

Políticas de Saúde e Enfermagem

Coordenação:

Germano Couto | Gisela Almeida



Prefácios de Fernando Araújo e Pedro Pita Barros



ÍNDICE

Autores	VII
Prefácios	XIII
Fernando Araújo	
Pedro Pita Barros	
Nota Introdutória	XIX
Siglas e Acrónimos	XXI
■ CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL, NA EUROPA E NO MUNDO	
■ 1.1 Políticas de Saúde.....	2
Gisela Almeida	
■ 1.2 Sociopolítica e Enfermagem.....	10
Maria Augusta Sousa	
■ 1.3 Universalidade e Acessibilidade a Cuidados de Saúde: Quem Está no Centro do Processo de Decisão?	24
Carla Barbosa, Catarina de Almeida	
■ 1.4 Políticas de Saúde: Integração de Cuidados, Cooperação e Imperativos Éticos	39
Adalberto Campos Fernandes	
■ CAPÍTULO 2 – ENFERMAGEM E AS REFORMAS DA SAÚDE	
■ 2.1 Enfermagem e Valor em Saúde	50
Germano Couto, António Vaz Carneiro	
■ 2.2 Enfermagem como Parceira na Elaboração dos Planos de Intervenção em Saúde.....	59
José Esteves Ferreira, Germano Couto	
■ 2.3 Corporativismo e Lóbis como Entrave à Evolução das Profissões de Saúde	67
Nuno Couceiro	
■ 2.4 Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde.....	80
Pedro Lopes Ferreira	

■ **CAPÍTULO 3 – O GRANDE DESAFIO PARA O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS E O CIDADÃO NO CENTRO DA DECISÃO**

■ 3.1 Importância do Alargamento dos Cuidados de Saúde Domiciliários: A Enfermagem como uma Solução Efetiva	92
João Soares-Faria	
■ 3.2 Papel dos Enfermeiros na Articulação entre os Diferentes Níveis de Cuidados: Navegadores ou Facilitadores.....	101
Ana Clara Silva	
■ 3.3 Força Transformadora dos Sistemas de Informação em Saúde: Reconfiguração de Processos, de Serviços ou de Prestadores?	115
Carla Rodrigues	
■ 3.4 Desenvolvimento da Prática Avançada de Enfermagem em Portugal.....	132
Inês Fronteira	

■ **CAPÍTULO 4 – GESTÃO E DECISÃO EM ENFERMAGEM: HORIZONTES
PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

■ 4.1 Práticas para uma Gestão Estratégica dos Recursos Humanos na Enfermagem	148
Patrícia Jardim da Palma, Miguel Pereira Lopes, Rosa Lutete Geremias	
■ 4.2 Dados, Processos e Agentes: Mudanças Incrementais ou Ruturas Refundadoras?.....	156
Emanuel Boieiro	
■ 4.3 Governação em Saúde: Da Governação Clínica à Organizacional.....	169
Ana Escoval, Ana Isabel Santos	
■ 4.4 Participação do Enfermeiro como Agente Promotor da Saúde através de Processos Estruturados de Literacia em Saúde	184
Cristina Vaz de Almeida	
■ 4.5 <i>Skill Mix</i> e Organizações de Saúde.....	197
Tiago Nascimento	

■ **CAPÍTULO 5 – POLÍTICAS PÚBLICAS NO PODER LOCAL:
MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE**

■ 5.1 Determinantes Sociais de Saúde: Resultados em Saúde, Reconfiguração de Papéis e Instrumentos de Intervenção da Enfermagem.....	212
José Lima	
■ 5.2 Sociedade Cuidadora: Um Regresso às Origens do Cuidado	225
Bruno Noronha Gomes	

■ 5.3 Organização do Território e Assistência em Saúde: Das Megacidades Asiáticas à Estepe Siberiana – Diferentes Necessidades, Diferentes Respostas.....	252
Gustavo Tato Borges	
■ 5.4 Enfermagem no Centro das Políticas Públicas de Saúde: Migrações Populacionais, Segurança Sanitária e Conflitos – Necessidade de uma Estratégia.....	262
Mário André Macedo	
Índice Remissivo	283

AUTORES

COORDENADORES/AUTORES

Germano Couto

Professor coordenador da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa; Doutor e mestre em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto; Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Licenciado em Enfermagem; Bastonário da Ordem dos Enfermeiros entre 2012 e 2016; Presidente do Conselho Diretivo Regional Norte da Ordem dos Enfermeiros entre 2008 e 2012.

Gisela Almeida

Enfermeira do Instituto Nacional de Emergência Médica, Delegação Regional do Centro; Assistente convidada da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Especialista e mestre em Enfermagem de Reabilitação pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Pós-graduada em Gestão de Unidades de Saúde pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra e Escola de Direito da Universidade do Minho; Formação pós-graduada em Direito Biomédico pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Foi enfermeira do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE durante 18 anos.

AUTORES

Adalberto Campos Fernandes

Especialista em Saúde Pública; Professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa; Integra o Centro de Investigação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa e o Comprehensive Health Research Centre da Universidade NOVA de Lisboa; Membro do Conselho de Administração do Gulbenkian Institute for Molecular Medicine; Vice-presidente do Conselho de Escola da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Académico titular da Academia Nacional de Medicina de Portugal.

Ana Clara Silva

Diretora regional para as Políticas Públicas Integradas e Longevidade da Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira; Enfermeira gestora; Doutoranda em Saúde Pública e mestre em Saúde Pública, com especialização em Política e Administração de Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa; Licenciada em Enfermagem (área de Saúde Mental e Psiquiátrica).

Ana Escoval

Investigadora. Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, membro integrado do Centro de Investigação em Saúde Pública, Comprehensive Health Research Center, CHRC, REAL, CCAL, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal; Doutorada em Gestão e mestre em Ciências Empresariais, na especialidade de Gestão, Estratégia e Desenvolvimento Empresarial, pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa; Licenciada em Economia pela Universidade de Évora e diplomada em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa.

Ana Isabel Santos

Administradora hospitalar da Unidade Local de Saúde de São José, EPE; Doutorada em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, na especialidade de Política, Gestão e Administração em Saúde; Licenciada em Política Social pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa, com uma especialização em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa.

António Vaz Carneiro

Médico especialista em Medicina Interna, Nefrologia e Farmacologia Clínica; Professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Presidente do Instituto de Saúde Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Diretor da Cochrane Portugal.

Bruno Noronha Gomes

Enfermeiro especialista da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais; Mestre em Enfermagem de Reabilitação e em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Carla Barbosa

Investigadora do Centro Biomédico e do Instituto Jurídico de Direito da Universidade de Coimbra.

Carla Rodrigues

Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Saúde Comunitária do Serviço de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos da Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE, integrando o Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem; Enfermeira coordenadora da Unidade de Longa Duração e Manutenção Farol da Cáritas Diocesana de Coimbra; Mestre em SIDA: Da Prevenção ao Tratamento pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Pós-graduada em Sistemas de Informação e em Gestão de Serviços de Saúde.

Catarina de Almeida

Research associate do Department of Innovation and Digitalisation in Law, Universidade de Viena; Mestre e licenciada em Direito pela Universidade de Coimbra.

Cristina Vaz de Almeida

Investigadora em Literacia em Saúde do Centro de Administração e Políticas Públicas do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa; Presidente e fundadora da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde; Diretora da Pós-graduação em Literacia na Prática em Saúde do Ispa – Instituto Universitário; Doutora em Ciências da Comunicação – Literacia em Saúde; *Member of Advisory Board* do BUMPER; Membro do National Cancer Hub – Portugal e do Conselho Português para a Saúde e Ambiente.

Emanuel Boieiro

Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação da Unidade de Cuidados Continuados de Coruche da Unidade Local de Saúde da Lezíria, EPE; Presidente do Sindicato Nacional dos Enfermeiros.

Gustavo Tato Borges

Assistente graduado de Saúde Pública da Unidade de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde de Santo António, EPE.

Inês Fronteira

Professora associada com agregação da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa.

João Soares-Faria

Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto; Exerceu funções de professor e de coordenador do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, onde integrou o Conselho Técnico Científico e o Conselho Diretivo; Colaborou como professor convidado da Escola Superior de Saúde do Instituto

Politécnico de Viana o Castelo; Doutorado em Enfermagem, com especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem; Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária; Título de especialista em Enfermagem; Mestre em Gestão das Organizações, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde.

José Esteves Ferreira

Enfermeiro do Hospital de Dia de Hematologia, Imunoalergologia e Reumatologia da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE; Ex-vereador da Câmara Municipal de Odivelas, com o pelouro da Saúde.

José Lima

Enfermeiro especialista em Saúde Comunitária; Coordenador da Unidade de Cuidados na Comunidade Inovar da Unidade Local de Saúde de Santo António, EPE; Professor convidado da Escola Superior de Saúde de Santa Maria e da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Pós-graduado em Bioética e em Administração e Gestão da Saúde; Competência acrescida avançada em Gestão; Presidente da Direção da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade.

Maria Augusta Sousa

Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (aposentada); Pós-graduada em Sociologia da Saúde; Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara; Experiência em diversas organizações, incluindo vice-presidente do Conselho Diretivo entre 1999 e 2003 e Bastonária da Ordem dos Enfermeiros entre 2004 e 2011.

Mário André Macedo

Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Coordenador da Unidade de Consumo Clínico e Ajudas Técnicas | Serviço de Gestão de Compras da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE; Mestre em Saúde Pública; Administrador hospitalar; Foi coordenador da Unidade de Epidemiologia e Saúde Pública e do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, EPE entre 2022-2025.

Miguel Pereira Lopes

Professor associado com agregação do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, onde é membro efetivo do Conselho de Escola; Pós-doutorado em Economia e doutorado em Psicologia Aplicada pela Universidade NOVA de Lisboa; Licenciado em Psicologia pela Universidade de Lisboa; Membro do Research Council da University Centre of Excellence “IMSErt – Interacting Minds, Societies, Environments” da Nicolaus Copernicus University, na Polónia; Investigador integrado do Centro de Investigação em Antropologia e Saúde da Universidade de Coimbra.

Nuno Couceiro

Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade de Hemodinâmica do Departamento de Cardiologia e Vasos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra da Universidade de Coimbra da Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Investigador da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Licenciando do último ano do Curso de História da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Patrícia Jardim da Palma

Professora associada com agregação da Universidade Aberta; Investigadora do Centro de Administração e Políticas Públicas da Universidade de Lisboa; Colaboradora do Centro de Estudos Globais da Universidade Aberta; Doutorada em Psicologia das Organizações e Empreendedorismo.

Pedro Lopes Ferreira

Professor catedrático jubilado da Universidade de Coimbra; Diretor do CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; Responsável pelo Grupo de Investigação Saúde, Gestão e Economia do CiBB – Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia da Universidade de Coimbra.

Rosa Lutete Geremias

Professora adjunta convidada do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, onde é regente da Unidade Curricular de Comportamento Organizacional na Licenciatura em Comércio e Negócios Internacionais; Doutorada em Comportamento Organizacional pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa e mestre em Ciências Empresariais pelo Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa.

Tiago Nascimento

Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária; Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Investigador do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Doutorado em Gestão.

PREFÁCIOS

Escrever sobre políticas de saúde não é, atualmente, um tema fácil em Portugal, em função da discussão a que se assiste, muita dela sem fundamentos técnicos, mas que se desenvolve por políticos e comentadores sem um amplo conhecimento desta complexa matéria.

Neste sentido, é uma “aragem” saudável podermos ler um livro escrito por profissionais de elevada competência e coordenado de forma ímpar. O resultado final é enriquecedor, o que não é de surpreender, face à qualidade dos intervenientes, e demonstra, de forma fundamentada, o papel, a importância e o impacto da enfermagem no desempenho dos sistemas de saúde.

O livro, diria que de forma estratégica, está dividido em cinco grandes eixos, nomeadamente as políticas públicas de saúde em Portugal e no mundo, em que se evidencia o papel da enfermagem em termos sociopolíticos, da sustentabilidade económico-financeira, do impacto na acessibilidade de cuidados e da integração de cuidados, aliás, em linha com a visão da Organização Mundial da Saúde.

O segundo eixo está relacionado com a relevância da enfermagem nas reformas da saúde, demonstrando as soluções que os enfermeiros aportam ao valor em saúde, à sua determinação na conceção e na implementação de planos de saúde, à relevância da educação e dos recursos humanos, mas, de forma interessante, aborda também a discussão do corporativismo como entrave à diferenciação das profissões de saúde, algo que é urgente discutir, de forma aberta e sem dogmas, centrando no que é o interesse real do utente.

O terceiro eixo, talvez o mais importante nesta fase do Serviço Nacional de Saúde (SNS), centra-se no grande desafio que é a integração de cuidados, com o cidadão no centro da decisão, incluindo os contributos da enfermagem nos cuidados domiciliários, na transição entre níveis de cuidados, na relevância das tecnologias de informação e na capacidade de desenvolver abordagens que permitam aumentar a satisfação dos utentes e dos profissionais, em contextos de escassez de recursos.

Inclui ainda um eixo dedicado à gestão e à decisão em enfermagem, que aborda temas tão importantes como a gestão estratégica dos recursos humanos, as mudanças e as transformações, a governação clínica e organizacional, bem como o papel dos enfermeiros como promotores da saúde.

Por fim, foca o poder local e a sua importância, nomeadamente nos determinantes sociais de saúde, na sociedade cuidadora, na organização do território e no impacto das migrações populacionais, com a necessidade de medidas em termos de respostas em saúde.

Trata-se de um livro atual, escrito de forma clara, sobre as dimensões da saúde mais sensíveis, e que pode trazer uma visão desempoeirada acerca do papel transformador dos enfermeiros e o seu impacto na mudança do SNS português.

Fernando Araújo

Médico da Unidade Local de Saúde de São João, EPE
Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Nas últimas décadas, o sistema de saúde português tem defrontado variados e importantes desafios resultantes de alterações demográficas, incluindo a dispersão da população pelo território, os desenvolvimentos tecnológicos e a crescente presença de necessidades associadas a condições crónicas na população. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é, desde 1979, o elemento central do sistema de saúde português, baseando-se nos princípios de cobertura universal e equidade no acesso e no financiamento dos cuidados de saúde. Este livro junta um conjunto de textos que fornecem uma análise detalhada dos pontos fortes, dos pontos fracos e das oportunidades de melhoria. Tem um foco especial no papel da enfermagem, num contexto geral de decisões políticas no campo da saúde e numa abordagem de cuidados de saúde centrados no doente (no cidadão, de forma mais geral). Cada subcapítulo fornece um olhar próprio, e complementar aos restantes, na construção de propostas para a evolução do SNS e do sistema de saúde português.

Um dos aspectos presentes na obra é a crescente relevância dos cuidados no domicílio. A tradição do SNS de se centrar no hospital tem-se revelado não só onerosa em termos de custos, como crescentemente dissociada das necessidades e dos anseios de uma população envelhecida. Com o aumento das condições crónicas, o tipo de cuidados de saúde necessários também evolui, e modelos adotados noutras países, como nos Países Baixos, na Suécia e no Canadá, ilustram como os cuidados de saúde de base comunitária podem, ao mesmo tempo, aliviar a pressão de procura sobre os cuidados hospitalares e melhorar os resultados e a satisfação dos cidadãos. Esta mudança está de acordo com os apelos gerais para maior continuidade de cuidados, um aspeto crucial quando se está na presença de necessidades complexas de cuidados de saúde. No âmbito deste quadro geral, e atendendo ao conhecimento profissional de vários dos autores, não será surpresa que se defendam, em vários pontos, as vantagens que uma maior autonomia e um maior poder de decisão dos enfermeiros poderão trazer nesta gestão do doente num contexto de acompanhamento e tratamento no domicílio.

Um segundo elemento com forte presença em diversas discussões constantes do livro é a necessidade de integração dos novos desenvolvimentos tecnológicos. Os avanços das tecnologias digitais aplicadas no setor da saúde irão, provavelmente, revolucionar a forma como os doentes são monitorizados, de que modo são realizadas várias atividades de diagnóstico, como se dá acesso a comunidades remotas e como se poderá concretizar uma personalização crescente dos cuidados de saúde prestados. Ganham aqui especial destaque as ferramentas de inteligência artificial, ainda que, no atual momento, não seja claro se vão corresponder, ficar aquém ou ir além das (elevadas) expectativas que têm sido geradas. Qualquer que venha a ser a realidade, há convergência em duas ideias: a necessidade de uma forte gestão (técnica) dos dados e salvaguardas éticas na obtenção e na utilização de informação individual de saúde. Sem a tecnologia adequada de obtenção e curadoria dos dados, dificilmente se conseguirá satisfazer as exigências éticas que têm sido identificadas. Não surpreende, por isso, que haja diversos autores neste livro que se focam nas exigências associadas à transformação digital.

Como terceiro fio condutor que junta vários subcapítulos do livro encontramos o envelhecimento da população portuguesa e os desafios que são colocados. A evolução demográfica afeta, inevitavelmente, as necessidades (a procura) de cuidados de saúde. A juntar aos desafios da demografia, que levam à procura de novos modelos de cuidados

de saúde – o aspecto do acompanhamento e do tratamento no domicílio referido anteriormente, por exemplo –, há os desafios de sustentabilidade financeira que decorrem dos preços sucessivamente mais elevados a que a inovação tem estado associada (com especial visibilidade nos novos medicamentos). Estas pressões sobre o funcionamento do SNS e, de alguma forma, também sobre os prestadores privados de cuidados de saúde originaram um crescente interesse por novos paradigmas de relacionamento entre pagadores e prestadores de cuidados de saúde. Em particular, destaca-se o movimento saúde baseada em valor (VBHC, do inglês *value-based healthcare*). Esta abordagem baseia-se na obtenção de resultados para os doentes, que têm de ser medidos, em lugar de olhar para o volume de serviços prestados, bem como na adequada quantificação da jornada do doente e das componentes que dela fazem parte. A consequência esperada é o evitar-se a prestação de cuidados de saúde que têm um custo marcadamente superior ao valor dos benefícios que geram para a população. Quando o sistema de pagamento a prestadores de cuidados de saúde é definido de forma a remunerar resultados, é esperada maior atenção a atividades de prevenção e à utilização de tecnologias ou intervenções de saúde que, tendo custos, não gerarão resultados (que sejam origem de financiamento).

Sendo a abordagem VBHC indutora de reflexão sobre como são prestados cuidados de saúde, surge naturalmente a exploração do atual e do potencial papel dos enfermeiros, como tem evoluído e como pode ainda evoluir. A discussão é frequentemente colocada em termos de colaboração entre diferentes grupos de profissionais de saúde e equipas multidisciplinares. O papel dos profissionais de enfermagem em áreas como a educação dos doentes (para a sua doença), a gestão da doença crónica e os cuidados de prevenção é reconhecido, bem como o é a necessidade de continuar a evolução da formação, para que mais papéis possam vir a ser desempenhados num quadro global que exige crescente colaboração entre todas as profissões de saúde.

À discussão mais conceptual do papel dos profissionais de enfermagem é adicionada, em vários subcapítulos, a componente de ciência política, sendo referida a marginalização dos profissionais de enfermagem e das suas estruturas representativas, quanto aos processos de definição e construção de políticas (*policies*) e aos processos de decisão política (*politics*).

A este respeito, é de referir o conceito de enfermeiro especialista, com competências e autonomia alargadas, como parte da resposta à falta de profissionais de saúde, no que é uma caracterização global (e não apenas existente no sistema de saúde português). A necessidade de ultrapassar barreiras legais e culturais em Portugal é clara. Sem surpresa, é defendido por vários autores que um alargamento das responsabilidades dos profissionais de enfermagem será um caminho adequado para levar o SNS a responder melhor às necessidades da população.

Se quisermos extrair alguns princípios partilhados no conjunto dos capítulos deste livro, destaco cinco desses princípios. Primeiro, a necessidade de procurar assegurar a continuidade de cuidados, incluindo, nessa continuidade, os cuidados de base comunitária e no domicílio habitual da pessoa. Esta mudança é vista como uma resposta para as necessidades de uma população envelhecida e requer uma visão menos centrada na atividade hospitalar, incluindo na afetação de recursos. Este princípio está presente no subcapítulo de João Faria, que salienta o papel dos enfermeiros no apoio domiciliário, em alternativa

aos serviços hospitalares, e também nos subcapítulos de José Barbosa Lima, que realça o papel das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e dos enfermeiros, de Gustavo Tato Borges, na defesa que faz das políticas locais de saúde, adaptadas às populações servidas e procurando o envolvimento das comunidades, e de Pedro Lopes Ferreira, que, numa perspetiva mais ampla, aborda a integração (no sentido de continuidade) entre cuidados na comunidade, Cuidados de Saúde Primários e cuidados hospitalares.

Segundo, um maior foco na prevenção e numa abordagem de VBHC, com uma alteração para o financiamento de atividades baseado no valor (de saúde) gerado, e não apenas na sua existência ou no volume de atividade. Encontramos esta visão nos textos de Germano Couto e António Vaz Carneiro, com referência direta aos trabalhos de Michael Porter e colaboradores, e a importância de uma transição para VBHC e as consequentes exigências de medição de resultados em saúde, muito mais difíceis de satisfazer do que a contabilização de custos; de Pedro Lopes Ferreira, que advoga a vantagem de modelos de pagamento a prestadores de cuidados de saúde baseados no valor; de Emanuel Boieiro, que defende uma mudança estratégica a favor dos cuidados de prevenção, como forma de aliviar a pressão financeira sobre o SNS, com um reforço do que é feito pelos profissionais de enfermagem; de Gisela Almeida, de forma implícita, quando defende a importância da prevenção e da promoção da saúde, bem como de modelos de financiamento baseados no desempenho; e de José Esteves Ferreira e Germano Couto, que colocam a tônica na prioridade a ser dada às atividades de prevenção e aos Cuidados de Saúde Primários para gerir as complexidades da procura decorrente do envelhecimento da população e do aumento associado das condições crónicas, sendo o papel dos enfermeiros uma vez mais destacado.

Terceiro, a expansão das competências e da autonomia profissional dos enfermeiros, como forma de assegurar cuidados centrados no doente. Este princípio surge em muitos dos subcapítulos, nuns de forma mais explícita do que outros. Destaco os contributos de João Faria, com a referência a como o exercício de funções alargadas dos enfermeiros na prestação de cuidados em casa pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados (evitando readmissões hospitalares, por exemplo, com impacto também nos custos do sistema de saúde); de Nuno Couceiro, na defesa de maiores responsabilidades clínicas com efeito positivo nos resultados em saúde, desde que vencidas as barreiras associadas ao corporativismo ainda existente; de Ana Clara Silva, com a menção explícita do papel de “navegador” como sendo possível de ser exercido por enfermeiros, com especial vantagem para a coordenação de cuidados; de Inês Fronteira, que discute a prática avançada de enfermagem, que deverá ser parte das estratégias usadas para lidar com a falta de profissionais de saúde face a necessidades crescentes; e de José Esteves Ferreira e Germano Couto, que encorajam a participação dos profissionais nos processos de discussão e de decisão de políticas de saúde. Este princípio surge também nos textos de Cristina Vaz de Almeida e Maria Augusta Sousa.

Quarto, assegurar que o SNS desenvolve sistemas tecnológicos, incluindo ferramentas de inteligência artificial, que sejam seguros, com interoperabilidade assegurada e eticamente adequados. Esta preocupação é mencionada por Pedro Lopes Ferreira, que refere a importância da transformação digital para a prestação de cuidados personalizados; por Carla Rodrigues, que dá destaque aos sistemas de informação em saúde e às possibilidades criadas pelo uso da inteligência artificial, mesmo que alerte para não se

descurar os problemas de privacidade de dados de saúde e a cibersegurança; por Adalberto Campos Fernandes, que adota uma posição favorável ao desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde e à telemedicina, tendo como objetivo alcançar maior integração (continuidade) dos cuidados de saúde prestados; por Ana Escoval e Ana Isabel Santos, que colocam a transformação digital como uma parte essencial da inovação organizacional em saúde; e por Gisela Almeida, que considera os aspectos tecnológicos e a inteligência artificial como elementos essenciais para a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Quinto, garantir um ambiente de colaboração entre as diferentes profissões de saúde. Vários autores enfatizam a importância deste princípio, incluindo Adalberto Campos Fernandes, Tiago Nascimento, Bruno Noronha Gomes, Nuno Couceiro e Gustavo Tato Borges, que recomendam a colaboração interdisciplinar entre profissionais de saúde.

No âmbito destes princípios globais, existem 10 temas que estão muito presentes ao longo dos subcapítulos. A evolução da profissão de enfermeiro (primeiro tema), incluindo o reforço dos papéis e da liderança (quer ao nível das organizações de prestação de cuidados de saúde, quer ao nível de definição de políticas de saúde), é frequentemente referida. É sentido, em vários textos, que os enfermeiros sentem capacidade e vontade de assumir maior protagonismo das discussões de políticas de saúde. Não surpreende, por isso, que surjam contributos associados com a definição de políticas de saúde destinadas a dar resposta à evolução das necessidades em saúde da população (segundo tema), havendo a referência aos Cuidados de Saúde Primários e à integração (continuidade de cuidados). São estabelecidas duas grandes linhas para a definição das políticas de saúde. Por um lado, a adoção de uma estratégia centrada na população (terceiro tema) e a adoção de um enquadramento sólido e baseado em dados concretos (quarto tema), que requer uma estrutura de governação coesa e coerente, incluindo-se aqui a forma como as políticas de saúde são discutidas e influenciadas (quinto tema). Por outro lado, a preocupação com a eficiência, a qualidade e a equidade na prestação de cuidados de saúde (sexto tema) encontra-se expressa com frequência, sendo objetivos, explícita ou implicitamente, apontados para as políticas de saúde. A concretização das políticas de saúde é abordada de forma alargada, com o apoio alargado à adoção de modelos de funcionamento colaborativo e multidisciplinar (sétimo tema), à utilização de soluções tecnológicas decorrentes das novas e crescentes oportunidades criadas pela transformação digital (oitavo tema) e à adoção de uma abordagem de criação de valor em saúde (nono tema). E, claro, todos estes desenvolvimentos têm de ser acompanhados por competências comunicacionais e emocionais, bem como por uma permanente atenção aos aspectos éticos na prestação de cuidados de saúde (décimo tema).

Estamos, por isso, na presença de uma obra que, apesar de diversa, tem temas comuns, tratados de diferentes perspetivas, e na qual as opiniões conseguem encontrar pontos de convergência.

Será, naturalmente, uma leitura proveitosa e enriquecedora na construção de uma visão para o sistema de saúde português e para o papel dos enfermeiros neste sistema e na sua construção.

Pedro Pita Barros

BPI | Fundação “la Caixa”

Professor de *Health Economics* da NOVA School of Business and Economics
da Universidade NOVA de Lisboa

NOTA INTRODUTÓRIA

A presente obra, intitulada *Políticas de Saúde e Enfermagem*, aborda a interseção entre a enfermagem e as políticas de saúde, oferecendo uma análise abrangente e crítica sobre como estas políticas moldam a prática de enfermagem e de outras profissões de saúde e, por extensão, a qualidade dos cuidados prestados ao cidadão.

Ao longo dos capítulos, são explorados diversos temas cruciais, desde o papel das políticas públicas na organização e no financiamento dos sistemas de saúde, até à participação ativa dos enfermeiros na elaboração e na implementação dessas políticas. Este livro também trata os desafios contemporâneos enfrentados pela enfermagem, como a sustentabilidade dos sistemas de saúde, a retenção de talento no Serviço Nacional de Saúde, a integração de cuidados e a necessidade de inovação tecnológica.

Os leitores são convidados a refletir sobre a importância da enfermagem na promoção da saúde pública e na melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. Destaca-se o papel dos enfermeiros como defensores dos cuidados de saúde acessíveis e de qualidade, bem como a sua influência na tomada de decisões na política de saúde que afetam diretamente os cuidados aos cidadãos.

Além disso, este livro enfatiza a relevância do ensino e da investigação em políticas de saúde. A formação contínua e a pesquisa avançada são apresentadas como pilares fundamentais para capacitar os enfermeiros a enfrentar os desafios do setor e a contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde equitativas, mais eficazes e baseadas em evidências científicas. A promoção de uma cultura de investigação e a integração do conhecimento académico na prática diária são destacadas como essenciais para a evolução contínua da enfermagem e a melhoria dos sistemas de saúde.

A presente obra pretende informar e inspirar profissionais de saúde, gestores, cidadãos e agentes políticos a reconhecer e a valorizar a contribuição da enfermagem para a construção de um sistema de saúde de qualidade, eficiente e de acesso equitativo. Afirma-se um recurso essencial para todos os interessados em compreender as complexas relações entre a enfermagem, as políticas de saúde e a sua preponderância colaborativa para promover mudanças efetivas e eficientes.

*Germano Couto
Gisela Almeida
(Coordenadores)*

de ganhos em saúde, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema e reforçando os meios e os recursos necessários para a sua missão” (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro).

A melhoria da acessibilidade é conseguida pelo reforço do papel dos municípios, pela participação dos utentes nas tomadas de decisão em saúde e pelo incremento da proximidade aos cidadãos com o reforço dos Cuidados de Saúde Primários.

O UTENTE (PESSOA) NO CENTRO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O SNS reflete, na sua organização, o princípio de que os utentes devem ser simultaneamente servidos pelo SNS e participantes ativos nas decisões relativas à sua configuração e funcionamento. Este princípio geral, que coloca o utente no centro da prestação de cuidados de saúde, assume ainda uma outra vertente: o doente está adstrito a uma colaboração com os profissionais e as instituições de saúde na determinação dos cuidados a serem prestados, de modo que estes cuidados se modelem às necessidades e às especificidades do utente em particular. Assim, assiste-se, hoje, na senda do que tem vindo a ocorrer nas últimas décadas, à transformação do paradigma do funcionamento do SNS. Por um lado, reconhece-se o progressivo empoderamento do utente-paciente, que deixa de ser um elemento passivo da prestação de cuidados de saúde e recebe o tratamento que mais se adapta à sua situação concreta, isto é, relativamente ao seu estado de saúde, opções de tratamento e decisão relativamente a essas opções. Por outro lado, este empoderamento reflete-se no próprio envolvimento dos utentes nos processos de decisão relativos à definição da estrutura do SNS.

Todo este fenómeno encontra respaldo ao nível legislativo. Desde logo, a alínea b) do número 1 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde prevê que todas as pessoas têm direito a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável”. O direito ao acesso a cuidados de saúde é atribuído, pelo legislador, a um âmbito pessoal universal, isto é, são titulares dos direitos elencados na Lei de Bases da Saúde “todas as pessoas”, e não os “doentes” e/ou utentes. Pode afirmar-se, assim, que, em Portugal, o enquadramento legal reflete a ideia do *person-centered healthcare*, em lugar do mais restrito modelo de *patient-centered healthcare*. Muito simplificadamente, entre as características que se podem reconhecer a um modelo de *person-centered healthcare* encontra-se a promoção da autodeterminação da pessoa, dotada de informação que lhe permite liberdade nas decisões que toma sobre a sua saúde ao longo da vida (Zhao et al., 2016).

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

A integração de cuidados é um modelo organizacional cujo objetivo passa por coordenar e articular os serviços de saúde para assegurar aos utentes a prestação de cuidados continuados, acessíveis e de qualidade. Este conceito também se refere à coordenação entre profissionais de saúde, instituições e níveis de resposta, desde os Cuidados de Saúde Primários e de proximidade até aos cuidados de saúde mais específicos. A integração de cuidados pode ser realizada de várias maneiras, nomeadamente a coordenação dos processos administrativos, a componente clínica e a dimensão sistémica das políticas, dos sistemas de informação e da estrutura organizacional.

A fragmentação dos cuidados de saúde constitui um dos principais problemas enfrentados pelos sistemas de saúde atuais. Muitos utentes enfrentam dificuldades ao transitar entre os diferentes níveis de cuidados, o que resulta em duplicidade de exames, atrasos nos diagnósticos e tratamentos, e falta de comunicação entre os profissionais de saúde. A integração de cuidados visa suprir estas lacunas, permitindo uma abordagem mais coerente e centrada no utente.

IMPORTÂNCIA DA COOPERAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

A cooperação entre os diversos atores do sistema de saúde é crucial para a integração de cuidados. Tal implica a colaboração entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, gestores e administradores de saúde, bem como os próprios utentes e as suas famílias. A cooperação possibilita a troca de dados, a tomada de decisões em conjunto e a implementação de estratégias que melhor atendam às necessidades dos cidadãos.

A cooperação, por sua vez, é indispensável para a criação de redes de cuidados compostas por diversas instituições e serviços de natureza clínica e assistencial, da comunidade, dos serviços de apoio e outras organizações para manter o fluxo de cuidados, através da ação conjunta e sinérgica e da divisão de responsabilidades. A criação de uma cultura de cooperação dentro do sistema de saúde pode reduzir a concorrência desnecessária entre as instituições e, ao mesmo tempo, incentivar um ambiente de trabalho mais colaborativo.

MODELOS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS E COOPERAÇÃO

Existem diferentes modelos de integração e de cooperação nos sistemas de saúde. De entre os principais destacam-se:

- **Modelo de cuidados baseados na comunidade** – Focado nos Cuidados de Saúde Primários. Este modelo permite a integração de serviços ao nível

Contribuição de outros autores

A teoria de Porter foi amplamente influenciada e complementada por outros investigadores. Elizabeth Teisberg, coautora com Porter do livro *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results* (Porter & Teisberg, 2006), enfatiza a necessidade de competir em valor, e não apenas em custos. Teisberg e colaboradores (2020) defendem que a melhoria dos cuidados de saúde requer uma abordagem integrada, em que todos os aspectos dos cuidados são alinhados para melhorar os resultados das pessoas. Bohmer e Edmondson (2001) também contribuíram para esta discussão, argumentando que a liderança e a cultura organizacional são essenciais para a implementação de sistemas de saúde baseados em valor, realçando que, para alcançar uma verdadeira mudança, as instituições de saúde devem adotar práticas de gestão que incentivem a inovação, a aprendizagem contínua e a colaboração interdisciplinar. Em Portugal, António Vaz Carneiro, presidente do Instituto de Saúde Baseada na Evidência, foi um dos impulsionadores para a implementação do conceito de valor em saúde (Vaz Carneiro, s.d.).

PAPEL DOS ENFERMEIROS NA CRIAÇÃO DE VALOR EM SAÚDE

Os enfermeiros estão na linha da frente dos cuidados de saúde, desempenhando um papel vital na implementação das estratégias de valor propostas por Porter. Estão numa posição única para informar o planeamento estratégico devido à sua compreensão das necessidades das pessoas, sendo o seu envolvimento, a todos os níveis, no desenvolvimento, na implementação e na revisão dos planos estratégicos de enfermagem essencial para o sucesso (Rao et al., 2022). Estes profissionais podem e devem participar em projetos de melhoria da qualidade através de comunidades de prática e de orientação contínua, embora possam surgir desafios, como constrangimentos na carga de trabalho e resistência à mudança (Jeffs et al., 2013). Por seu turno, os líderes de enfermagem são fundamentais na conceção e na implementação de novos modelos de cuidados para apoiar a transição dos cuidados baseados no volume para os cuidados baseados no valor (Randazzo & Brown, 2016). Os enfermeiros que prestam cuidados diretos têm múltiplas oportunidades de influenciar a qualidade e a segurança em todo o *continuum* dos cuidados de saúde e podem liderar a mudança cultural, apoiando o trabalho em equipa, a comunicação, a tecnologia melhorada e as iniciativas de cuidados centrados no doente e na família (Sherman, 2012). As organizações devem reconhecer o valor de todos os profissionais de saúde que estão na linha da frente e promover programas para melhorar os cuidados e os resultados. Na secção “Implementação de estratégias de valor na enfermagem”, detalha-se como os enfermeiros contribuem para cada um dos elementos-chave da criação de valor em saúde.

Implementação de estratégias de valor na enfermagem

A implementação de estratégias de valor na enfermagem envolve várias ações específicas que podem ser adotadas pelas organizações de saúde, através de:

- **Cuidados diretos à pessoa** – Os enfermeiros estão na linha da frente do cuidado ao cidadão que deles necessita, fornecendo intervenções críticas, monitorizando condições de saúde e respondendo prontamente a mudanças no estado das pessoas cuidadas. A sua atuação direta influencia claramente os resultados de saúde, pois bons cuidados tendem a produzir excelentes resultados;
- **Coordenação de cuidados** – O papel vital na coordenação dos cuidados entre vários profissionais de saúde e serviços é um garante da transição entre ambientes hospitalares e domiciliares, bem como entre diferentes níveis de atenção;
- **Educação e capacitação da pessoa** – A educação da pessoa alvo dos cuidados é essencial para a gestão de doenças crónicas e para a promoção da saúde. Os enfermeiros educam os cidadãos e suas famílias sobre condições de saúde, medicamentos, planos de cuidados e estilos de vida saudáveis, capacitando-os para autogerir a sua saúde e melhorar os resultados a longo prazo;
- **Prevenção e promoção da saúde** – A prevenção é uma área-chave em que a enfermagem gera grande valor. Programas de imunização, campanhas de educação em saúde e iniciativas de prevenção de doenças são, muitas vezes, liderados por enfermeiros, resultando em menor incidência de doenças e redução dos custos de tratamento. O melhor e maior exemplo, em Portugal, é o Programa Nacional de Vacinação;
- **Gestão de casos e monitorização de condições crónicas** – Enfermeiros de gestão de casos acompanham as pessoas com condições crónicas, garantindo que recebem os cuidados necessários e que seguem os planos de tratamento, o que reduz hospitalizações e urgências, melhora a qualidade de vida e diminui os custos;
- **Inovação e melhoria contínua** – Os enfermeiros estão frequentemente envolvidos em iniciativas de melhoria da qualidade e em projetos de inovação dentro dos sistemas de saúde. São, por excelência, o pilar de qualquer programa de melhoria contínua da qualidade, contribuindo, com a sua experiência prática, para desenvolver novos protocolos, melhorar a eficiência dos processos de cuidados e implementar novas tecnologias de saúde;
- **Avaliação e monitorização de resultados** – As equipas de enfermagem participam na colheita e na análise de dados sobre os resultados de saúde, ajudando a medir o impacto das intervenções e a identificar áreas para melhoria, o que representa um papel crucial para a implementação de um modelo de saúde baseado em valor (Aitkenhead et al., 2019; Evans, 2016; Kurtzman, 2010; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017).

GANHOS EM SAÚDE

O alargamento dos cuidados de saúde domiciliários oferece uma série de ganhos significativos para os cidadãos, especialmente em termos de qualidade de vida, autonomia, eficiência no tratamento e bem-estar geral (Lopes, 2021). Os principais benefícios proporcionados por esta expansão dos cuidados domiciliários refletem-se em:

- **Maior autonomia e conforto** – Os cuidados em ambiente familiar constituem a principal vantagem dos cuidados domiciliários, permitindo que os utentes recebam tratamento em casa, no conforto do seu ambiente familiar;
- **Qualidade de vida melhorada** – Os cuidados domiciliários são mais personalizados e centrados nas necessidades específicas de cada indivíduo. Constata-se a redução do *stress* associado a hospitalizações;
- **Prevenção de complicações e reinternamentos** – Monitorização contínua através de tecnologia de monitorização remota. Os cuidados domiciliários permitem prevenir infeções hospitalares;
- **Apoio a doentes crónicos e idosos** – A gestão de doenças crónicas permite um acompanhamento contínuo e regular da condição, com intervenções oportunas, ajudando a melhorar o controlo das doenças e a qualidade de vida;
- **Integração com a família e redução do isolamento** – O envolvimento dos familiares nos cuidados domiciliários facilita a participação da família no processo de cuidados, criando um suporte emocional mais forte e um ambiente de cuidados mais humanizado;
- **Flexibilidade e facilidade de acesso** – Com os cuidados domiciliários, os cidadãos têm maior facilidade de acesso a cuidados médicos e de enfermagem sem precisarem de se deslocar a centros de saúde ou hospitais, o que é especialmente importante para pessoas com dificuldades de mobilidade ou que vivem em áreas remotas;
- **Redução de custos para o paciente** – O alargamento dos cuidados domiciliários pode ajudar os cidadãos a economizar em custos relacionados com o transporte para hospitais e em despesas associadas a internamentos hospitalares de longa duração;
- **Cuidados Paliativos de qualidade** – Os utentes em fase terminal podem receber Cuidados Paliativos no domicílio, com suporte emocional e clínico contínuo. Neste âmbito, os cuidados domiciliários proporcionam uma experiência mais digna e confortável no fim da vida, com a presença de familiares e amigos próximos, sem o ambiente institucionalizado dos hospitais;
- **Melhor uso da tecnologia: telemedicina e monitorização remota** – A expansão dos cuidados domiciliários é, frequentemente, acompanhada por inovações tecnológicas que fornecem informações sobre o estado de saúde em tempo real. Isto resulta em respostas mais rápidas às necessidades de saúde e melhora a capacidade de gerir condições crónicas;

Os resultados iniciais em Harlem eram impressionantes: antes da intervenção, só 6% das doentes com cancro da mama tratadas no Harlem Hospital Center tinham doença em estádio 1 e a taxa de sobrevivência aos cinco anos era de apenas 39% (Freeman & Rodriguez, 2011). Após a introdução da navegação de doentes e a oferta de exames gratuitos ou de baixo custo, a situação melhorou significativamente (Freeman & Rodriguez, 2011). Das 325 doentes com cancro da mama abordadas segundo o modelo de navegação de doentes, 41% foram diagnosticadas com cancro em fase inicial e a taxa de sobrevivência a cinco anos subiu para 70% (Freeman & Rodriguez, 2011). Esta melhoria notável foi atribuída ao diagnóstico atempado, facilitado pela navegação de doentes e pela eliminação das barreiras financeiras no acesso aos cuidados (Freeman & Rodriguez, 2011).

Princípios da navegação de doentes

A partir da experiência prévia, anteriormente documentada, o modelo de navegação de doentes foi aprimorado e expandido, resultando no estabelecimento de princípios que devem orientar a sua aplicação:

- **Modelo centrado no doente** – A navegação de doentes foi criada para facilitar o fluxo contínuo dos indivíduos ao longo do processo de cuidados de saúde, desde a deteção até ao diagnóstico, ao tratamento e à sobrevivência;
- **Eliminação de barreiras** – O objetivo principal da navegação de doentes consiste em remover os obstáculos aos cuidados em tempo útil. Isto é, geralmente, alcançado por meio de uma relação personalizada entre o doente e o navegador, assegurando que os doentes recebam o atendimento necessário em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição;
- **Âmbito de prática definido** – A navegação de doentes deve ter um escopo de atuação claramente definido, diferenciando o papel do navegador dos demais profissionais de saúde. Os navegadores de cuidados devem ser integrados na equipa de cuidados para maximizar a sua eficácia e a equipa deve conhecer o seu conteúdo funcional;
- **Custo-benefício** – Os serviços de navegação de cuidados devem ser avaliados no sentido de se justificarem os custos comparados com os ganhos em eficiência, a qualidade e a satisfação do doente e a redução de custos a longo prazo para o sistema de saúde;
- **Alocação adequada de recursos** – A escolha de quem deve guiar o doente através do sistema de saúde deve basear-se nas habilidades necessárias. Este espectro de serviços de navegação varia desde navegadores leigos até profissionais, como enfermeiros e assistentes sociais;
- **Pontos de início e de término definidos** – O processo de navegação deve ter marcos de início e de conclusão bem estabelecidos, garantindo que os doentes sejam apoiados ao longo da sua jornada até à resolução do problema de saúde;

Suporte à tomada de decisão baseada em evidências

Segundo Saraiva (2021), os SIS são a base de uma política de saúde baseada em evidências, fornecendo informações que orientam a criação de políticas públicas mais ajustadas às necessidades reais da população. A implementação dos SIS tem sido central nas reformas dos sistemas de saúde, permitindo uma alocação mais eficiente dos recursos e monitorizando as desigualdades regionais no acesso aos cuidados, o que promove políticas de saúde mais equitativas e inclusivas.

A qualidade e a fidedignidade da informação recolhida através dos SIS são fundamentais para a tomada de decisões informadas. A gestão dos serviços de saúde exige dados atualizados sobre incidência de doenças, fatores de risco, mortalidade e outros indicadores de saúde pública. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2022), a tomada de decisão baseada em evidências é fundamental para garantir políticas de saúde eficazes e responsivas aos desafios locais e globais.

Por exemplo, a DGS utiliza os SIS para monitorizar surtos epidemiológicos e implementar estratégias de contenção e vacinação. Durante a pandemia provocada pela COVID-19, os sistemas de informação foram essenciais para monitorizar a disseminação do vírus, prever necessidades hospitalares, distribuir vacinas e formular medidas de restrição e proteção da população. Esta capacidade de resposta rápida e baseada em dados concretos salvou vidas e otimizou recursos.

Além disso, o uso de *big data* e análise preditiva começou a ganhar destaque no planeamento dos cuidados de saúde e na resposta a crises de saúde pública. Segundo a DGS (2022), a análise de dados de saúde em grande escala permitiu ao governo ajustar políticas de saúde pública durante a pandemia causada pela COVID-19 e otimizar a alocação de recursos hospitalares, como ventiladores e camas de Cuidados Intensivos.

Definição e monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de saúde

Os SIS são basilares para monitorizar e avaliar a *performance* das unidades de saúde e dos profissionais, sendo fundamentais na produção de indicadores de produtividade, qualidade e eficácia, permitindo uma monitorização precisa e contínua do desempenho dos serviços de saúde. Permitem a recolha e a análise sistemática de dados, com a construção de indicadores sensíveis aos cuidados de saúde, permitindo avaliar a eficiência dos processos, a qualidade dos cuidados prestados e a eficácia dos resultados (Pereira, 2009). A seleção e o refinamento de indicadores de produtividade, qualidade e eficácia permitiram uma abordagem mais informativa na definição de políticas de saúde.



Figura 4.3.1 – A governação em saúde, ao nível clínico e organizacional. Fonte: Output request from ChatGPT (OpenAI), <https://chatgpt.com/g/g-kr4mnJ5kT-gpt-chat-portugues/c/67128db4-197c-8003-a0ff-fe1714c70996, 7/10/2024>.

Assim, deve-se refletir sobre como articular uma abordagem centrada na **governação clínica** para a **governação organizacional**, em que importa olhar o modo como as instituições de saúde são geridas, ampliando o foco da qualidade dos cuidados clínicos para a gestão global das organizações. Assim, foram procuradas referências que fornecessem uma visão abrangente sobre a governação clínica e organizacional, tratando diferentes aspectos da qualidade de cuidados e da gestão em instituições de saúde, pois alguns autores focam-se na relação entre governação clínica e a participação dos doentes, analisando como a organização hospitalar pode afetar a qualidade clínica. Assim, em termos preliminares, importa sintetizar cada conceito e ver como os mesmos se interligam, o que passamos a fazer nas próximas secções.

Governação clínica

A governação clínica foca-se na qualidade e na segurança dos cuidados de saúde prestados aos utentes e centra-se em:

- **Práticas clínicas seguras** – Garantia de que os profissionais de saúde sigam protocolos e diretrizes baseadas em evidência;
- **Qualidade dos serviços** – Monitorização contínua da efetividade e da eficiência dos cuidados, das terapêuticas e dos tratamentos;
- **Transparéncia e responsabilização** – Relatórios de erros clínicos, análise de incidentes e melhoria contínua com base em registos;

Tabela 4.4.1 – Aspectos verbais e não verbais do modelo de comunicação ACP

Competências individuais, cognitivas, sociais e emocionais	Os comportamentos que o profissional deve ter em cada competência	
	Verbais	Não verbais
Assertividade (respeito mútuo que conduz a maior equilíbrio)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falar educadamente ■ Verbalizar o que tem a dizer ■ Fazer perguntas abertas e fechadas ■ Tentar compreender crenças, preocupações e expectativas ■ Acompanhar o tempo da interação ■ Avaliar materiais ■ Aplicar os conhecimentos da educação em saúde para aumentar respeitosamente o conhecimento do paciente e da família ■ Ter em conta as limitações e a incapacidade do paciente ■ Falar pausadamente, sobretudo com pessoas com défice auditivo e pessoas mais velhas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sentar-se na vertical, mas não “rígido” ■ Olhar nos olhos ■ Ter firmeza nas posições, sem ser agressivo ou subserviente ■ Fazer pausas na voz (silêncios) ■ Acompanhar o ritmo da conversa, mover a cabeça em sinal de afirmação ■ Ouvir e respeitar o espaço do outro ■ Ter capacidade de comunicação escrita ■ Elaborar materiais de fácil compreensão para o paciente ■ Escrever anotações durante os intervalos da conversa para o registo e o suporte do paciente
Clareza (linguagem simples e acessível que traduz o jargão técnico)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicar em linguagem simples, acessível, mas não infantilizada ■ Criar desenhos e gráficos e usar cores, se necessário ■ Resumir as instruções (<i>chunk and check</i>) ■ Escolher com cuidado as palavras ■ Fazer perguntas abertas para permitir a conversa/diálogo ■ Avaliar a compreensão do paciente sobre o problema e o seu desejo de obter mais informações ■ Usar palavras fáceis, do dia a dia do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falar com clareza ■ Fazer pausas ■ Deixar o outro falar ■ Desenhar gráficos e imagens que melhoram a compreensão ■ Fazer contacto visual ■ Sentar-se perto do paciente ■ Ter expressões com emoção, com reforço da conversa ■ Confirmar as escolhas que o paciente prefere na comunicação que faz

(continua)

(continuação)

Competências individuais, cognitivas, sociais e emocionais	Os comportamentos que o profissional deve ter em cada competência	
	Verbais	Não verbais
Positividade (comportamento positivo que a pessoa deve ter para cuidar da sua saúde, prevenir a doença e promover a saúde)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fazer uma saudação verbal ■ Repetir as perguntas quando o paciente não entende ■ Descrever o comportamento que a pessoa deve ter para a cura, para prevenir a doença e para promover a saúde e o bem-estar ■ Negociar o cronograma, o tratamento e o plano ■ Demonstrar em palavras uma escuta ativa e eficaz: "Estou aqui"; "Diga o que o preocupa" ■ Comunicar de forma que o paciente se sinta ouvido e compreendido ■ Expressar uma linguagem positiva que leva a um bem-estar positivo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cumprimentar com um sorriso ■ Demonstrar toque afetivo ■ Continuar a conversa acenando afirmativamente (confirma o outro) ■ Aproximar-se do paciente ■ Estar presente para aquela pessoa ■ Olhar atentamente para o paciente e expressar com o corpo que tem carinho pelo paciente ■ Usar pistas não verbais, como acenar com a cabeça, pausar, manter contacto visual

Adaptado de Silverman et al. (2013).

Mauksch e colaboradores (2008) ressaltam a importância do uso da assertividade na prática para organizar a agenda de saúde, que deve ser centrada no paciente, incluindo: (i) respeitar o próximo; (ii) respeitar; (iii) saber ouvir; (iv) saber incentivar a participação; (v) detetar as “pistas não verbais” dadas pelo paciente; e (vi) monitorizar a interface. Neste processo, o profissional deve distanciar-se do tema, como se fosse um sujeito que “vê o problema de fora” (Mauksch et al., 2008, p. 1390).

Clareza

A linguagem clara é parte da solução para os principais problemas de saúde (Stableford & Mettger, 2007, p. 76), e não se trata de transmitir técnicas ou com jargão técnico, ou num tom condescendente ou negligenciando a necessidade de precisão (Stableford & Mettger, 2007): (i) deve-se comunicar de forma transparente e significativa (p. 79); (ii) a linguagem clara deve ser criativa, vibrante e emocionalmente ressonante (p. 80); e (iii) o processo de *design* de conteúdo requer conhecimentos e habilidades, uma compreensão correta do público-alvo e o uso de uma abordagem baseada em factos (p. 81).

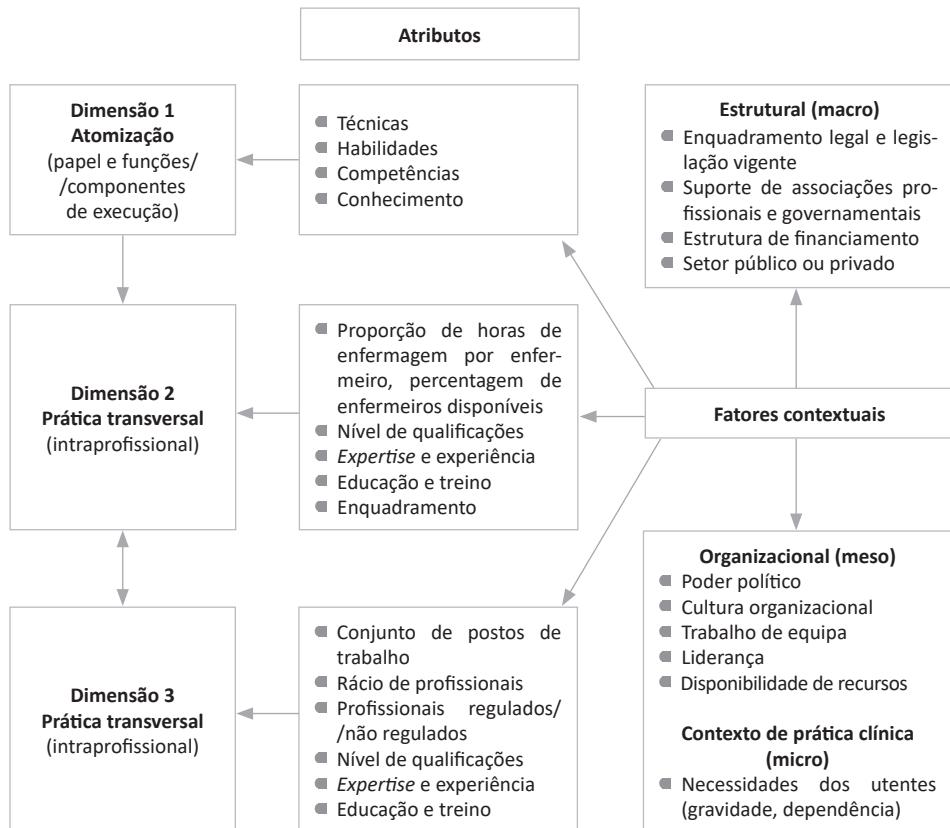


Figura 4.5.1 – Modelo conceptual das dimensões do *skill mix*. Adaptado de Cunningham et al. (2019).

Na parte direita deste modelo, é feito o paralelismo com as dimensões da gestão. Na dimensão macro, são abordadas as questões estruturais de maior amplitude nas quais impactam os fatores relacionados com a legislação de suporte (por exemplo, as dotações seguras ou as definições de rácios para tipologias de cuidados), a forma de funcionamento e a tipologia de organização no que concerne ao facto de ser do domínio público ou privado (aqui pode-se também acrescentar o domínio social, que, hoje, assume cada vez maior relevância enquanto *stakeholders* na prestação de cuidados de saúde em Portugal).

A seguir, na perspetiva meso, enquadra-se a gestão da organização, internamente, que envolve as questões de liderança, a disponibilidade dos recursos (independente de serem humanos, materiais ou de infraestrutura), a cultura organizacional e de que forma as equipas são geridas.

novembro, que definem a composição mínima de cada equipa, mas não têm em conta a verdadeira complexidade dos cuidados, o que se reflete na enorme discrepância quando se aplicam os cálculos para as dotações seguras, nos mesmos contextos.

O *skill mix* em enfermagem deve ser considerado como um investimento estratégico em segurança e qualidade, e não como uma simples ferramenta para redução de custos. Ao estabelecer dotações seguras e ajustadas às necessidades dos utentes, mas sempre dentro de um padrão elevado de prestação de cuidados, as instituições de saúde podem alcançar um equilíbrio entre eficiência económica e excelência no atendimento.

A prática de “niveler por baixo” os recursos humanos em enfermagem pode oferecer economia imediata, mas é uma visão de curto prazo que compromete os resultados e aumenta os riscos, enquanto um investimento inteligente num *skill mix* qualificado promove sustentabilidade e segurança a longo prazo, contribuindo para uma melhoria da aplicação das políticas de saúde.

IMPACTO DO SKILL MIX NA PRÁTICA CLÍNICA

Qualidade do cuidado e segurança do utente

Um *skill mix* equilibrado é essencial para garantir que todos os aspetos do cuidado sejam atendidos com o nível adequado de competência. Vários estudos demonstram que uma maior proporção de enfermeiros qualificados na equipa está associada a melhores resultados de saúde e a uma menor incidência de erros, ou seja, o número adequado não só de enfermeiros, mas também de outros profissionais, permite mitigar mortes que seriam evitáveis, garantindo que não existe uma erosão da qualidade e da segurança do utente e, acima de tudo, contribuindo para aquilo que é a redução de problemas relacionados com os recursos humanos nos contextos hospitalares por via da redução do *turnover* (Aiken et al., 2017; Kraft et al., 2019).

Satisfação dos pacientes e dos profissionais

Os utentes relatam maior satisfação quando são atendidos por equipas com um *skill mix* apropriado, que responde melhor às suas necessidades. Além disto, equipas com um *skill mix* adequado tendem a apresentar menor taxa de *burnout* e maior satisfação no trabalho. Esta satisfação prende-se pelo facto de os profissionais sentirem que estão a exercer as suas funções de forma holística e que dispõem de tempo para colocar as suas competências ao serviço do utente.

Políticas de Saúde e Enfermagem



Políticas de Saúde e Enfermagem é uma obra que alia rigor académico a uma visão transformadora sobre o papel da enfermagem nos sistemas de saúde contemporâneos.

Além da reflexão teórica, esta obra inspira a ação, destacando a importância da formação contínua, da investigação e da participação ativa dos enfermeiros na construção de políticas mais eficazes, humanas e sustentáveis.

Destinado a profissionais de saúde, estudantes e todos os interessados na área, este livro oferece uma análise crítica sobre como a enfermagem pode e deve influenciar as políticas de saúde, a qualidade dos cuidados e o acesso equitativo aos serviços.

Políticas de Saúde e Enfermagem é um livro essencial para quem acredita que a prática do cuidar também é um ato de transformação social.

Germano Couto

Professor coordenador da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa; Doutor e mestre em Ciências de Enfermagem; Bastonário da Ordem dos Enfermeiros entre 2012 e 2016.

Gisela Almeida

Enfermeira do Instituto Nacional de Emergência Médica, Delegação Regional do Centro; Assistente convidada da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Especialista e mestre em Enfermagem de Reabilitação; Pós-graduada em Gestão de Unidades de Saúde e em Direitos Humanos.



ISBN 978-989-752-978-8

9 789897 529788

www.lidel.pt