mas também na formulação de políticas estratégicas baseadas em dados precisos e atualizados.

A superação desta fragmentação remete inevitavelmente para a necessidade de uma integração efetiva entre os cuidados de saúde primários e hospitalares. Um dos resultados mais expressivos do estudo aponta precisamente para a unanimidade quanto à importância dessa articulação. As entrevistadas destacam a falta de coordenação e a ausência de mecanismos de triagem partilhados como causas diretas de encaminhamentos inadequados e sobrecarga hospitalar. A integração configura-se, deste modo, como um pilar estratégico, capaz de promover uma utilização racional dos recursos, assegurar melhor acompanhamento dos doentes crónicos e reduzir consultas duplicadas. Para além dos benefícios operacionais, a integração entre níveis de cuidados está associada à melhoria da qualidade clínica e ao aumento da satisfação dos utentes, através de percursos assistenciais mais fluidos e humanizados (Silva & Gonçal-

ves, 2021; Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2024; Javaid et al., 2024).

Contudo, a concretização dessa integração enfrenta diversas barreiras à implementação de melhorias. A análise das entrevistas evidencia a presença de barreiras multidimensionais que dificultam a adoção de boas práticas, destacando-se a resistência institucional à mudança, a falta de formação contínua, a cultura organizacional fragmentada e as limitações técnicas dos sistemas de informação. A resistência à adoção de novas tecnologias é um fenómeno recorrente em contextos hospitalares, onde as rotinas estabelecidas e a escassez de tempo limitam a inovação (Moura et al., 2019; Torab-Miandoab et al., 2023).

De igual modo, a ausência de formação estruturada em gestão integrada restringe a capacidade dos profissionais para implementar mudanças sustentáveis. A cultura observada, descrita por uma das entrevistadas como uma lógica de “nós e vós” entre serviços, constitui um obstáculo relevante à colaboração interprofissional. Assim, os resultados reforçam que a mudança cultural e a capacitação dos profissionais são condições indispensáveis à transformação organizacional (National Audit Office [NAO], 2021).

Neste contexto de resistência e limitação estrutural, destaca-se o potencial transformador das tecnologias de automação, apontado por várias entrevistadas. As referências a projetos-piloto ilustram como os sistemas automatizados podem diminuir o erro humano, agilizar marcações e remarcações e melhorar o acompanhamento dos processos, ainda que o seu uso permaneça descontinuado e de difícil implementação devido a restrições orçamentais. Estes resultados alinham-se com investigações recentes que demonstram que a automação administrativa e o uso de algoritmos de triagem podem reduzir significativamente os tempos de espera e aumentar a eficiência operacional (Santos et al., 2022; OECD, 2022; National Health Service [NHS] England, 2023). A criação de checklists eletrónicas parametrizadas por especialidade e de sistemas de alerta automáticos revela-se, assim, uma proposta inovadora com potencial para padronizar referenciações e otimizar fluxos assistenciais (Gabriel, 2024).



A complexidade e fragmentação dos processos administrativos surge como um dos principais constrangimentos identificados. Os resultados obtidos indicam que a gestão das listas de espera atravessa uma complexidade acentuada, decorrente da falta de integração entre os níveis de cuidados e da insuficiente interoperabilidade dos sistemas informáticos

Deste modo, e em resposta aos desafios identificados, emergem das entrevistas propostas concretas de boas práticas e estratégias de melhoria. Entre as mais referidas destacam-se: a centralização e automatização dos sistemas de marcação; a elaboração de manuais de referência clínica; a gestão rigorosa das faltas e do absentismo; a capacitação técnica e operacional dos profissionais administrativos; e a promoção de um modelo centrado no utente. Estas propostas convergem na implementação de um modelo de gestão integrada, que articula tecnologia, formação e reorganização estrutural. A literatura reforça que a centralização de processos e a definição clara de critérios de referência contribuem para reduzir redundâncias e aumentar a equidade no acesso aos cuidados (European Commission, 2020; League & Shi, 2025; NHS England, 2023).

Finalmente, importa salientar os impactos esperados e as implicações práticas das melhorias propostas. Entre os principais resultados previstos encontram-se a redução dos tempos de espera, a melhoria da qualidade dos cuidados, o aumento da satisfação dos utentes e uma maior eficiência operacional, com consequente redução de custos. A análise

demonstra que a otimização da gestão das listas de espera não constitui apenas uma questão técnica, mas também estratégica e ética, centrada na valorização e priorização do utente e na sustentabilidade dos serviços públicos de saúde (NAO, 2021; CNS, 2024). Assim, torna-se imperativo adotar uma abordagem sistémica, sustentada pelo investimento em tecnologia, formação e integração interinstitucional.

A gestão das listas de espera hospitalares é um fenómeno complexo e multifacetado, influenciado por variáveis organizacionais, tecnológicas e humanas. A transformação deste contexto requer interoperabilidade e integração digital entre níveis de cuidados, mudança cultural e capacitação profissional, adoção de tecnologias de automação e inteligência administrativa, bem como um planeamento estratégico centrado no utente (Javaid et al., 2024; Mello et al., 2022).

A aposta nas dinâmicas da gestão hospitalar deve assentar em três pilares fundamentais: integração, inovação e valorização humana, promovendo uma resposta mais coordenada, eficiente e humanizada, em consonância com as necessidades dos utentes e a capacidade de resposta do sistema de saúde (League & Shi, 2025; OECD, 2022).



A gestão das listas de espera hospitalares é um fenómeno complexo e multifacetado, influenciado por variáveis organizacionais, tecnológicas e humanas. A transformação deste contexto requer interoperabilidade e integração digital entre níveis de cuidados, mudança cultural e capacitação profissional, adoção de tecnologias de automação e inteligência administrativa, bem como um planeamento estratégico centrado no utente (Javaid et al., 2024; Mello et al., 2022)

BIBLIOGRAFIA

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2024). *Recomendações sobre a transformação digital do SNS e a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde*. Lisboa: CNS. <https://www.cns.min-saude.pt/>
- Dillon, E. C., Martinez, M. C., Li, M., Mann-Grewal, A. K., Luft, H. S., Liang, S. Y., Colocci, N., Lai, S., & Patel, M. (2024). "It is not the fault of the health care team - it is the way the system works": A mixed-methods quality improvement study of patients with advanced cancer and family members reveals challenges navigating a fragmented healthcare system and the administrative and financial burdens of care. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1378. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11744-z>
- Gabriel, M. H., Richwine, C., Strawley, C., Barker, W., & Everson, J. (2024). Interoperable exchange of patient health information among U.S. hospitals: 2023. In *ASTP Health IT Data Brief* (pp. 1–13). Office of the Assistant Secretary for Technology Policy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39413225/>
- Javaid, M., Khan, I. H., & Haleem, A. (2024). Health informatics to enhance the healthcare industry's digital transformation: A review. *Health Informatics Journal*, 30(2), 100012. <https://doi.org/10.1016/j.infh.2024.05.001>
- League, R., & Shi, M. (2025). Administrative fragmentation in health care (BFI Working Paper No. 2025-77). Becker Friedman Institute, University of Chicago. https://bfi.uchicago.edu/wp-content/uploads/2025/06/BFI_WP_2025-77.pdf
- Mello, B. H., Rigo, S. J., da Costa, C. A., da Rosa Righi, R., Donida, B., Bez, M. R., & Schunke, L. C. (2022). Semantic interoperability in health records standards: A systematic literature review. *Health and Technology*, 12(2), 255–272. <https://doi.org/10.1007/s12553-022-00639-w>
- National Audit Office (NAO). (2021). *NHS backlogs and waiting times in England*. London: UK National Audit Office. <https://www.nao.org.uk/reports/nhs-backlogs-and-waiting-times-in-england/>
- National Health Service (NHS) England. (2023). *Waiting list validation guidance: Good practice for maintaining accurate elective waiting lists*. NHS England Publications. <https://www.england.nhs.uk/publication/waiting-list-validation-guidance/>
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2024, setembro). *Informação de monitorização sobre tempos de espera no SNS (1.º semestre de 2024)*. https://www.ers.pt/media/plook4uz/im_tmrg_out24.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2025). *Relatório de atividades e gestão de 2024*. Porto, Portugal: ERS.
- Torab-Miandoab, A., Samad-Soltani, T., Jodati, A., & Rezaei-Hachesu, P. (2023). Interoperability of heterogeneous health information systems: A systematic literature review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02115-5>
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). (2022). *Relatório de atividades 2022*. Matosinhos, Portugal: ULSM. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/912/10017/1135377/0%20QUE%20FAZEMOS/Relat%C3%B3rio%20de%20atividades%202022.pdf>

Auditoria Interna em Saúde: A Influência da Inteligência Artificial

Valter A. Santos
Anabela Almeida
José A. Simões
Manuela Frederico

A auditoria interna e a sua aplicação no setor da saúde têm se tornado cada vez mais relevantes no contexto atual, caracterizado por desafios como a gestão de custos, a melhoria da qualidade do atendimento e a necessidade de conformidade com normas de orientação clínica. Além disso, a inteligência artificial (IA) tem emergido como uma ferramenta promissora para potencializar a eficácia da auditoria interna, proporcionando análises precisas e identificação de padrões que seriam difíceis de detetar manualmente.

A auditoria interna é uma função essencial nas organizações, atuando como um mecanismo de controlo e melhoria contínua. Esta complexa atividade independente e objetiva, está destinada a avaliar e melhorar as operações de uma organização, garantindo que os processos estejam alinhados com os objetivos estratégicos e normativos. De acordo com Martins e Morais (2020), a auditoria interna envolve um processo sistemático de avaliação das operações, gestão de riscos e conformidade com normas e regulamentos. Esta abordagem não apenas assegura a eficiência operacional, mas também contribui para a transparência e *accountability* nas práticas organizacionais. A função da auditoria interna é, portanto, crucial para o desenvolvimento de estratégias eficazes que promovam a sustentabilidade e a eficácia das instituições, fortalecendo a sua capacidade de atender às pressões e exigências do ambiente em constante mudança. Segundo a Institute of Internal Auditors (IIA, 2021), a auditoria interna

procura agregar valor e melhorar as operações de uma organização por meio da sistemática avaliação de riscos, controlos e processos.

No setor da saúde, a auditoria interna desempenha um papel crucial em garantir a qualidade dos serviços prestados, a segurança dos pacientes e a conformidade com as regulamentações do setor. A auditoria pode abranger diversas dimensões, incluindo a análise de processos clínicos, financeiros e administrativos, bem como a eficiência operacional das instituições de saúde.

A Health Care Compliance Association (HCCA, 2021) afirma que as auditorias internas em saúde se devem focar em aspetos essenciais, como a deteção de fraudes, a prevenção de riscos e a promoção da melhoria contínua. A auditoria também deve ser adaptável, respondendo rapidamente a as mudanças rápidas do setor de saúde, especialmente em resposta a situações de emergência, como a pandemia de COVID-19.

A inteligência artificial refere-se à simulação de inteligência humana em máquinas que são programadas para pensar e aprender como seres humanos. Esta promissora tecnologia envolve diversas subáreas, como o processamento de linguagem natural e análise preditiva. Segundo Russell e Norvig (2020), a IA fornece ferramentas que permitem que os computadores realizem tarefas que, tradicionalmente, requerem inteligência humana, como reconhecimento de padrões, compreensão de linguagem e tomada de decisão.

Valter A. Santos Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. Unidade Local de Saúde da Região de Leiria
Anabela Almeida Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal José A. Simões Faculdade de Ciências da Saúde,
Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal Manuela Frederico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

A Influência da Inteligência Artificial na Auditoria Interna em Saúde

A aplicação da inteligência artificial na auditoria interna tem o potencial de transformar significativamente como os processos são realizados no setor da saúde. A IA pode auxiliar de várias maneiras:

1. **Análise de Dados:** A IA pode processar grandes volumes de dados de maneira rápida e eficaz, permitindo uma análise abrangente dos registos de saúde e financeiros. Ferramentas como algoritmos de aprendizagem de máquinas podem identificar padrões e anomalias que poderiam passar despercebidas em auditorias manuais (Wang et al., 2021).

2. **Deteção de Fraude:** A IA pode ser utilizada para desenvolver modelos preditivos que detetam transações fraudulentas ou irregularidades em tempo real. De acordo com Kuo et al. (2020), a utilização de IA em auditorias permite uma resposta mais ágil a potenciais fraudes e riscos.

3. **Melhoria da Qualidade do Atendimento:** A análise preditiva alimentada por IA pode ajudar as organizações de saúde a identificar problemas de qualidade prevenindo as consequências posteriores à sua ocorrência. Assim, permitem que as auditorias internas mantenham um foco proativo na melhoria

da qualidade do atendimento (Davenport & Ronanki, 2018).

4. **Automatização de Processos:** A automatização de tarefas rotineiras, como a recolha e análise de dados, pode libertar auditores para que se foquem em atividades que exigem julgamento crítico e análise qualitativa, aumentando a eficiência do processo de auditoria (Goldstein et al., 2021).

A interseção entre auditoria interna, saúde e inteligência artificial oferece uma oportunidade única para melhorar a operação das organizações de saúde. A combinação de práticas tradicionais de auditoria com as capacidades avançadas da IA pode levar a análises mais precisas, à deteção antecipada de problemas e à promoção de um atendimento de saúde mais eficaz e seguro. À medida que a tecnologia continua a evoluir, é crucial que os profissionais de auditoria se mantenham atualizados nas inovações em IA para maximizar o impacto das suas auditorias internas.

A participação ativa e o interesse dos profissionais de saúde no processo de auditoria interna são fundamentais para garantir o sucesso das iniciativas de auditoria e a melhoria contínua das práticas organizacionais. Segundo Moraes (2020), a eficácia da auditoria depende, em grande parte, da colaboração dos colaboradores, que devem estar dispostos a adaptar-se às mudanças e reconhecer a importância das auditorias na promoção da qualidade e segurança dos serviços de saúde. Para que a auditoria interna atinja os seus objetivos, é imprescindível que os profissionais de saúde desenvolvam uma mentalidade aberta, compreendendo que a auditoria não é um processo punitivo, mas sim uma oportunidade para identificar áreas de melhoria, otimizar processos e, consequentemente, elevar a qualidade do atendimento dos pacientes. Atualizar as mentalidades sobre a auditoria é, portanto, um passo crucial para que as instituições de saúde possam se adaptar às exigências contemporâneas e às melhores práticas do setor.



REFERÊNCIAS

- Davenport, T. H., & Ronanki, R. (2018). Artificial intelligence for the real world. *Harvard Business Review*, 96(1), 108-116.
- Goldstein, B., Doud, A., & Dragan, A. (2021). How artificial intelligence can enhance internal audit. *Journal of Internal Audit*, 34(3), 65-75.
- Health Care Compliance Association (HCCA). (2021). Auditing healthcare compliance programs: A practical guide. HCCA.
- Institute of Internal Auditors (IIA). (2021). International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing. IIA.
- Martins, I., & Morais, G. (2020). *Auditoria Interna: Função e Processo** (4ª ed.). Edições Sílabo.
- Kuo, T. C., Chiu, C. M., & Li, Y. K. (2020). How AI enhances fraud detection in healthcare audits: A systematic review. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*, 8(1), 1-12. <https://doi.org/10.36469/jheor.2020.106>
- Russell, S. J., & Norvig, P. (2020). *Artificial Intelligence: A Modern Approach* (4th ed.). Pearson.
- Wang, J., Yu, H., & Zhang, Y. (2021). The role of big data and artificial intelligence in healthcare auditing: A review. *International Journal of Information Management*, 57, 102-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.102115>

Inteligência Artificial como auxiliar do diagnóstico de Melanoma Cutâneo

Andreia Sousa
Rita Camarneiro
Telma Antunes

RESUMO

O aumento da incidência do cancro da pele, aliado ao reduzido número de dermatologistas no SNS, torna essencial a melhoria dos métodos de triagem das lesões cutâneas. O recurso a ferramentas de IA de apoio à decisão clínica é visto como vantajoso na triagem de lesões cutâneas, nomeadamente sugestivas de melanoma. **Metodologia:** Foi efetuada uma revisão da literatura sobre as vantagens da IA no diagnóstico do melanoma cutâneo. **Resultados:** As ferramentas de IA são úteis no apoio à decisão clínica na deteção de melanoma cutâneo. Facilitam a identificação de lesões suspeitas e o encaminhamento para consultas de especialidade. A utilização na autovigilância, por utentes com antecedentes de melanoma cutâneo, não aparenta ser tão vantajosa. **Conclusões:** A IA, enquanto auxiliar na triagem de lesões da pele, contribui para a racionalização dos recursos. Diminui a morbilidade e a mortalidade inerentes ao melanoma cutâneo e reduz os custos para o sistema de saúde.

Palavras-chave: cancro da pele, Dermatologia, Inteligência Artificial, teledermatoscopia

Introdução

A incidência do cancro da pele tem vindo a aumentar. Estima-se que em Portugal afete 1 em cada 7 pessoas. O diagnóstico e tratamento precoces dos cânceros da pele são fundamentais na diminuição das taxas de morbimortalidade e consequentemente no decréscimo dos gastos em saúde (Kränke et al., 2023).

O reduzido número de Dermatolo-

gistas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) dificulta o acesso atempado a consulta da especialidade, surgindo a teleconsulta como uma valiosa alternativa, quando a consulta presencial não é possível a curto prazo (Despacho nº 6280/2018 de 28 de junho).

Recentemente, a Inteligência Artificial (IA) tem-se mostrado como uma mais-valia em várias áreas da saúde, no-

meadamente na Dermatologia. Através de aplicações baseadas na IA, a triagem, diagnóstico e encaminhamento de utentes com lesões cutâneas suspeitas, para consulta de Dermatologia são facilitados. Também o surgimento de *apps* móveis, de uso generalizado pela população, tem simplificado a consciencialização dos utentes para a importância do rastreio de lesões cutâneas (Kränke et al., 2023).

Andreia Sousa Fisioterapeuta, Subcoordenadora da Unidade de Fisioterapia do Hospital de Torres Vedras da ULSO. Physiotherapist, sub-coordinator of the Physiotherapy Unit of Torres Vedras Hospital – ULSO **Rita Camarneiro** Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral no Hospital das Caldas da Rainha da ULSO. General Surgeon at Caldas da Rainha Hospital – ULSO **Telma Antunes** Enfermeira no Serviço de Cirurgia no Hospital de Torres Vedras – ULSO. Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Nurse in the Surgery Department of Torres Vedras Hospital – ULSO. Master's Degree in Nursing with Specialization in Rehabilitation Nursing



Recentemente, a Inteligência Artificial (IA) tem-se mostrado como uma mais-valia em várias áreas da saúde, nomeadamente na Dermatologia. Através de aplicações baseadas na IA, a triagem, diagnóstico e encaminhamento de utentes com lesões cutâneas suspeitas, para consulta de Dermatologia são facilitados



Metodologia

Foi efetuada uma revisão bibliográfica, procurando responder à questão “Quais as vantagens da IA no diagnóstico do cancro da pele?”. Realizou-se uma pesquisa na base de dados *PubMed*, com a palavra-chave “*Melanoma detection app*”. Foram incluídos os artigos publicados: em *full-text*; na língua inglesa ou portuguesa, de tipologia qualitativa e quantitativa com humanos e delimitados aos últimos 5 anos. Excluíram-se os estudos a decorrer. Dos 9 artigos obtidos, foram elegíveis 4 e foi incluída literatura secundária de pesquisa livre.

Resultados

O projeto “Derm.AI - Utilização da Inteligência Artificial para potenciar o Rastreio Teledermatológico” desenvolveu uma *app* de teledermatoscopia, para integrar o sistema de referência do SNS português. A *app* foi testada num projeto piloto na ULS da Guarda, entre 2020 e 2021. As lesões suspeitas eram captadas pelo médico MGF, enviadas ao dermatologista, que tomava a decisão clínica. A *app* permitia comparar a imagem recebida com outras de uma biblioteca pré-estabelecida, sugerindo o nível de prioridade a atribuir a cada caso clínico

(Nunes, 2022). As vantagens da *app* foram reconhecidas por todos os clínicos, na redução do tempo de espera para consulta, assegurando a transmissão de imagens de qualidade e com segurança.

O ensaio clínico prospetivo conduzido por Papachristou et al. (2024), em 36 unidades de cuidados de saúde primários suecas, procurou determinar a fiabilidade diagnóstica de uma *app* de apoio à decisão clínica na deteção de melanoma. A lesão suspeita era fotografada através da *app*, que identificava tratar-se ou não de melanoma. Das 253 lesões suspeitas, alvo de excisão cirúrgica ou encaminhamento para consulta de

Dermatologia, a histologia revelou que 21 eram melanomas. A *app* identificou corretamente 11 melanomas invasivos e 9 dos 10 melanomas *in situ*. Verificou-se ainda uma fiabilidade de 99,5% perante uma sugestão de lesão “não melanoma”.

Nos Países Baixos, Sangers et al. (2021) analisou 785 lesões cutâneas através de uma *app*, baseada em redes neurais convolucionais e comparou os resultados da *app* com os resultados obtidos de forma convencional. A precisão diagnóstica global foi de 76,2%, uma sensibilidade de 86,9% e especificidade de 70,4%. Os dispositivos iOS apresentaram uma sensibilidade superior (91%) por comparação aos Android (83%), sugerindo que a qualidade da imagem captada influencia o resultado obtido.

Drabarek et al. (2022), num ensaio clínico piloto randomizado e controlado, verificou as experiências de 20 utentes, com diagnóstico prévio de melanoma, relativamente à auto-vigilância por teledermatoscopia. Esta ferramenta permitiu a monitorização, por parte dos utentes, de lesões cutâneas, sabendo que se necessário teriam acesso a uma consulta antecipada. A responsabilidade incutida aos utentes e a hipótese de não identificarem lesões suspeitas a fotografar foram causadores de ansiedade.

Discussão

Diferenciar um melanoma de lesões cutâneas benignas nem sempre é linear, mesmo para um médico com elevada experiência clínica. Aliar a observação à dermatoscopia aumenta a precisão do diagnóstico, mas a confirmação requer a excisão

da lesão e análise histológica (Papachristou et al., 2024).

Aplicações baseadas em IA têm-se revelado ferramentas de apoio à decisão clínica de elevada precisão diagnóstica, permitindo reconhecer lesões suspeitas de malignidade, enviar fotografias de qualidade para a triagem e priorização das consultas, reduzir tempos de espera em casos realmente urgentes e reduzir o número de excisões cirúrgicas desnecessárias. (Nunes, 2022).

Apesar das suas vantagens, importa realçar que, as ferramentas de IA devem servir de base de apoio, mas não substituem uma avaliação médica. A aplicação analisa apenas a imagem dermatoscópica. Informações relevantes como a evolução do aspeto da lesão, os antecedentes pessoais e familiares do utente têm especial importância na tomada de decisão clínica e devem ser considerados pelo clínico (Papachristou et al., 2024).

O desenvolvimento crescente da IA traz vários desafios, o que levou a União Europeia a definir diretrizes de utilização de IA, descritas no Regulamento (UE) 2024/1689, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais, a ética e a segurança dos cidadãos. A confiança na IA depende também da formação contínua dos profissionais de saúde e de soluções que reduzam riscos e melhorem os resultados em saúde.

Para além destes dispositivos, disponíveis para os profissionais de saúde, *apps* para *smartphones*, baseadas em *deep learning*, têm surgido no mercado e estão ao alcance de qualquer usuário (Papachristou et al., 2024).

Estas aplicações têm sido testadas quer para triagem do risco de malignidade das lesões cutâneas por parte dos usuários, quer como auxiliares no seguimento de utentes com antecedentes de melanoma, como a apresentada no estudo de Drabarek et al. (2022). O recurso à aplicação representa uma mais-valia na identificação precoce de um novo melanoma, na otimização de consultas médicas, permitindo reduzir a deslocação dos utentes aos serviços de saúde e consequentemente o número de procedimentos médicos associados. No entanto, a utilização deste sistema exige literacia digital, tanto da parte do utente como de um cuidador, pois nem todas as partes do corpo são de fácil observação pelo próprio e a responsabilização do utente pela sua vigilância foi motivadora de ansiedade.

Nas aplicações para *smartphones*, de acesso livre, utilizadas pela população em geral, como as analisadas no estudo de Sangers et al. (2021), verificou-se que os resultados de sensibilidade e especificidade estão aquém do desejado. Apesar do potencial promissor, o recurso a uma *app* por qualquer tipo de usuário pode levar à sobrecarga do sistema de saúde com lesões cutâneas benignas, identificadas como suspeitas pela *app*, para além de gerar maiores níveis de ansiedade no utente. Do mesmo modo, lesões malignas e pré-malignas podem não ser tratadas atempadamente, dada a sensibilidade da *app*. A evolução tecnológica e o fácil acesso a aplicações de IA por parte da população geral trazem grandes desafios aos profissionais de saúde. A facilidade com que se obtém respostas através de ferramentas de IA pode transmitir uma falsa sensação de conhecimento aos utentes e desconfiança perante os diagnósticos e decisões tomadas pelos clínicos.



Diferenciar um melanoma de lesões cutâneas benignas nem sempre é linear, mesmo para um médico com elevada experiência clínica. Aliar a observação à dermatoscopia aumenta a precisão do diagnóstico, mas a confirmação requer a excisão da lesão e análise histológica (Papachristou et al., 2024)

Conclusão

A IA aplicada à Dermatologia, como auxiliar na triagem do melanoma cutâneo, mostra-se vantajosa no diagnóstico precoce, no auxílio das referências por parte dos médicos de MGF para a especialidade de Dermatologia, contribuindo para uma racionalização dos recursos disponíveis, para a redução de procedimentos invasivos, melhorando a morbidade e mortalidade inerentes a esta patologia e reduzindo os custos para o sistema de saúde.

Com a evolução da IA, o aperfeiçoamento dos algoritmos e melhoria da precisão diagnóstica, o acesso pelos utentes a *apps* que permitem a identificação de lesões cutâneas suspeitas, perante a escassez de recursos humanos no SNS, facilita a deteção precoce de cancro de pele e o encaminhamento destes utentes para cuidados de saúde diferenciados.

O comprometimento com as diretrizes regulamentadas para os sistemas de IA permite reforçar a confiança dos utilizadores, motivar avanços clínicos, minimizar riscos e contribuir para a melhoria da qualidade, da acessibilidade e da inclusão dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Despacho nº 6280/2018 de 28 de junho. Diário da República, 2.^a série — N.º 123 — 28 de junho de 2018 (pp. 17975-17977). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Drabarek, D., Habgood, E., Janda, M., Hersch, J., Ackermann, D., Low, D., Low, C., Morton, R. L., Dieng, M., Cust, A. E., Morgan, A., Smith, E., & Bell, K. L. J. (2022). Experiences of Patient-Led Surveillance, Including Patient-Performed Teledermoscopy, in the MEL-SELF Pilot Randomized Controlled Trial: Qualitative Interview Study. *JMIR Dermatology*, 5(3), 1–12. <https://doi.org/10.2196/35916>
- Kränke, T., Tripolt-Droschl, K., Röd, L., Hofmann-Wellenhof, R., Koppitz, M., & Tripolt, M. (2023). New AI-algorithms on smartphones to detect skin cancer in a clinical setting—A validation study. *PLoS ONE*, 18(2 February), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280670>
- Neves, M. S. (2022). Dermatologia, Referência, Inteligência Artificial, Digital e Telessaúde: como combinar as cinco palavras. Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde. <https://spgsaude.pt/spgsweb/dermatologia-referenciacao-inteligencia-artificial-digital-e-telessaude-como-combinar-as-cinco-palavras/>
- Papachristou, P., Söderholm, M., Pallon, J., Taloyan, M., Polesie, S., Paoli, J., Anderson, C. D., & Falk, M. (2024). Evaluation of an artificial intelligence-based decision support for the detection of cutaneous melanoma in primary care: a prospective real-life clinical trial. *British Journal of Dermatology*, 191(1), 125–133. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljae021>
- Sangers, T., Reeder, S., Van Der Vet, S., Jhingoe, S., Mooyaart, A., Siegel, D. M., Nijsten, T., & Wakkee, M. (2022). Validation of a Market-Approved Artificial Intelligence Mobile Health App for Skin Cancer Screening: A Prospective Multicenter Diagnostic Accuracy Study. *Dermatology*, 238(4), 649–656. <https://doi.org/10.1159/000520474>



Pobreza Energética como Determinante Social da Saúde:

Implicações para a Gestão dos Serviços de Saúde

Carla Sofia Carvalho Oliveira

A Pobreza Energética (PE) tem-se afirmado como uma preocupação central, não apenas na União Europeia (UE), mas também à escala global. Embora não exista uma definição totalmente uniforme, a PE é geralmente entendida como a incapacidade de assegurar o acesso a serviços energéticos essenciais com qualidade adequada e a custos comportáveis. Esta conjuntura resulta de fatores interligados: preços elevados da energia, rendimentos insuficientes, despesas energéticas desproporcionadas e baixa eficiência térmica das habitações.

A Diretiva (UE) 2023/1791, relativa à Eficiência Energética, reconhece a PE como a falta de acesso a serviços energéticos básicos que assegurem condições dignas de vida e saúde, ajustada ao contexto de cada Estado-membro e às políticas sociais. Importa sublinhar que a PE não se limita à pobreza extrema, inclui agregados que restringem o uso de energia para evitar custos elevados, comprometendo o conforto e o bem-estar, e famílias que, apesar de algum rendimento, não conseguem investir em melhorias habitacionais para criar ambientes térmicos adequados.

Em Portugal, a monitorização da PE contempla as necessidades físicas de consumo energético necessárias para assegurar conforto térmico (tipicamente entre 18 e 21 °C, segundo a OMS), a iluminação e outros usos essenciais. Um agregado é considerado em PE quando existe défice entre o consumo real e o consumo necessário para evitar privação energética, ponderando as características da habitação.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 reconhece

explicitamente a PE como determinante social e ambiental da saúde, salientando respostas intersetoriais que promovam equidade, literacia energética e prevenção de doenças crónicas. Ao condicionar o conforto térmico e a qualidade do ar interior, a PE representa um desafio estrutural para as metas nacionais de saúde pública.

Tendências e Fatores Estruturais

Na UE, a proporção de pessoas que não conseguem manter a habitação adequadamente aquecida tem oscilado: 9,3% em 2022, 10,6% em 2023 e 9,2% em 2024. Em Portugal, os valores são mais elevados: 17,5% (2022), 20,8% (2023) e 15,7% (2024) (Eurostat, 2025). Estes indicadores refletem fragilidades económicas, desempenho térmico insuficiente do parque habitacional e barreiras no acesso a soluções eficientes.

A PE é multidimensional e decorre da combinação de vários aspetos:

- Baixos rendimentos que limitam a capacidade de suportar custos energéticos;
- Acesso insuficiente a serviços e equipamentos eficientes, mantendo consumos elevados;
- Habitações com fraco desempenho térmico, incapazes de garantir conforto;
- Reduzida literacia energética, que dificulta a adoção de soluções sustentáveis.

Carla Sofia Carvalho Oliveira Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Unidade Local de Saúde do Médio Ave.
Pós Graduada em Bioética, Pós Graduada em Administração e Gestão da Saúde



O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 reconhece explicitamente a PE como determinante social e ambiental da saúde, salientando respostas intersectoriais que promovam equidade, literacia energética e prevenção de doenças crónicas. Ao condicionar o conforto térmico e a qualidade do ar interior, a PE representa um desafio estrutural para as metas nacionais de saúde pública.

Perante este quadro, a eficiência energética assume uma relevância estratégica, constituindo não apenas um desafio técnico, mas também uma questão social e política. A implementação de respostas eficazes é complexa e deve ser cuidadosamente planeada, de forma a prevenir o agravamento de desigualdades, promovendo simultaneamente a saúde da população e a sustentabilidade do sistema de saúde.

Estratégia Nacional (ELPPE 2023–2050)

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 11/2024 aprovou a Estratégia Nacional de Longo Prazo para o Combate à Pobreza Energética (ELPPE 2023-2050), marco na abordagem integrada do problema. O objetivo central é mitigar a PE e proteger consumidores vulneráveis, envolvendo ativamente as famílias na transição energética e climática, de forma justa e coesa.

A ELPPE estrutura-se em quatro eixos:

1. Sustentabilidade energética e ambiental da habitação – reforço da eficiência energética no parque habitacional e descarbonização dos consumos domésticos;
2. Acesso universal a serviços energéticos essenciais – redução de dificuldades de pagamento e proteção dos vulneráveis;
3. Ação territorial integrada – papel das estruturas locais e expansão de habitação pública com alto desempenho energético, articulando Estado e municípios;

4. Conhecimento e atuação informada – melhor identificação de agregados em PE, promoção da literacia energética e estímulo à investigação, inovação e formação.

Esta dinâmica está alinhada com o PNS 2021-2030, reconhecendo que a integração das políticas de energia, habitação e saúde é essencial para reduzir iniquidades, prevenir doenças crónicas e promover ambientes saudáveis. A operacionalização destas medidas requer financiamento adequado, coordenação multisectorial e sistemas de monitorização que incorporem indicadores de conforto térmico e de qualidade habitacional.

Impactos na Saúde

A evidência científica demonstra que viver em habitações incapazes de manter temperaturas interiores adequadas tem implicações diretas na saúde. Os problemas de saúde podem ser causa e consequência da PE: por um lado, doenças crónicas reduzem rendimento disponível; por outro, a PE agrava patologias existentes ou desencadeia novas. No que diz respeito ao bem-estar das pessoas, o impacto verifica-se em várias dimensões:

- Saúde mental: num estudo longitudinal na Austrália (Bentley et al., 2023), concluíram que a incapacidade financeira para aquecer as casas deteriora a saúde mental, aumentando a prevalência de depressão e ansiedade. Em situações de casas frias, 47% das pessoas reportaram ansiedade ou depressão (Thomson, 2013).
- Condição respiratória: a humidade, as infiltrações e a ventilação deficiente favorecem fungos e aumentam 30-50% os problemas respiratórios, sobretudo em crianças (Watson et al., 2019). Estes incluem maior risco de infeções respiratórias, asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.
- Equilíbrio cardiovascular: em sintonia com o que se verifica no agravamento das patologias respiratórias, as estações frias são também o período de maior risco para desenvolver problemas cardiovasculares, tendo Lee et al. (2022) identificado que as temperaturas baixas elevam a pressão arterial, potenciando acidentes vasculares cerebrais e ataques cardíacos.
- Utilização dos serviços de saúde: em contexto sul-europeu, a PE associa-se a pior estado de saúde e maior uso de serviços médicos e de medicação (Oliveras et al., 2020).

Neste enquadramento, a elevada vulnerabilidade das áreas respiratória, cardiovascular e da saúde mental à pobreza energética, prioritárias no PNS 2021–2030, evidencia a necessidade de modelos de gestão dos serviços de saúde orientados para a prevenção e a redução da mortalidade prematura, nos quais os cuidados de saúde primários, incluindo os cuidados domiciliários, assumem um papel estratégico na identificação, monitorização e mitigação destes impactos.

Custos para o Sistema de Saúde

A relação entre a PE e a saúde é consistente e observada de forma transversal em múltiplos países, independentemente do contexto socioeconómico. Viver em habitações frias, húmidas ou mal ventiladas está associado a pior qualidade de vida e maior carga de doença.

- Em Barcelona, pessoas em PE apresentaram uma prevalência de problemas de saúde mental quase duas vezes superior (1,9× nas mulheres; 2,1× nos homens) (Oliveras et al., 2020).
- Em 32 países europeus, indivíduos em PE registaram maior incidência de má saúde física e mental (Thomson et al., 2017).
- Revisões sistemáticas identificam padrões recorrentes em situações de PE: doenças respiratórias, hipertensão, fraqueza física, stress, ansiedade e depressão (O'Connor et al., 2024).

Para além do impacto clínico, a PE está associada a um aumento evitável da utilização de cuidados de saúde. De acordo com Champagne et al. (2023), os custos resultantes incluem custos diretos, como consultas, internamentos, tratamentos e medicação, e custos indiretos, tais como, perda de produtividade, absentismo laboral e encargos sociais decorrentes de incapacidade ou exclusão.

Sabe-se hoje que intervenções não estruturais (p. ex., tarifas sociais) têm efeitos modestos na redução da PE (~1-2%) e benefícios restritos em saúde. Sem medidas de base, como isolamento adequado, reabilitação habitacional e apoio social, os custos para os sistemas de saúde permanecem elevados (Jové-Llopis et al., 2025). Investir nestas soluções é uma

estratégia custo-efetiva para melhorar a saúde da população e aliviar a pressão sobre os serviços de saúde.

Implicações para Políticas Públicas e Gestão em Saúde

A evidência aponta para respostas estruturais e plurais, articulando habitação, energia, ação social e saúde. A intervenção no parque habitacional é uma prioridade estratégica, dado que o fraco desempenho térmico das habitações contribui diretamente para o aumento do risco de doença e da pressão sobre os serviços de saúde.

Medidas recomendadas:

- Isolamento térmico reforçado, substituição de caixilharias, melhoria da ventilação e instalação de sistemas eficientes de climatização;
- Programas de eficiência energética que reduzam consumos, aumentem o conforto e diminuam internamentos evitáveis;
- Proteção tarifária e apoios financeiros dirigidos a consumidores vulneráveis;
- Integração territorial com forte envolvimento de autarquias e rede social.

Papel dos profissionais de saúde:

- Em contexto domiciliário e comunitário, identificar sinais precoces de vulnerabilidade energética;
- Reconhecer padrões clínicos compatíveis com ambientes inadequados e encaminhar para programas de apoio;
- Atuar como agentes estratégicos na deteção, acompanhamento e mitigação dos efeitos da PE.



Capacitação e literacia:

- Formação específica sobre determinantes habitacionais e eficiência energética para equipas de saúde;
- Literacia energética comunitária, com informação acessível e capacitação de famílias e cuidadores.

Parcerias intersetoriais:

- Ecossistemas colaborativos entre serviços de saúde, autarquias, empresas de energia, instituições sociais e associações comunitárias;
- Articulação entre diagnóstico energético, intervenção técnica e acompanhamento social, garantindo acesso equitativo aos apoios.

Sistemas de informação:

- Integrar variáveis sociais e energéticas em registos clínicos;
- Cruzar dados ambientais, socioeconómicos e clínicos para planeamento estratégico e monitorização do impacto das medidas.

Do ponto de vista da gestão em saúde, a PE constitui um fator crítico que condiciona a procura assistencial, os resultados clínicos e a equidade no acesso. Estratégias institucionais centradas na prevenção, na intervenção precoce e na cooperação com parceiros externos são determinantes para melhorar o desempenho dos serviços.

Investigação: Lacunas e Prioridades Futuras

Apesar de evidência consistente, persistem limitações metodológicas: predominância de estudos transversais, uso de indicadores auto-reportados, ausência de métricas padronizadas e escassez de análises económicas robustas sobre custos da PE para os serviços de saúde. Falta também investigação que integre dados clínicos e ambientais (temperatura, humidade, qualidade do ar interior).

Prioridades de investigação:

- Estudos longitudinais para clarificar relações causais e acompanhar evolução;

- Ensaios de intervenção que avaliem impactos de isolamento, ventilação e apoios financeiros;
- Foco em grupos vulneráveis (idosos, crianças, doentes crónicos), com maior exposição e menor capacidade de adaptação;
- Inclusão de indicadores de conforto térmico e qualidade habitacional em sistemas nacionais de vigilância.

Conclusão

A PE é um determinante social da saúde com expressão significativa na produção e reprodução de desigualdades. A exposição prolongada a ambientes domésticos termicamente inadequados associa-se a agravamento de doenças respiratórias e cardiovasculares, maior vulnerabilidade a infeções sazonais, compromisso da saúde mental e incremento da utilização de serviços de saúde.

Em Portugal, a elevada prevalência de PE, aliada à ineficiência energética do parque habitacional e às assimetrias socioeconómicas, evidencia a urgência de intervenções estruturais e intersetoriais. A eficácia de instrumentos como a ELPPE 2023-2050 depende de implementação robusta, financiamento adequado e coordenação efetiva entre energia, habitação, proteção social e saúde.

A mitigação da PE requer reabilitação habitacional, programas de eficiência energética, apoios dirigidos e estratégias de proximidade. Os profissionais de saúde na comunidade têm papel central na identificação precoce, monitorização e ativação de respostas. Integrar a PE nas prioridades operacionais do PNS 2021-2030 é uma oportunidade para consolidar uma abordagem sistémica e equitativa. Garantir condições térmicas adequadas nas habitações deve ser entendido como medida essencial de promoção da saúde e de proteção de grupos vulneráveis, com impacto direto na redução de morbilidade e mortalidade.

Assim, o combate à pobreza energética deve ser enquadrado como prioridade de saúde pública e domínio estratégico para comunidades mais resilientes. A atuação coordenada entre setores, aliada ao papel estruturante dos profissionais de saúde, é fundamental para a obtenção de respostas sustentáveis e melhorar os resultados em saúde a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bentley, R., [et al.]. (2023). The effect of energy poverty on mental health, cardiovascular disease and respiratory health: A longitudinal analysis. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 35, 100734.
- Champagne, S. N., [et al.]. (2023). Assessing the impact of energy and fuel poverty on health: A scoping review. *European Journal of Public Health*, 33(5), 764–770.
- Comissão Europeia. (2023). Diretiva (UE) 2023/1791 relativa à Eficiência Energética, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 13 de setembro.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Eurostat. (2025). ilc_mdso1 – Inability to keep home adequately warm. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_mdso1/default/table?lang=en
- Jové Llopis, E., [et al.]. (2025). Energy poverty and health: Does the social energy tariff help? *Energy Policy*, 206, 114762.
- Lee, A., [et al.]. (2022). Fuel poverty, cold homes and health inequalities in the UK. *Institute of Health Equity*.
- O'Connor, E., [et al.]. (2024). The correlation between energy efficiency and health. *CA EED*.
- Oliveras, L., [et al.]. (2020). The association of energy poverty with health, health care utilisation and medication use in southern Europe. *SSM – Population Health*, 12, 100665.
- Governo de Portugal. (2024). Resolução do Conselho de Ministros n.º 11/2024, de janeiro de 2024. *Diário da República*, 1.ª série, p. 69.
- Thomson, H., [et al.]. (2017). Health, well-being and energy poverty in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 584.
- Thomson, H., [et al.]. (2013). Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 9(1), 1–348.
- Watson, I., [et al.]. (2019). Making a difference: Housing and health. *Public Health Wales*

Reflexão sobre experiência enquanto paciente numa Unidade de Saúde de longos internamentos

Virgínia Teixeira Antunes

ENQUADRAMENTO

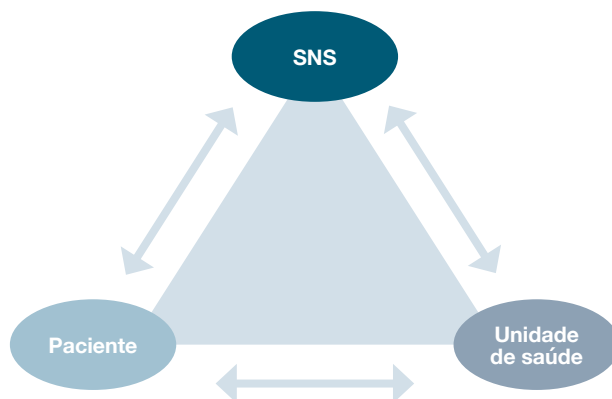
Ser paciente com internamentos regulares e de longa duração numa Unidade de Hematologia do Hospital Universitário de Coimbra, tem sido uma experiência que me levou a refletir na importância da qualidade dos cuidados de saúde em contextos de necessidades tão complexas. O balanço entre os cuidados puramente físicos (se é que os há) e os cuidados psicológicos e emocionais, é extremamente importante e provavelmente um dos balanços mais difíceis de alcançar, particularmente em contextos do sistema de saúde público onde os recursos são necessariamente escassos.

Qualquer reflexão mais aprofundada e completa deveria

considerar o aspeto macro institucional de uma Unidade de Saúde, inserida num hospital regido pelo Sistema Nacional de Saúde, com as suas limitações e recursos. É reconhecido que o SNS atua de acordo com políticas de saúde que levam ao desenvolvimento de linhas orientadoras de funcionamento de todas as unidades de saúde sob a alçada do SNS. Contudo, nesta reflexão, esse nível de análise será considerado apenas neste enquadramento, sendo o foco na experiência particular numa unidade de longo internamento, e no impacto na experiência e outcomes do paciente. Entende-se assim que a Unidade de saúde em questão tem as suas próprias metodologias, definidas pelos profissionais de saúde face às necessidades da Unidade, orientadas pelo contexto do SNS.



Nenhum nível de análise é verdadeiramente independente dos restantes, e é em parte nisso que resta a relevância de um artigo como este, escrito por alguém ao nível mais basilar da experiência de saúde. Reconhece-se que a experiência do paciente influencia as políticas de saúde desenvolvidas no SNS; mas também a forma de funcionar da própria Unidade de Saúde, pelo menos quando esta está aberta a sugestões e recomendações. Assim, reconhecendo-se e valorizando-se a experiência do paciente, faz sentido delinear num artigo como este, uma experiência que é pessoal mas é também produto do ambiente em que esta se desenvolve.



Lado a lado com limitações a níveis de recursos, e de políticas de saúde definidas; é o aspeto humano que realmente se ressaltava numa unidade de necessidades complexas, a prestar cuidados a pacientes em situações extremas a nível físico, psicológico, familiar e social. Este aspeto humano é particularmente patente e necessário em unidades com internamentos extensos, porque há nestes casos uma quase inevitabilidade de criação de relações pessoais entre os pacientes e os profissionais de saúde.

Assim, o tipo e qualidade dos serviços prestados pela equipa multidisciplinar envolvida na unidade, têm um impacto claro e direto na experiência objetiva e subjetiva do dia a dia no internamento, afetando de diversas formas os resultados de saúde física e emocional, em aspetos como a adesão ao tratamento e em geral os *outcomes* de saúde.

Importa por fim salientar que o presente texto é escrito enquanto paciente com diversos internamentos numa Unidade de saúde, pelo que se refere a uma experiência pessoal. Contudo, esta experiência é enquadrada em fundamentos técnicos e científicos derivados da educação e experiência profissional na área da Psicologia, com particular foco na área da saúde e organizacional.

DIAGNÓSTICO

Experiência Pessoal

O que saliento da minha experiência inicial é que foi curta, o que se compreende considerando que o meu diagnóstico decorreu de uma visita às urgências.

Nos cerca de dez minutos dessa interação inicial, o médico em questão deu-me algum tempo e espaço para reagir emocionalmente, e assegurou-se que eu compreendia a gravidade da informação. A disforia emocional resultante levou a uma dificuldade em processar a informação antes do profissional passar para as etapas seguintes, nomeadamente

informar-me do processo de tratamento, o que teve um impacto mais intenso do que o diagnóstico em si por razões pessoais. Como mãe, ouvir em menos de cinco minutos que tenho um diagnóstico altamente ameaçador à minha vida, e que o tratamento inicial seria através de um internamento de, pelo menos, um mês, foi desestabilizador e levou-me a considerar imediatamente não fazer tratamento. Na altura o facto do tratamento não ser descrito como curativo nem quaisquer estatísticas de cura serem discutidas, influenciou a minha inicial motivação para aceitar tratamento e tornou ainda mais difícil ultrapassar uma fase de morosidade emocional.

Discussão

Neste caso em particular, o diagnóstico refere-se a uma doença oncológica, e portanto com risco alto de mortalidade. Para mais, as opções de tratamento são em geral longas e rigorosas; o que naturalmente tem um impacto intenso no paciente.

A forma como esta informação é comunicada é um aspeto chave para garantir o entendimento, aceitação e promover a adesão ao tratamento.

Recai na equipa médica, por serem normalmente os profissionais com o primeiro contacto, mas também porque culturalmente são encarados como figuras de “maior respeito e responsabilidade”; a comunicação mais adequada destes dados.

Infelizmente, por causa da falta de tempo no contacto com o paciente, a informação é frequentemente dada de forma fragmentária, complexa ou demasiado breve, sem real enquadramento na realidade do paciente. Neste aspeto, é impossível desligar esta problemática da questão macro institucional relativa às limitações de tempo e meios humanos, contudo há aspetos de comunicação pessoal que podem ser otimizados para colmatar possíveis lacunas.

Para que a comunicação seja mais eficiente seria importante para o profissional de saúde avaliar o nível de compreensão do paciente, e ajustar a comunicação da melhor forma. Naturalmente, mais tempo disponível daria a oportunidade

ao profissional de fornecer a informação num ritmo mais congruente com as necessidades de um paciente a quem está a ser dado um diagnóstico grave.

É natural que, num ambiente hospitalar, os profissionais estejam habituados a lidar com uma multitude de perfis de pacientes e se corra o risco de utilizar um “mínimo denominador comum” que negligencia as necessidades individuais de cada paciente. Enquanto alguns pacientes necessitam de mais ou mais detalhada informação e integração no processo de decisão de saúde; alguma informação pode ser transmitida de forma excessivamente técnica para pacientes que não têm esse nível de compreensão. Assim, é preciso adaptar a comunicação a cada interlocutor, e isso necessariamente obriga a que haja a perceção de quem o paciente é, que expectativas e necessidades tem sobre o tratamento; e qual a melhor maneira de esclarecer estas sem adicionar confusão ou estresse.

Considerando as limitações referidas, sugere-se, de acordo com alguma literatura e orientações internacionais, questionar o paciente sobre a sua profissão. Deste modo, de forma rápida, ainda que não aprofundada, o profissional poderá ter uma ideia de como ajustar a linguagem técnica e o volume de informação. Enquanto alguma informação é absolutamente essencial transmitir neste ponto inicial; outros dados poderão ser relegados para pontos posteriores, dando tempo ao paciente para processar adequadamente a situação. Para facilitar este processo e garantir igualdade de acesso a informação, sugere-se ainda o desenvolvimento de uma “checklist” de informações a transmitir nos diversos pontos de contacto.

PRIMEIRO INTERNAMENTO

Experiência Pessoal

Tendo testado positivo para Covid fui colocada num quarto isolado e lá estive dois dias num internamento inicial. A minha reação emocional nesta fase foi de desespero, tristeza profunda e uma não aceitação do internamento que se manifestou em não aceitar usar o pijama hospitalar e em vez disso ficar com a minha roupa normal, como se estivesse pronta para sair a qualquer momento. Não trazia nada de especial comigo, para lá do telemóvel e da carteira, e senti-me isolada num momento bastante complexo. Também recusei medicação que me foi dita ser de profilaxia.

A enfermeira de referência foi um particular apoio, fazendo questão de responder a quaisquer questões, oferecer informação e mostrar-me casos de sucesso de outros pacientes, numa interminável tentativa de me tirar do meu estu- por emocional. Através de conhecimento profissional e sensibilidade pessoal, permitiu-me vislumbrar a possibilidade de “vida após a doença” e reanimar um pouco, tornando o processo muito mais suportável.

De salientar ainda a humanidade e compreensão dos técnicos de ação médica que não insistiram em relação à utilização de pijamas hospitalares e encetaram sempre que possível conversas comigo, questionando-me sobre a minha vida pessoal e partilhando experiências mas nunca me pressionando ou fazendo sentir que as minhas necessidades lhes eram inconvenientes.



A equipa médica decidiu então que me iria deixar sair do internamento por uma semana, dado não poderem começar tratamento enquanto tinha Covid. Foi na conjugação desta decisão médica que me permitiu regressar a casa temporariamente; na capacidade da enfermeira de me fazer crer que havia um caminho que valia a pena percorrer; e no conforto e cuidado dos técnicos de ação médica; que a minha capacidade de me aceitar como “paciente” em necessidade de tratamento, se começou a formar. Assim, quando regresssei para o meu primeiro tratamento, foi com muito mais “garra” e sem dúvida pronta para aderir e tentar entender a minha condição e os caminhos de tratamento. Estou absolutamente certa que este momento de regresso a casa influenciou crucialmente os meus outcomes de saúde física e mental.

Discussão

Nos primeiros dias de internamento após um diagnóstico de doença grave, a reação emocional é frequentemente de desespero e tristeza profunda. Em alguns casos poderá haver uma não aceitação da situação, que se pode manifestar por recusar medicação dita ser de profilaxia, por não haver a aceitação da condição de “doente”, em necessidade de “cuidados” e “tratamento”. Poderá ainda haver uma recusa de rotinas estabelecidas na Unidade, como a utilização do duche ou roupas hospitalares.

É nestas alturas de grande vulnerabilidade que se torna essencial a sensibilidade dos profissionais multidisciplinares. Os profissionais de enfermagem são normalmente aqueles em mais direto e continuado contacto com os pacientes; pelo que é importante que estendam os seus cuidados para lá do físico e sejam capazes de providenciar apoio psicológico, clarificar dúvidas e questões; assim como oferecer informação útil que possa ajudar o paciente a compreender a sua situação e aderir ao tratamento.

Também os técnicos de ação médica são fundamentais neste apoio, não apenas através de conversas e partilhando experiências; mas clarificando os recursos disponíveis na unidade (por exemplo escovas de dentes; chinelos; entre outros); e deixando claro ao paciente que as suas necessidades básicas são válidas e não inconvenientes. Estes são profissionais frequentemente descurados e a quem a formação não é sempre direcionada para os cuidados específicos que prestam, mas verdadeiramente essenciais para o bem-estar do paciente, não apenas pelo bem-estar físico que podem promover, mas porque o contacto próximo com os pacientes, por vezes fazendo parte de momentos íntimos como abluções; cria o potencial para a aproximação emocional.

ENTRE INTERNAMENTOS

Experiência Pessoal

Foi em contexto de consulta externa que questionei diretamente e me foi informado que o objetivo do tratamento seria curativo. Fui informada que, devido à complexidade da doença e do tratamento, não era possível inicialmente fornecer uma ideia concreta de probabilidades de cura. Até essa informação ser dada de forma clara, mais de dez dias após o meu



diagnóstico, e a impossibilidade das “probabilidades” serem definidas, senti que me era esperada complacência com um processo de rigores desconhecidos, e objetivos não claros.

Outras dificuldades de comunicação surgiram findo o internamento inicial, no fim do qual os riscos e cuidados a ter foram-me informados muito sucintamente e alguns, nomeadamente alimentação, após questionamento, o que ocorreu já em regime de consulta externa, vários dias depois de sair de internamento.

Discussão

Quando a partilha de informação adequada falha num contexto de uma doença que afeta o sistema imunitário, poderá haver riscos sérios para a saúde, por exemplo ao permitir comportamentos que potenciam infeções. Para haver questionamento direto pressupõe-se um entendimento básico da doença e potenciais ramificações, o que não é de todo acessível a todos os pacientes, pelo que a informação relevante deverá ser sistematicamente oferecida pelos profissionais aquando de cada saída de internamento, de forma a garantir a igualdade de acesso à informação.

Por poder ser uma barreira às demandas horárias da equipa médica, o desenvolvimento e provisão consistente de um panfleto informativo com os fatos base da doença assim como cuidados base a ter quando não em internamento seria essencial. Adicionalmente, ou alternativamente; seria importante que a equipa tivesse uma “checklist” sistemática que permitisse que todos os pacientes tivessem acesso a informação relevante.

Sendo que certas condições de saúde, nomeadamente doenças oncológicas; originam necessidades bastante complexas



e abrangentes; é essencial que a equipa multidisciplinar promova cuidados holísticos que respeitem o paciente como um todo. Assim, acresce-se às demandas diárias um entendimento de como o contexto físico e emocional podem impactar o bem-estar e os outcomes vitais dos pacientes. É neste contexto que a comunicação tem de ser personalizada, havendo aspetos que não são passíveis de standardização. No entanto, outras áreas são mais fáceis de standardizar, criando o potencial de libertar tempo aos profissionais; comunicar de forma mais eficiente com os pacientes; e garantir um nível consistente de acesso a informação relevante.

INTERNAMENTOS

Experiência Pessoal

Após um período de cerca de dez dias regresssei ao Hospital para consulta e internamento na Unidade de Saúde. Durante o último ano tenho sido internada diversas vezes na mesma unidade, sendo como resultado dessas experiências que foco os pontos seguintes.

Numa ilustração simples de um processo que pode facilmente ser me-

lhorado, quando os elementos da equipa médica fazem as suas rondas, vêm frequentemente sem informação detalhada sobre cada caso e até sem material para anotar quaisquer aspetos que sejam de valor ou que tenham de fazer seguimento. No meu caso pessoal, respostas vagas como “melhor/pior”, “alto/baixo”, são por vezes insuficientes e preferiria informação mais detalhada.

Na minha experiência em particular, devido a ter conhecimentos de saúde base e experiências familiares de doença, ser-me permitido realizar as minhas próprias medições de glicose, foi uma forma de me fazer sentir autónoma e com agência no meu próprio cuidado. Quando esta opção me foi retirada, por uma profissional que não o permitiu, o efeito psicológico foi significativo. Senti que tinha de advogar por mim mesma, ressaltar a minha autonomia, resultando numa “luta” que desnecessariamente me dilapidou energia. Pelo contrário, quando outros profissionais me ofereceram a opção de me auto-medicar com injeções simples, o meu bem-estar foi valorizado, o que teve um impacto na minha saúde e adesão ao tratamento.

Um aspeto importante para mim foi compreender o protocolo de tratamento no qual estou a ser enquadrada, e para tal solicitei a uma das médicas para ver o protocolo em si, que detalha as etapas de tratamento, a medicação e quimioterapia dada, assim como os critérios de inclusão e exclusão. A médica, compreendendo que no meu caso ter acesso a esta informação seria benéfico, trouxe-me a informação e permitiu que a fotografasse para reter. Desde então, acredito que se criou um rapport de respeito e compreensão, e a médica em questão parece sempre disponível para dar informação detalhada. De facto, a grande maioria dos profissionais da equipa médica e de enfermagem têm-se mostrado capazes de criar um rapport, e é agora natural para a maioria dos profissionais com quem já interagi e criei esse rapport; explicarem-me sempre que trazem medicações novas ou têm de me preparar para procedimentos. Alguns, com quem este rapport é ou foi mais difícil de desenvolver, ainda têm de ser inquiridos por vezes; mas apenas um número muito baixo de profissionais aparenta ser incapaz de prover mais informação que a diretamente questionada.

A minha experiência pessoal leva-me também a salientar a importância da centralização e acessibilidade de informação nos vários níveis profissionais numa unidade de saúde. No meu caso, a questão foi aparente quando necessitei de um tratamento para o qual recebo uma pré-medicação para evitar reações adversas. Devido a ser fim-de-semana estava apenas disponível uma médica de urgência, não inserida na equipa dedicada da unidade; e esta teve dificuldade em confirmar qual seria a pré-medicação que me tinha sido dada previamente. Houve ainda situações em que o sistema informático não alertou os profissionais de enfermagem da necessidade da pré-medicação e tive de questionar, levando a uma verificação manual e eventual ajustamento.

Discussão

Cuidados Centrados no Paciente

Promover confiança no serviço, no processo e nos profissionais que acompanham os pacientes não apenas torna o processo mais tolerável como promove necessária adesão ao tratamento, o que terá um forte impacto em outcomes de saúde.

Por um lado, isso passa pela adequada apresentação dos profissionais de saúde e, em particular da equipa médica, por ser a mais facilmente reconhecida como “provedora de cuidados” e mais diretamente responsável por decisões de saúde.

Assim, é fundamental que, para que o paciente sinta que a informação que lhe está a ser transmitida é coerente e pessoal; os médicos em situações de contacto com o paciente, nomeadamente nas suas rondas; tenham acesso a informação específica sobre cada paciente; e que esta seja transmitida de acordo com as necessidades e compreensão do paciente. Quer isto seja através de dispositivos que permitam acesso ao processo informático do paciente; ou de informação impressa; dados consistentes e específicos sobre cada paciente permitem maior confiança na equipa médica e um maior envolvimento do paciente no seu próprio cuidado.

Considerando uma abordagem de cuidados centrados no paciente, é essencial discutir a importância de promover, dentro das limitações, recursos e vontade de cada paciente, o empoderamento e agência sobre a própria saúde, por exemplo através do ensino de tarefas de saúde básicas como a medição da glicose. Isto é especialmente relevante em pacientes com tratamentos de longo prazo, nos quais os internamentos fazem parte, mas em cujos casos também se espera que em casa continuem a aderir a planos de tratamento e a cumprir cuidados de saúde de forma autónoma ou com acesso a apoio formal ou informal.

Nesta promoção de agência é natural que haja uma forte influência da personalidade dos profissionais envolvidos mas, ainda assim, é importante reforçar o valor da formação em comunicação em contextos específicos. É ainda essencial que estes esforços de formação englobem todos os profissionais multidisciplinares, da equipa médica aos técnicos de ação médica, sendo estes últimos frequentemente menos beneficiados de ações de formação a este nível.

Em alguns casos a promoção de agência e empoderamento pode levar a uma responsabilização inadequada do pa-

ciente. Quando o paciente é encorajado a inquirir e desafiar profissionais; há que notar que isto é acessível a pacientes em estados autónomos, e com capacidades cognitivas intactas; mas não é fácil ou possível para pacientes com alterações cognitivas e/ou psicológicas, baixo nível educacional, ou outras limitações.

É portanto essencial que haja consistência na forma como os cuidados são prestados. Nesse sentido, a informação deverá estar centralizada e acessível a todos os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado ao paciente, nas suas várias vertentes.

SUMÁRIO

Porque é uma área tão complexa e onde as necessidades apresentadas são tão variadas, não se pode advogar a aplicação de um padrão mínimo, sem desvios nem alterações; mas antes uma linha orientadora que tem de ser aplicada com sensibilidade e pensamento crítico. Estes aspetos são fortemente dependentes das características particulares de cada profissional e das vivências de cada paciente. Aspetos como a comunicação, promoção de agência e empoderamento dos pacientes; são fatores fundamentais para a eficiência do departamento, assim como para a melhoria da experiência subjetiva e objetiva dos pacientes e outcomes de saúde.

Se for possível extrair do processo “dito normal” de internamento, a informação e cuidados que podem ser mais facilmente estandardizados, poderia libertar-se tempo e criar recursos humanos para aplicar no cuidado que envolve aspetos mais subjetivos e “humanos”.



Aspetos como a comunicação, promoção de agência e empoderamento dos pacientes; são fatores fundamentais para a eficiência do departamento, assim como para a melhoria da experiência subjetiva e objetiva dos pacientes e outcomes de saúde

RECOMENDAÇÕES

Considera-se que, para lá dos aspetos discutidos ao longo desta reflexão, que uma série de recomendações podem ser sistematizadas e potencialmente adaptadas a diversas unidades de saúde similares, dentro do enquadramento do SNS.

ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO

1. **Promover o contacto entre pacientes** em fase inicial do tratamento e aqueles que estão em fases mais avançadas, e que se disponibilizem para tal. A partilha de informação sobre a “realidade” da experiência e do processo de tratamento; é particularmente valiosa quando discutida com alguém que tem essa experiência em “primeira mão”.



2. Idealmente, **promover um acolhimento mais “humano”** em situações de internamentos longos, através da seleção de profissionais de saúde ou voluntários que apresentem a unidade, as suas rotinas e recursos, assim como os profissionais. Este contacto poderia atenuar alguma da ansiedade associada ao primeiro internamento, permitindo a clarificação de questões em diversos pontos do processo.

3. Alternativamente, sugere-se o **desenvolvimento de documentos informativos base** que possam incorporar toda a informação passível de standardização. Este “pacote de indução” poderia incluir:

- a. **Informação sobre a doença e aspetos comuns de tratamento**, como a duração expectável de tratamento; opções de tratamento que poderão ser oferecidas/necessárias ao longo do tempo; e promoção de websites com informação fidedigna.
- b. **Apresentação da equipa multidisciplinar e serviços prestados**, idealmente com a utilização de fotografias, nomes e posições.
- c. **Comportamentos e expectativas em regime de internamento**, incluindo direitos e deveres do paciente, e um panorama dos processos essenciais da unidade, com recomendações de “melhores práticas”. Especificamente:

i. *Visitas*. O processo de marcação de visitas, horários de visita e duração destas; mas ainda salientar regras de comportamento com visitas.

ii. *Exercício*. Promover quando possível ao paciente caminhadas no corredor e outro tipo de exercício no quarto; ressaltando os melhores horários para o fazer e salientando regras de segurança.

iii. *Bem-estar*. Estimular o uso de passatempos em regime de internamento, ressaltando a importância disto para o bem-estar mental.

iv. *Rotinas*. Nesta seção seriam descritos procedimentos como o funcionamento dos duches; horários aproximados das refeições, e indicação do procedimento para alterações na dieta.

v. *Procedimentos pessoais de higiene e segurança*. Assim como são facultados posters com o processo de lavagem das mãos; seria importante informação sobre higiene corporal em geral; e sobre o processo de higiene da boca. Posters com “passo a passo” destes aspetos fundamentais do tratamento deixariam os processos mais claros, promovendo agência do paciente; igual acesso à informação; e poupando tempo a profissionais de enfermagem.

vi. *Serviços e parcerias disponíveis*. Explicitar que pode ser facilitado o acesso a outros serviços (por exemplo cabeleireiro); serviços sociais; apoio psicológico; apoio religioso; entre outros.

vii. *Contactos úteis*. Fornecer uma lista de contactos da Unidade com indicação das situações nas quais utilizar cada um deles.



Idealmente, promover um acolhimento mais “humano” em situações de internamentos longos, através da seleção de profissionais de saúde ou voluntários que apresentem a unidade, as suas rotinas e recursos, assim como os profissionais. Este contacto poderia atenuar alguma da ansiedade associada ao primeiro internamento, permitindo a clarificação de questões em diversos pontos do processo

COMUNICAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

1. **Melhor informação e cuidados mais holísticos** que compreendessem o ambiente do paciente quando não em internamento, visto que fora da Unidade, depende do paciente e familiares manter regras de segurança básicas. Assim, seria recomendável que:
 - a. Em preparação para o período entre internamentos fosse desenvolvida e aplicada uma **checklist** de riscos comuns. A utilização desta desde a fase inicial de tratamento daria tempo para explorar, articular e despoletar recursos disponíveis quando necessário.
 - b. Quando possível, seria importante falar não apenas com o paciente mas com familiares, para **obter uma visão mais abrangente da realidade do paciente a nível de apoios, recursos, barreiras e necessidades**. Um maior envolvimento dos familiares em todas as fases do tratamento seria um passo positivo em encerrar o paciente como um indivíduo influenciado pelo seu ambiente e rede social.
 - c. Em seguimento, profissionais agiriam como **membros de ligação para a ativação de recursos**. O trabalho inicial poderia ser começado pela equipa médica através da utilização da checklist; e quando lacunas e necessidades fossem encontradas, o membro de ligação poderia dar seguimento, articulando esforços com outras unidades, profissionais ou instituições.
3. Há temas que raramente são abordados pelos profissionais de saúde, e em alguns casos os pacientes sentem-se desconfortáveis por questionar, assumindo que é “óbvio” ou porque são de natureza pessoal.
 - a. Sugere-se então o **desenvolvimento de pequenos eventos informativos e de discussão** que poderão

ter lugar em conjunto para utentes autónomos, em ambiente controlado; e/ou repetidos quarto a quarto quando os pacientes mostrarem interesse no tema. Alternativamente poderão ser realizados “posters informativos” com contacto de profissionais que se disponibilizassem a falar com pacientes diretamente.

ESPAÇO FÍSICO E SOCIAL

1. Os **espaços sociais poderiam ser otimizados para o bem-estar dos pacientes**:
 - a. É na interação com os profissionais que os pacientes encontram o fator decisivo na adesão a tratamentos e sensação de conforto e confiança, pelo que seria benéfico ter uma **apresentação visual dos profissionais** da unidade, uma espécie de “quadro de nomes e posições”, criando um espaço mais humano e reforçando as relações entre profissionais e pacientes.
 - b. Considerando o tempo que alguns utentes passam nestas unidades, faria sentido **quebrar a monotonia dos corredores com pontos de interesse**, nomeadamente quadros ou pinturas que atraíam a atenção. Uma alternativa com maior custo financeiro seria a instalação de ecrãs com imagens ou projeção de imagens de exterior, para criar uma maior ligação ao mundo lá fora e à natureza, o que é particularmente relevante para o bem-estar de pacientes em internamentos longos.
2. **Promoção de um espaço de convívio**, o que teria impacto no bem-estar dos pacientes. Permitir o convívio de pacientes ainda que em espaço controlado, potencia a partilha de informação e a discussão de temas que são por vezes difíceis de discutir com pessoas que não estão a passar por experiências semelhantes.

AIMS meeting 2026 decorre em abril

Terá lugar entre os dias 16 e 19 de abril de 2026 um congresso europeu organizado por estudantes de medicina, o Annual International (Bio)Medical Students (AIMS) Meeting, projeto da Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Desde 2009 que o AIMS Meeting, organizado na totalidade por estudantes de medicina e nutrição, tem trazido a Portugal vários oradores, desde médicos de destaque nas suas áreas da saúde, como cientistas galardoados com o Prémio Nobel.

Em edições anteriores participaram já mais de um milhar de pessoas de 29 países, usufruindo de quatro dias de congresso que contam com palestras, workshops e apresentação de trabalhos científicos.

As AIMS Masterclasses, constituem igualmente um momento ímpar de formação e excelência científica, integrando

palestras de especialistas de referência nacional, atividades práticas inovadoras e oportunidades de contacto direto entre estudantes e profissionais das ciências da saúde. Este programa exclusivo distingue-se pela capacidade de complementar a formação académica tradicional, proporcionando uma experiência enriquecedora que alia o rigor científico à inovação pedagógica. Num ambiente dinâmico, as Masterclasses afirmam-se como um espaço de inspiração e de valorização do conhecimento, preparando a nova geração de profissionais de saúde para os desafios globais da ciência e da medicina.



www.facebook.com/aimsmeeeting

TORNE-SE ASSOCIADO



Formulário de inscrição para Associado Efetivo

Nome

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha

Endereço para contacto

Telefone/Telemóvel

E-mail

Observações

Assinatura

Data / /



www.spgsaude.pt



Órgãos Sociais

ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente

Duarte Nuno Pessoa Vieira

1º Secretário

João Manuel Bispo Pereira

2º Secretário

Fátima M. C. Leite Sousa Neves

Suplentes

José Manuel de Araújo Cardoso

Filipe Tiago Vilela de Sousa Neves

DIREÇÃO

Presidente

Miguel Filipe Leite Sousa Neves

Vice-presidente

Carlos Jorge Tomás Marques

Secretária-Geral

Vera Daniela dos Santos Rodrigues

Tesoureiro

Helena de Fátima Ventura Bugada

Vogais

Isabel C. P. Jorge Cachapuz Guerra

Víctor Machado Borges

CONSELHO FISCAL

Presidente

Lino Rosado Canudo

Vogais

João Francisco Dias Hagatong

Luís Manuel de Areia Loureiro Basto

COMISSÃO NACIONAL

António Franklin Ramos

Eurico Castro Alves

José Germano de Sousa

José Miguel Boquinhãs

Luís Almeida Santos

Luís Filipe Pereira

Luís Martins

Maria de Belém Roseira

Margarida França

Miguel Paiva