



**Ordem dos
Economistas**

DELEGAÇÃO REGIONAL DO CENTRO E ALENTEJO



Orçamento em Debate

2º Painel - *Saúde, Demografia e Segurança Social*

Paulo Correia

pnc747@gmail.com

Membro da Direção da Delegação Regional do Centro e Alentejo da Ordem dos Economistas

Presidente da Associação de Administradores e Gestores de Instituições de Saúde

Câmara Municipal de Cascais – Sala do Futuro

6 de Dezembro 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE BIOÉTICA

PORTO



O Serviço Nacional de Saúde foi o "melhor poema" de António Arnaut

O homem que vai ficar para a história como o 'pai' do Serviço Nacional de Saúde, o militante número quatro do PS, António Arnaut, morreu esta segunda-feira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, aos 82 anos. O Presidente da República decreta

[Ler o artigo no Público.pt >](#)



**Não sou aquele que sabe, mas aquele que busca".
Hermann Hesse**

ÍNDICE

- **Declaração de Interesses.**
- **Introdução**
- Portugal – Evolução Política e Saúde
- **O SNS –** Indicadores, Despesa, Financiamento, Recursos Humano e Produtividade
- **ASIS TOBE**
 - Bioética VS Saúde
 - Desafios e Oportunidades
 - Referência Bibliográficas
 - Parar para pensar...



Declaração de Interesses

- 1. Especialista em Gestão e Administração de Unidades de Saúde pela Universidade Católica.
- 2. Presidente do Campus da Saúde do Conhecimento e do Medicamento da UCAN - Angola.
- 3. Defensor do **SNS Universal, Geral e Previdente** onde o **direito à saúde** continue a ser um bem imaterial e não tratado como uma mera **mercadoria transacionável**.
- 4. Defensor da **discriminação positiva** dos profissionais.
- 5. Defensor de um Sistema Organizado em **Rede**.
- 6. Defensor de Centros de Responsabilidades Integrados (**CRI**)



INTRODUÇÃO

- Apresentarei de seguida alguns **números** que nos permitem enquadrar a **Dimensão e Complexidade** do SNS.
- Entender a evolução do SNS em termos da Prestação de **Cuidados Realizados**, do seu **Financiamento** e do número de **Recursos Humanos** que tem à sua disposição.
- Face à complexidade do SNS este obriga a que existam mecanismos apropriados de **Controlo, Avaliação e Fiscalização**.

Portugal Política e Saúde

- Início dos anos 70

No início dos anos 70 Portugal apresentava indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental de então:

- Taxa de mortalidade infantil: de 58.6%;
- Aproximadamente 8.000 médicos para uma população com apenas um pequeno incremento populacional ao longo destes 30 anos;
- 63% de Partos domiciliários;
- A capacidade de financiar os serviços públicos da saúde era muito limitada;
- a despesa com a saúde em 1970, era de apenas 2,6% do PIB;

Portugal

– *Evolução Política e Saúde*

1974 - Implantação do Regime Democrático

- **1976 - Constituição da República**

- **1979 - Criação do SNS (modelo)**



- **1982 - Especialidade e Carreira de CG / MGF**

- ... Aprendizagem (Universidades)



- **1998 - 2005 - Início da Reforma da CSP (USF).**

- (...)



- **2011 - Crise económica – Intervenção *troika* (BE, CE, FMI)**

- **2012 - ...**

- 2011 - Crise económica – Intervenção *troika* (BE, CE, FMI)
- 2012 - ...



- 2015 (Novembro) – Relançamento da Reforma 2015 / 2016



- 2018 (Outubro) – Compromisso para a Humanização Hospitalar 2018 / 2019



Constituição da República - 1976

ARTIGO 64.º (Saúde)

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um Serviço Nacional de saúde universal, geral e gratuito,

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o País;

Revisão Constitucional de 2005

Artigo 64.º

Saúde (...)

2. O direito à protecção da saúde é realizado:

- a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

O SNS – Indicadores, Despesa, Financiamento, Recursos Humano e Produtividade

O SNS é financiado através do OE segundo os princípios dum seguro público de saúde para todos:

1. SOLIDARIEDADE (redistribuição)

Pagar de acordo com o rendimento
Receber de acordo com a necessidade



2. PREVIDÊNCIA (pré pagamento)

Pagar quando jovem, robusto e são
Receber quando idoso, frágil e doente



3. UNIVERSALISMO (Inclusão)

É para todos – Ninguém é excluído

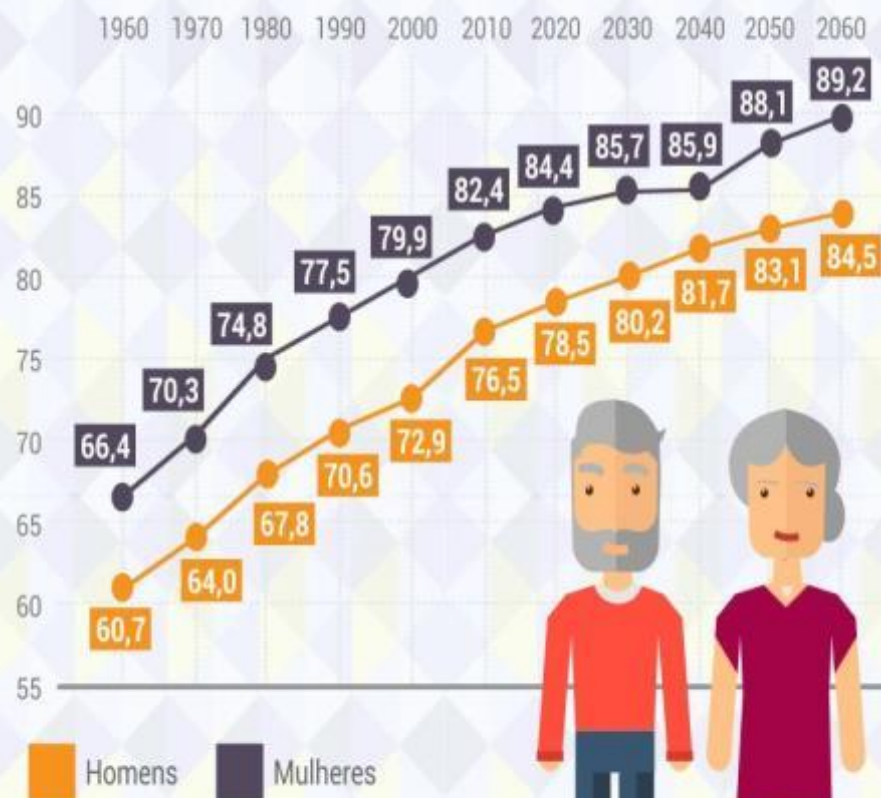


A Melhoria dos Indicadores de Saúde em Portugal (30 anos)

- Redução de 71% na Mortalidade Perinatal
- Redução de 86% na Mortalidade Infantil
- Redução de 89% na Mortalidade das Crianças 1 – 4 anos
- Redução de 96% na Mortalidade Materna

Portugueses vão viver mais anos

Evolução e projeção da esperança média de vida

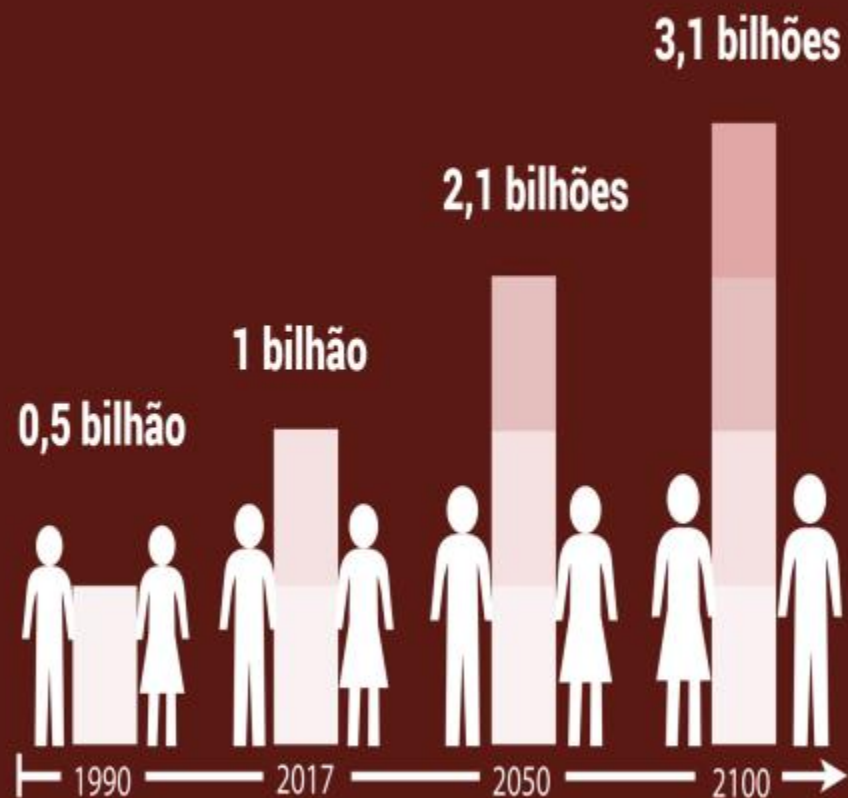


Fonte: Instituto Nacional de Estatística e Comissão Europeia



Envelhecimento da população

Projeção da população global com 60 anos ou mais



Fonte: Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2017 (ONU, 2017)

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

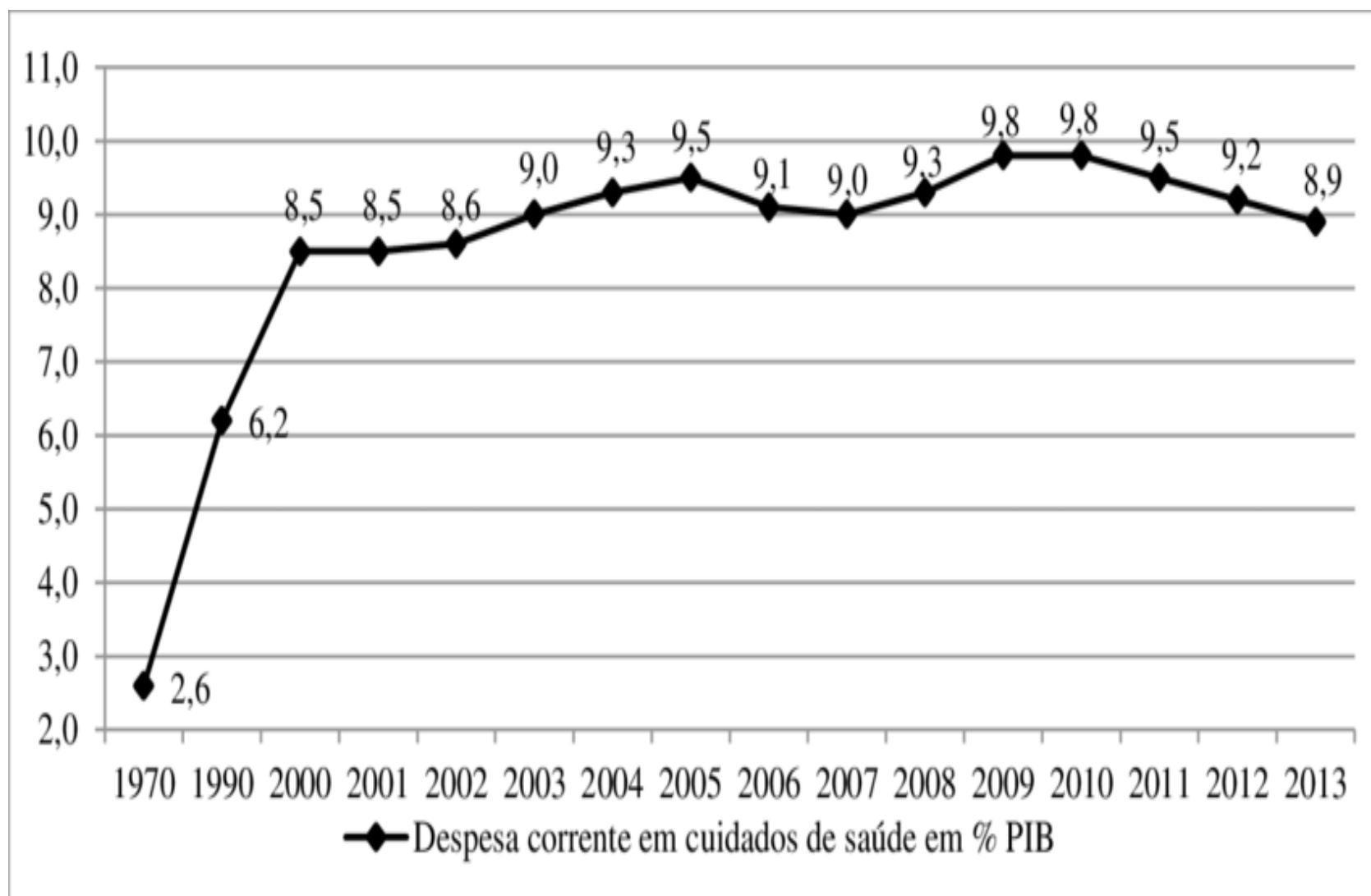


CATOLICA
INSTITUTO DE BIOÉTICA

PORTO

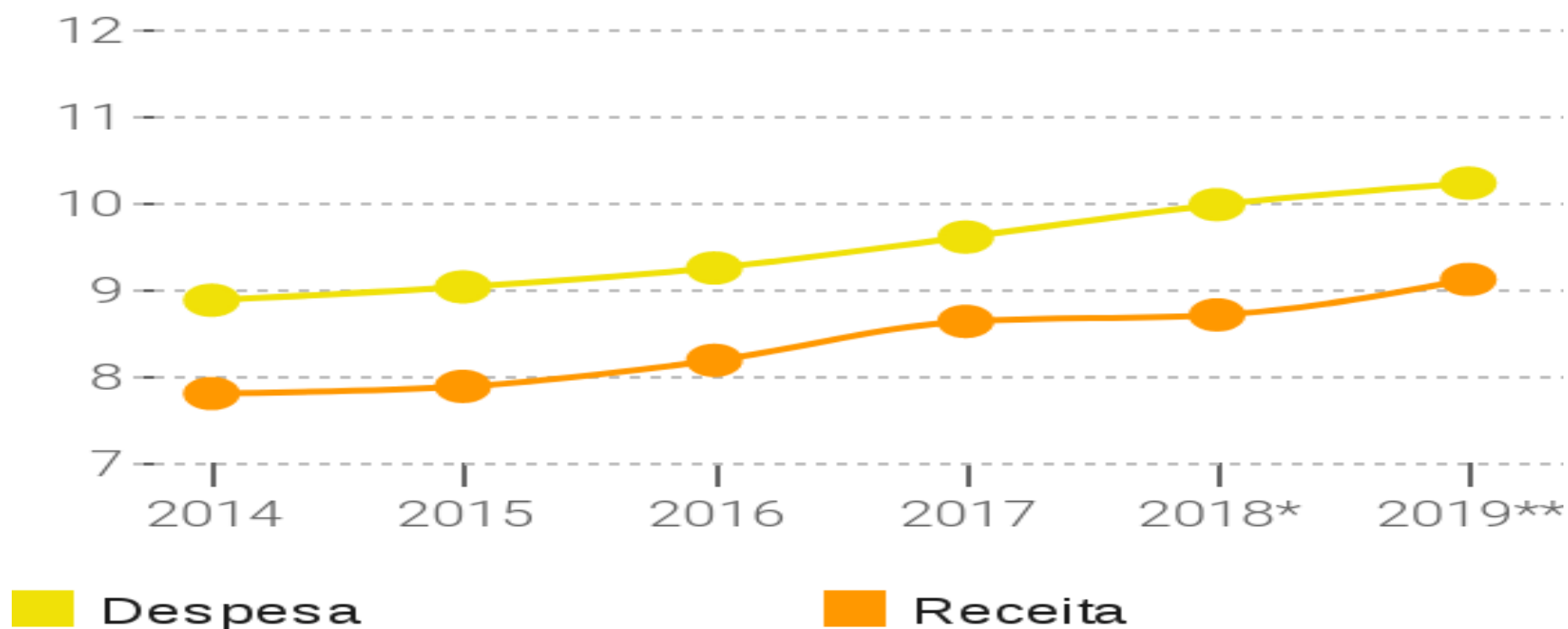
18/12/2019

13



Serviço Nacional de Saúde

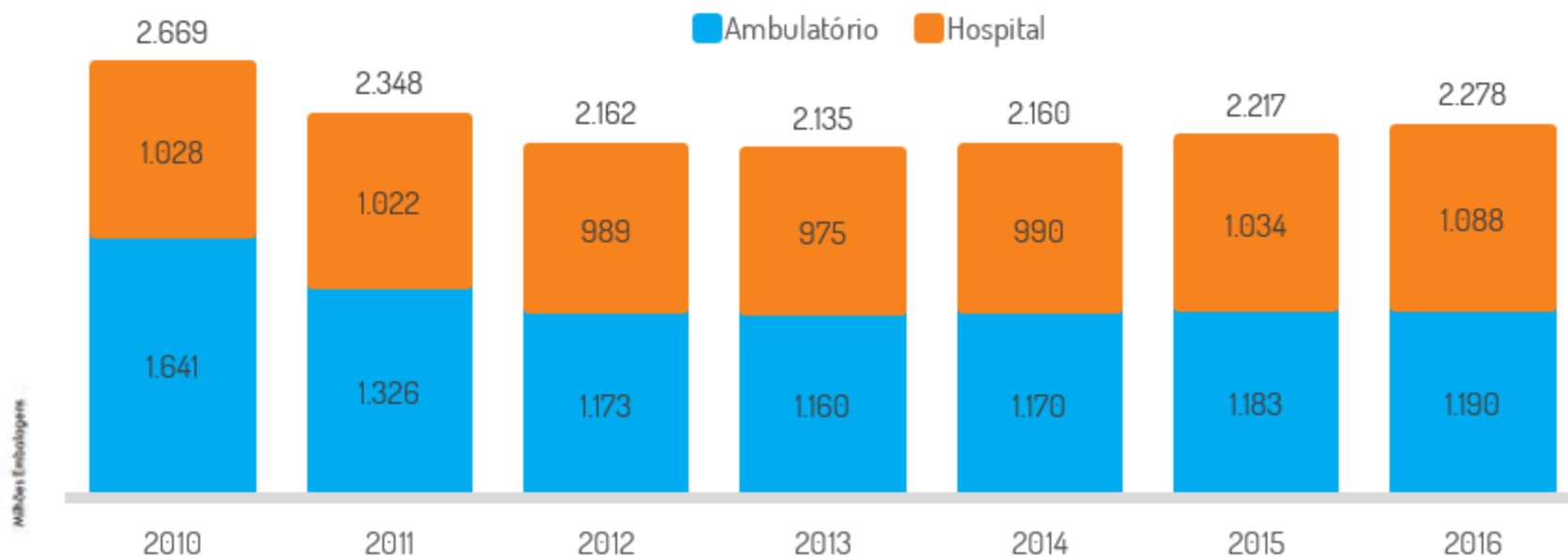
Evolução das despesas e do financiamento do SNS, em mil milhões de euros



Fonte: Ministério da Saúde a 05/11/2019 [Notas](#) [Sugestões?](#)

Encargos totais do SNS com Medicamentos

Milhões de euros



Fonte: Infarmed e ACSS. * Os encargos não consideram as contribuições no âmbito dos Acordos Governo-APIFARMA

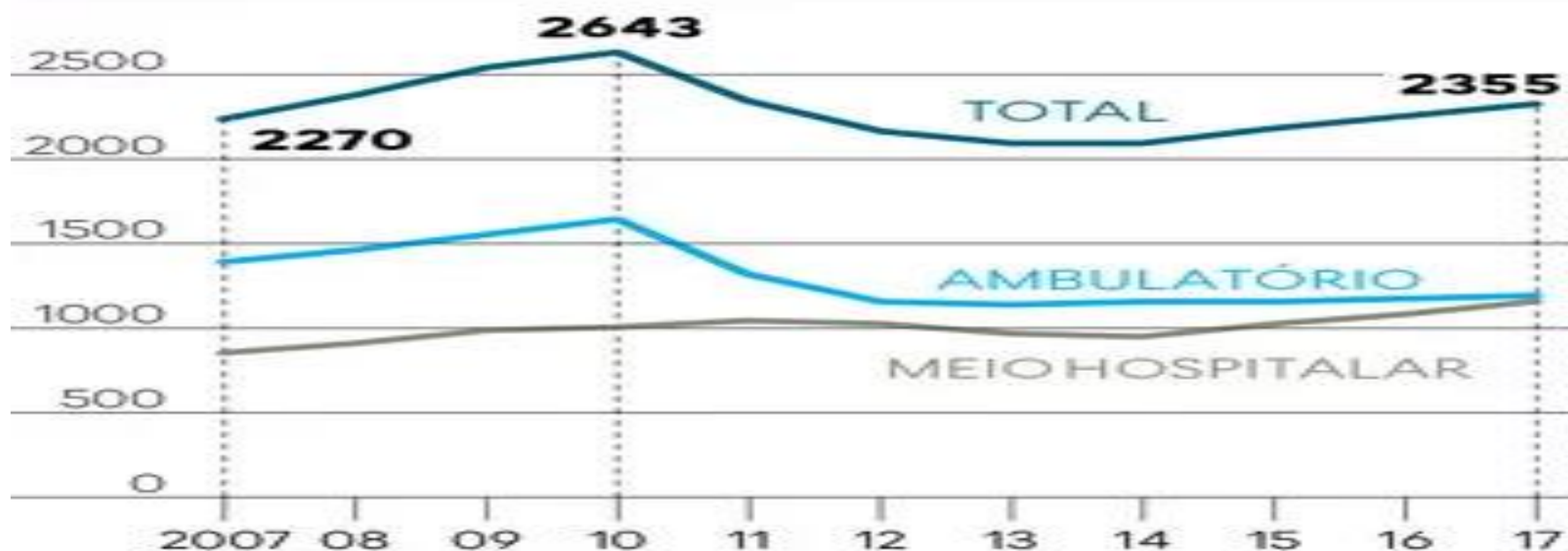
DESPESA COM MEDICAMENTOS NO SNS

Em milhões de euros

TOTAL EM 2017

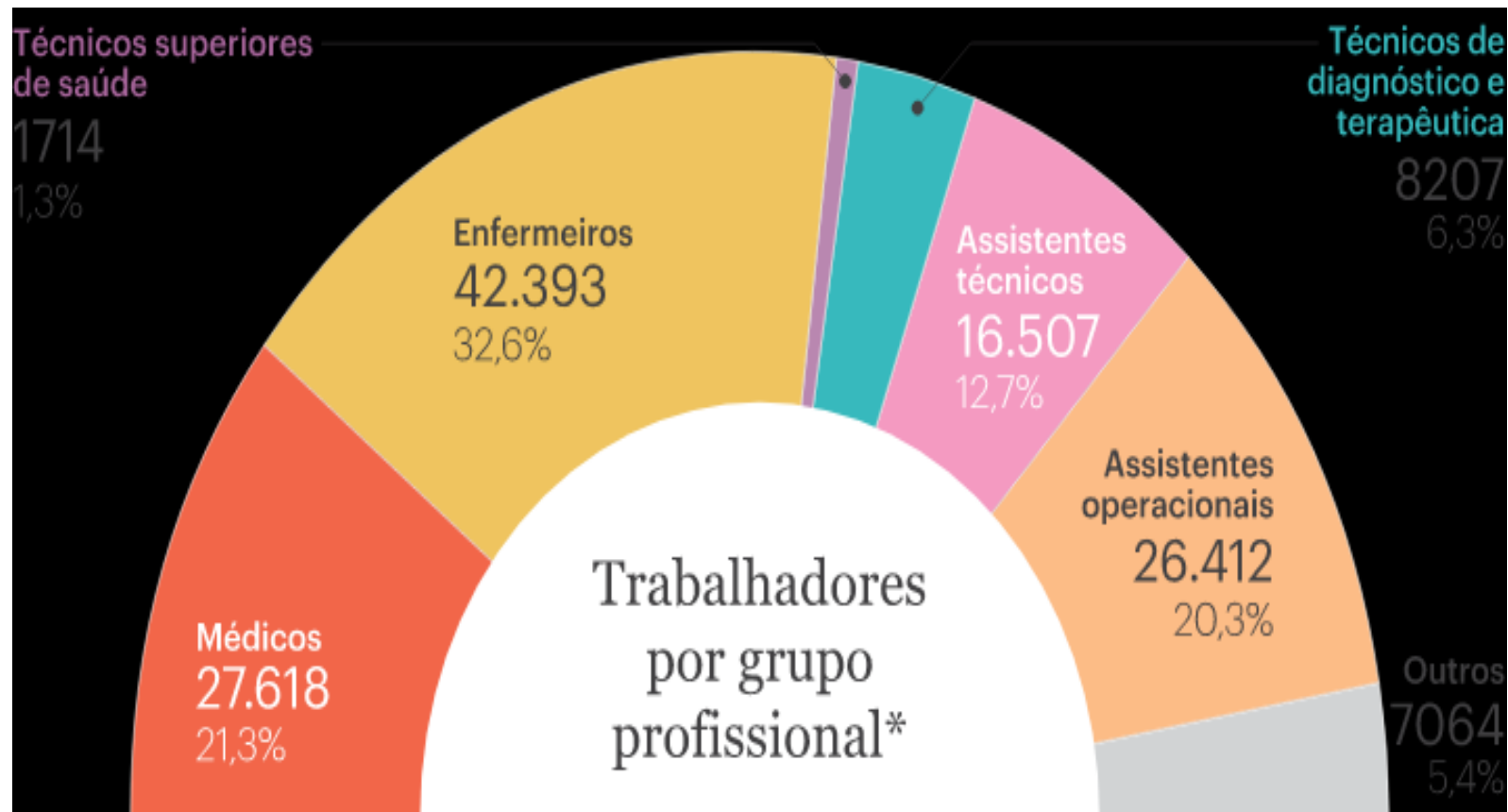
2,4

MIL MILHÕES DE EUROS



FONTE: INFARMED





* trabalhadores do sector público administrativo, das entidades públicas empresariais e das PPP

Fonte: SNS - Serviço Nacional de Saúde

PÚBLICO

Resposta nos cuidados hospitalares ...

Evolução do movimento assistencial nos hospitais do SNS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 2017/2016	
Total de Consultas Médicas	10.936.620	11.209.881	11.271.127	11.694.040	11.883.898	12.089.277	12.139.842	12.175.324	0,3%	
Primeiras consultas	3.108.628	3.201.743	3.261.262	3.368.735	3.398.464	3.476.173	3.509.147	3.507.596	0,0%	
Consultas Subsequentes	7.827.992	8.008.138	8.009.865	8.325.305	8.485.434	8.613.104	8.630.695	8.667.728	0,4%	
Urgência (Atendimentos)	6.410.852	6.416.281	5.939.867	6.107.929	6.168.324	6.118.365	6.405.707	6.318.221	-1,4%	
Internamentos (Doentes Saídos)	861.715	844.280	841.380	841.251	824.849	819.483	819.476	802.194	-2,1%	
Total de Intervenções Cirúrgicas	664.592	625.531	644.027	656.257	658.049	665.519	677.399	685.411	1,2%	
Programadas	555.560	518.783	537.514	551.936	557.309	563.947	577.191	587.283	1,7%	
Urgentes	109.032	106.748	106.513	104.321	100.740	101.572	100.208	98.128	-2,1%	
% Cirurgias em Ambulatório	49,4%	51,4%	53,8%	55,8%	57,4%	58,7%	60,7%	63,2%	4,1%	

Estudos

Avaliação do impacto da reforma dos cuidados de saúde primários no seio da administração pública.

Padronização das listas de utentes por carga de trabalho induzida de acordo com as suas características e contexto;

Acesso ao SU Hospitalar – *Porque veio cá ?*





Instrumento de **gestão por objectivos**

- **FINALIDADE:** obtenção de **resultados em saúde** num **contexto de boas práticas.**
- Contratar através da **negociação de um plano de acção plurianual (3 anos) com metas anuais.**
- **Processo centrado no doente** (pessoa/cidadão), focado nos **resultados**, orientado pelo **processo de cuidados**
- ***A gestão dos percursos integrados em saúde***



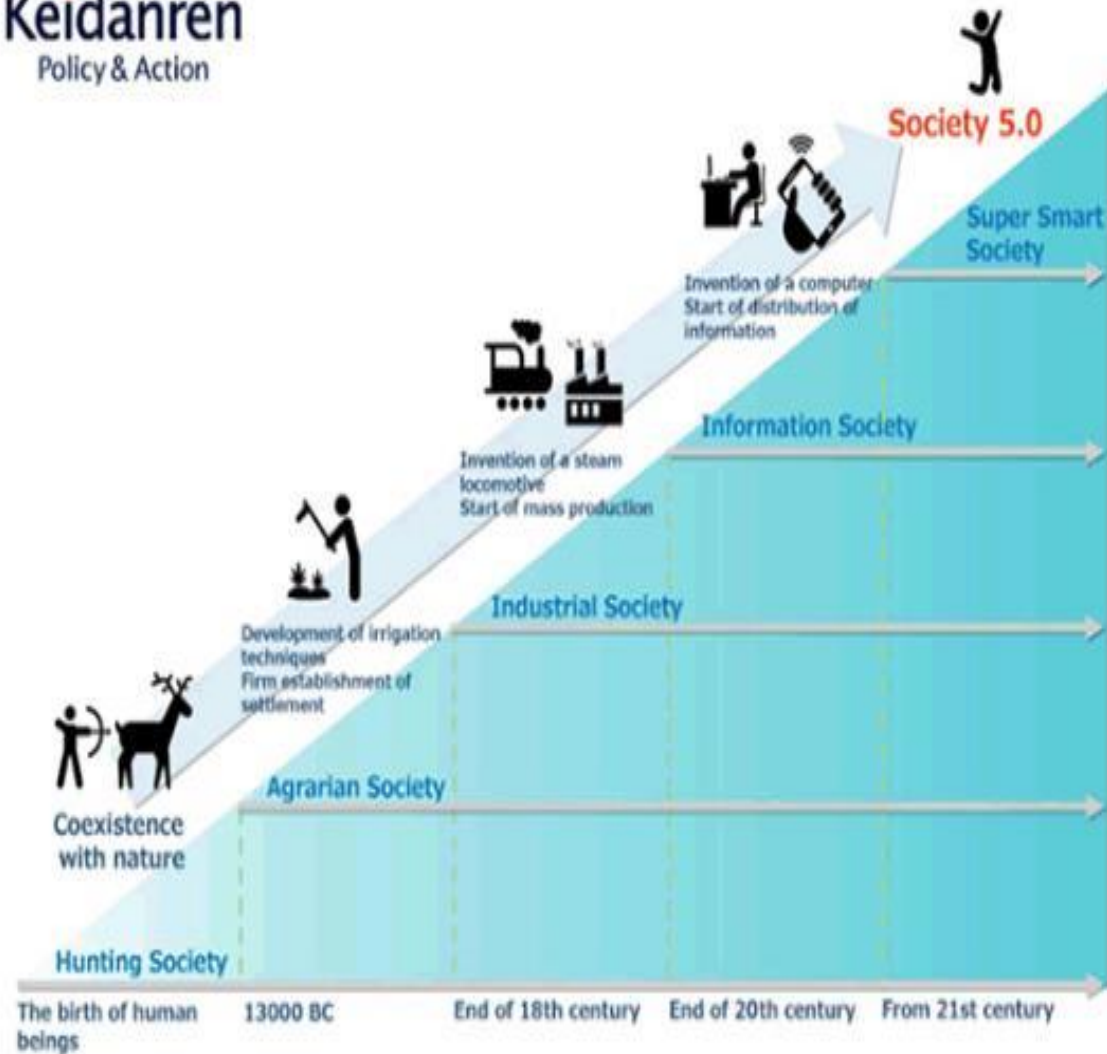
- **Hospital 4.0 Sociedade 5.0 Ética 6.0**
- **SNS diferenciador, inovador**, com características próprias que permite, no futuro, distinguir o que é a assistência médica base e o que é a assistência hospitalar complexa e especializada com grandes componentes de tecnologia de ponta.
- Neste sentido, este **novo** conceito de Hospital permitirá alterar o paradigma **Assistencial e de Governança**.



A sobrevivência futura das organizações hospitalares exige um novo estilo de gestão e construção funcional.

- Um Hospital 4.0, Sociedade 5.0, com Ética 6.0, que trate o que é Urgente e Complexo num Hospital Universitário com Centros de Referência e o que é menos complexo e menos urgente, num **HOSPITAL DE URGÊNCIA, COM Equipas MULTIDISCIPLINARES E MCDT DE 1º LINHA.**





A Quarta Revolução Industrial

Robôs, Inteligência Artificial, Blockchain, Análise de Dados, Apps, Big Data, Advanced Analytics, Cloud Computing, Internet of Things – na quarta revolução industrial, as mudanças são muitas, os conceitos são vastos, **mas há uma certeza...OS HOSPITAIS estão a transformar-se.**

A Indústria HOSPITALAR 4.0 ou a Quarta Revolução Industrial é impulsionada pelas tecnologias inovadoras que causam mudanças disruptivas, quer nos sistemas de produção quer nos modelos de negócio. No final deste processo de transformação, OS HOSPITAIS que consigam implementar com sucesso estas tecnologias tornar-se-ão digitais e interativas, com o seu portefólio melhorado por interfaces digitais e serviços inovadores com base em dados e informação. **Estes HOSPITAIS digitais irão trabalhar mais próximas dos seus UTENTES e fornecedores em verdadeiros ecossistemas industriais digitais.**



NOVO PARADIGMA.

- Uma Nova Cultura Organizacional está a desenvolver-se com a criação **dos Hospitais Públicos e Hospitais Empresariais**, que implica uma Nova Visão de **Prestação de Cuidados de Saúde.**



Nenhuma dificuldade é superior à nossa determinação de a vencer.” — Daniel Serrão



Formulação de Hipóteses A CONSIDERAR.

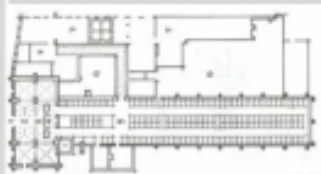
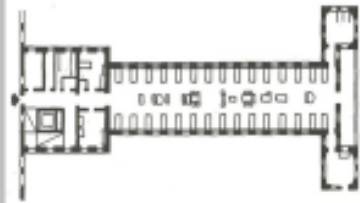
- Os **Recursos Humanos** e a sua **formação** constituem a pedra ângular da competitividade do ambiente hospitalar;
- Os hospitais existentes, são fundamentalmente liderados por **médicos**;
- Ligar os indicadores de performance à **Estratégia**;
- Proporcionar aos **Gestores** uma visão alargada e integrada do desempenho;
- Ligar o **Controlo Operacional** à Visão e à Estratégia;
- Clarificar as relações de **Causa-efeito** em que se acredita;
- Focalizar a atenção dos Gestores no que é mais **Crítico**;

Contextualização

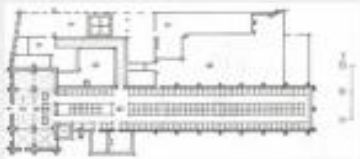
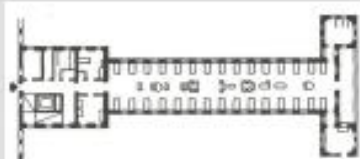
Evolução dos aspectos culturais, ideológicos, tecnológicos e avanços da medicina

	Até sec. XVIII	Sec. XVIII e XIX	Sec. XIX e XX	Sec. XX e XXI
Contexto	Acolhida Isolamento Punição divina Teoria dos miasmas	Progressos científicos Pesquisas de Jacques Tenon Fator patológico Presença do médico Florence Nightingale	Industrialização farmacêutica Descoberta do antibiótico Paradigma exclusivamente curativo Avanços na construção civil	Aumento da expectativa de vida Doenças ligadas à velhice Doenças crônicas Cuidado + cura Humanização Evidence Based Medicine
Modelos	Confinamento	Terapêutico	Tecnológico	Contemporâneo
Reflexos	Enfermarias fechadas Separação por sexo Arquitetura = ornamentação Imagem associada à morte NAVE, BASÍLICA OU CAPELA	Enfermaria Nightingale Limitações de pacientes Organização de fluxos Arquitetura = gesto médico Ventilação cruzada ARQUITETURA PAVILHONAR	Hospital fechado Sistemas artificiais Arquitetura=máquina de curar MONOBLOCO VERTICAL	Planetree Evidence Based Design ?

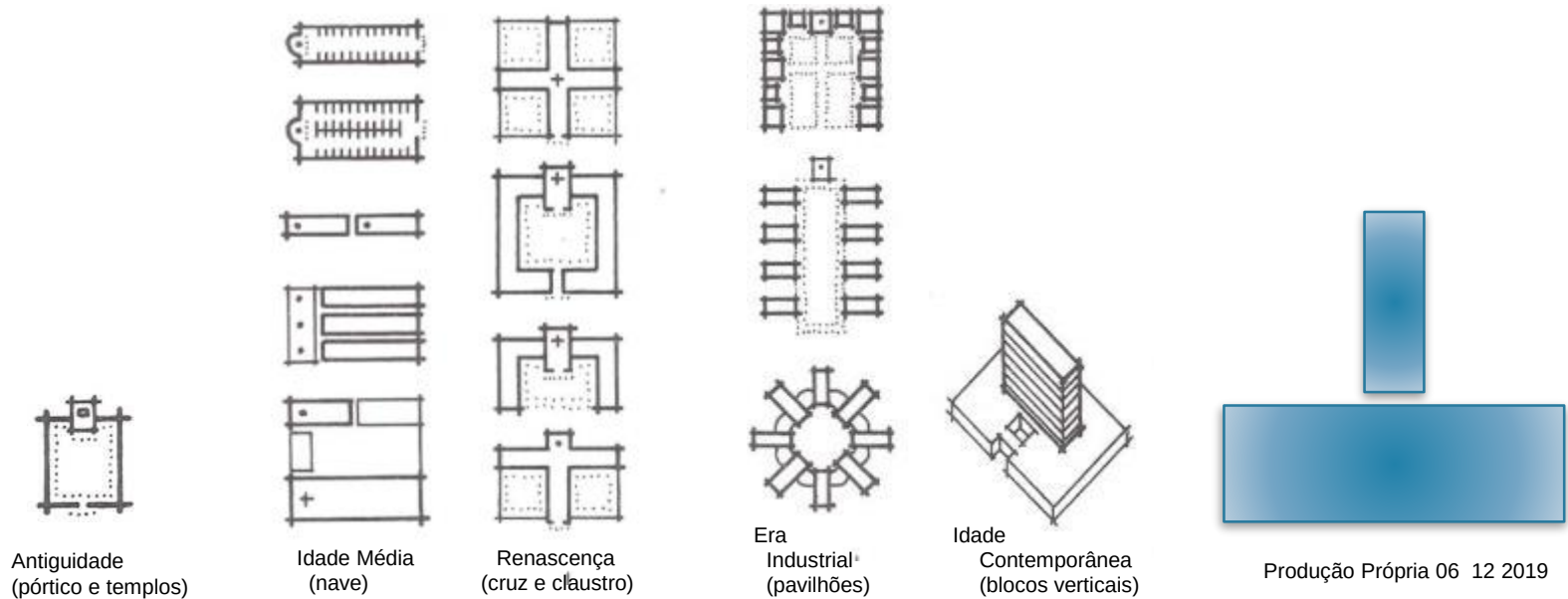
Contextualização

TIPOLOGIA	CRONOLOGIA	VISÃO CULTURAL SOBRE A DOENÇA	PAPEL DA EDIFICAÇÃO SOBRE O PACIENTE	CARACTERÍSTICAS	
Hospitais de confinamento	Baixa idade média até final do séc. XVIII.	Punição divina	Custódia, confinamento e Segregação.	Sem limitação do numero de ocupantes; Paredes largas e pequenas aberturas para ventilação e iluminação.	
Hospitais terapêuticos - modelo pavilhonar	Final do século XVIII até meados do século XIX.	Patologia	Recuperação e cura.	Organização do fluxo de pessoas e materiais; Dimensionamento das enfermarias e limitação do número de camas; Ventilação e exaustão natural dos ambientes; Pavilhões paralelos e regulares; pátios centrais com jardins.	
Hospitais terapêuticos - modelo tecnológico	Meados do século XIX até finais do século XX.	Patologia	Custódia.	Monobloco vertical; Aberturas reduzidas para ventilação, iluminação natural e visão do exterior; Dependência de ventilação e climatização mecânica; Elevado consumo de energia.	
Hospitais terapêuticos - modelo humanizado	Final do século XX até atualidade.	Patologia	Recuperação, cura, cuidado e bem-estar.	Preocupação com o conforto ambiental; Preocupação com a eficiência energética. Aparecimento de solários e áreas de atividades; Integração das áreas de internação com o ambiente natural.	

Contextualização

TIPOLOGIA		PARÂMETROS DE HUMANIZAÇÃO					
		ORNAMENTAÇÃO	JARDINS	VENTILAÇÃO NATURAL	ILUMINAÇÃO NATURAL	INTERAÇÃO COM A NATUREZA	ESPAÇOS DE VIVÊNCIA E ATIVIDADES
hospitais de confinamento		•	○	○	○	○	○
hospitais terapêuticos - modelo pavilhonar		•	•	•	•	○	○
hospitais terapêuticos - modelo tecnológico		○	○	○	○	○	○
hospitais terapêuticos - modelo humanizado		•	•	•	•	•	•

- **Forma das anatomias predominantes em cada período da história do edifício hospitalar**



Fonte: MIQUELIN, 1992.

AS IS

600 CAMAS
HOTELARIA
» 24 HORAS
AUSENCIA DE PROFISSIONAIS
MCDT móveis
Dilatados PRAZOS ENTREGA
MANUTENÇÃO precária

- Urgência Caótica
- Ausência de TIC
- Acesso ao Hospital
Condicionado
 - Fortes
Vulnerabilidades
- Fraca Humanização
- Ausência efectiva de
Comissões





Estacionamento









Solução



Urgência Geral





SALA de Pré Internamento « 24 Horas





VISITAS E ACOMPANHANTES a Doentes









Sala de Espera



Nutrição



S = SABOROSA
S = SEGURA
S = SAUDÁVEL
S = SIMPÁTICA

Os benefícios advindos não podem ser mensurados por unidades monetárias e sim pelas das metas estabelecidas, em termos de terapêutica nutricional e segurança para prevenção de doenças transmitidas por alimentos

Tratamento de Roupas





A COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE COMO BENEFÍCIO PARA O DOENTE E PARA A DECISÃO MÉDICA





CLASSIFICAÇÃO/TRATAMENTO
DOS RESÍDUOS

SACO PRETO 	RESÍDUOS DO Grupo Ia e Ib
SACO BRANCO 	RESÍDUOS DO Grupo II
SACO VERMELHO 	CONTENEDOR DE PERFURANTES 
	RESÍDUOS DO Grupo IV



Tratamento dos Resíduos





AUTOCLAVE





Oxigénio Medicinal



As Is

HOTELARIA
» 24 HORAS
AUSENCIA DE PROFISSIONAIS
MCDT móveis
Dilatados PRAZOS ENTREGA
MANUTENÇÃO precária

- Urgência Caótica
- Ausência de TIC
- Acesso ao Hospital
Condicionado
 - Fortes
Vulnerabilidades
- Fraca Humanização
- Ausência efectiva
Comissão ética



To Be

- HOTELARIA
- « 24 HORAS
- Permanência DE PROFISSIONAIS
- MCDT On Line
- Stoks Permanentes
- MANUTENÇÃO Interna

- Urgência Funcional
- Central de Pilotagem - TIC
- Acesso ao Hospital sem Constrangimentos
 - Menos Vulnerabilidades
 - Mais Humanização
- Comissão multidisciplinar de Ética - Parecer



As Is

600 CAMAS
HOTELARIA
» 24 HORAS
AUSENCIA DE PROFISSIONAIS
MCDT móveis
Dilatados PRAZOS ENTREGA
MANUTENÇÃO precária

- 200 MACAS
- Urgência Caótica
- Ausência de TIC
 - Acesso ao Hospital Condicionado
 - Fortes Vulnerabilidades
 - Fraca Humanização
- Ausência efectiva Comissão ética

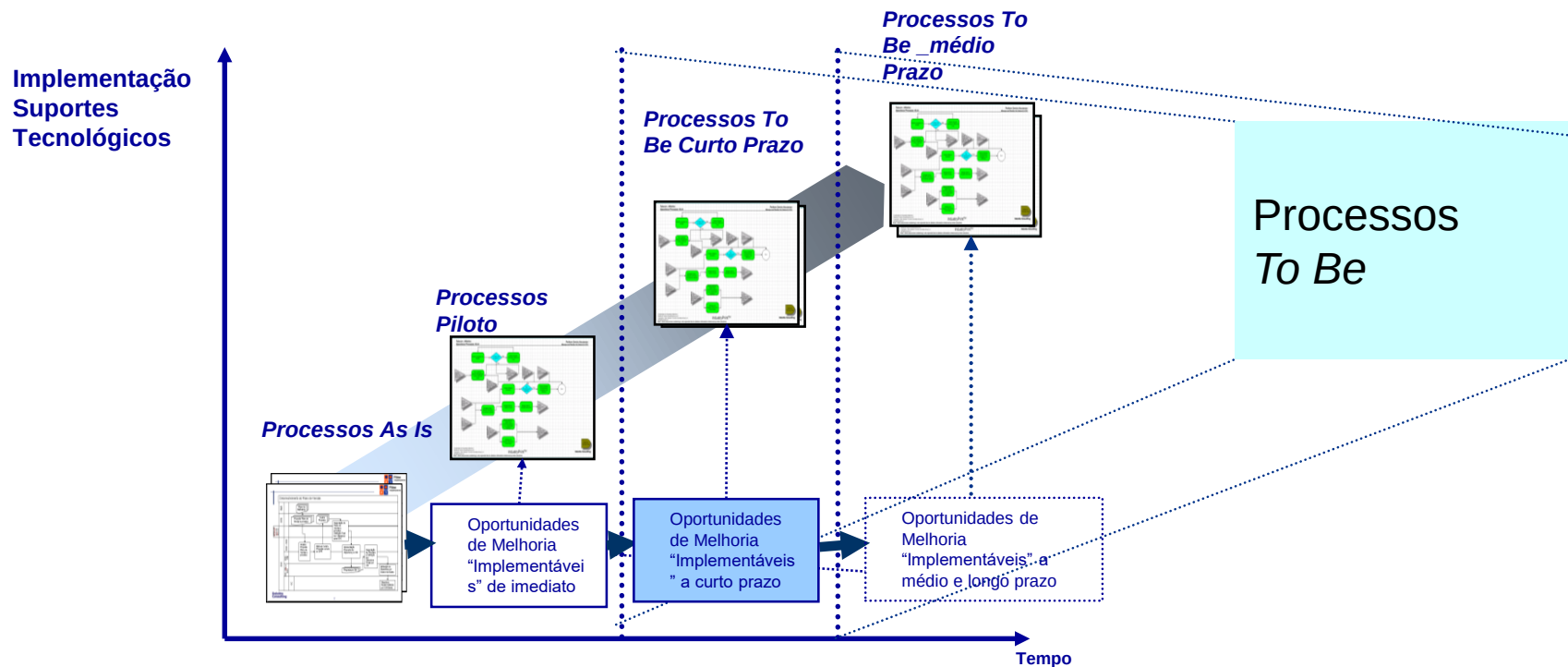
To Be

- 300 CAMAS
- HOTELARIA
 - « 24 HORAS
 - Permanência DE PROFISSIONAIS
 - MCDT On line
 - Stoks Permanentes
 - MANUTENÇÃO Interna
 - Espaços Verdes
 - O hospital não pode fazer mal ao doente
 - Construção promove o bem estar

- 200 MACAS + 300 CAMAS
- Urgência Funcional
 - Central de Pilotagem - TIC
 - Acesso ao Hospital sem Constrangimentos
 - Menos Vulnerabilidades
 - Mais Humanização
 - Comissão multidisciplinar de Ética - Parecer



No desenho dos Processos *To Be* foram consideradas as oportunidades de melhoria implementáveis a curto prazo, identificadas na Etapa do levantamento dos Processos *As Is* e consideradas prioritárias.

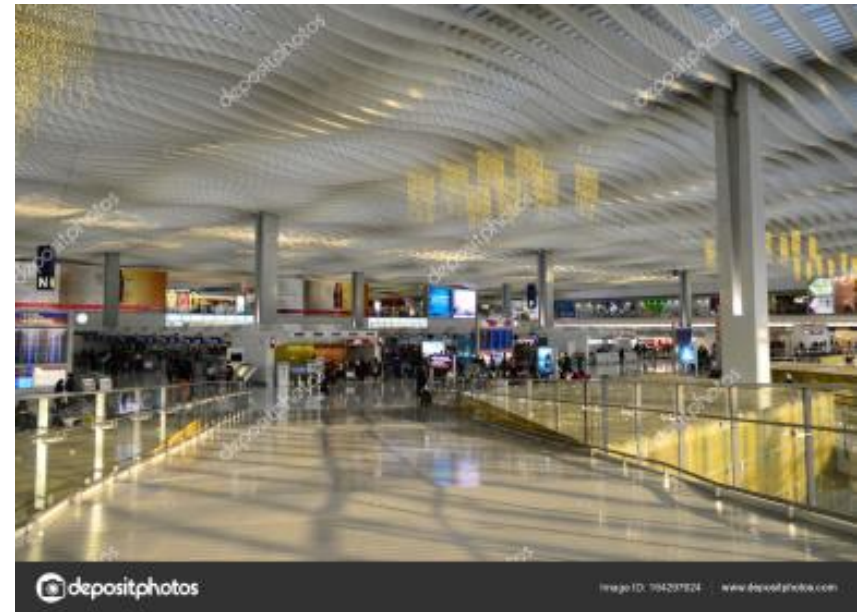


Novo hospital da Madeira



Novo Hospital de Évora









CATOLICA
INSTITUTO DE BIOÉTICA

PORTO

18/12/201
9

62









CHLN - H.S.Maria e H.P.Valente - Relatório e Contas 2017 (pg 78/127) - EDP

10.4 Informação sobre outras transações

Em matéria de transação de bens e serviços, o CHLN adota uma conduta de observação irrepreensível nos princípios da transparência, da igualdade, da concorrência, da imparcialidade, da proporcionalidade e da boa-fé, tendo igualmente em conta o comportamento ético e sentido de parceria dos contratantes ou potenciais contratantes.

Seguidamente, é apresentada a lista dos fornecedores que representam mais de 5% do total dos fornecimentos e serviços externos de valor superior a 1 milhão de euros.

Quadro 2: Lista dos fornecedores

Entidade	Valor
EDP	2.943.810,93





Jardins
Equipamentos

Sanita de Bil Gates





Sinalética





Protocolo de Manchester: Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso



humanização







Download from
Dreamstime.com
The watermark image is for personal use only.

33488408
Munsterer | Dreamstime.com





Farmácia de manipulados





Como uma extensão do conceito original, pode dizer-se que existem **quatro ideias** chave no conceito de Hospital 4.0:

- **Interoperabilidade** – A capacidade dos equipamentos, dispositivos, sensores e pessoas se ligarem e comunicarem entre si através de sensores de dados;
- **Hospital Virtual** – A capacidade dos sistemas de informação para criarem uma imagem virtual de modelos hospitalares reais através de sensores de dados;
- **Manutenção** – A capacidade de suportar a disponibilidade dos sistemas e de ajudar as pessoas a mantê-los, incluindo o uso de ferramentas, tais como a Realidade Aumentada e a Holografia;
- **Decisões descentralizadas** – Capacidade, através dos sistemas cibernéticos, de executar as tarefas, da forma mais autónoma possível;

HOSPITAL 4.0



Bioética VS Saúde

Se pensarmos na **Bioética** relacionada com a definição de **Saúde**

- Temos uma definição que aponta para o facto de a saúde não ser **unicamente a ausência de doença**,
- Considerar o ser humano como um ser **biopsicossocial e espiritual** e saber respeitar a sua individualidade são pilares do cuidado humanizado. **Nesse processo, o respeito pelos utentes e os Princípios da Bioética exercem um papel fundamental na organização hospitalar.**



Desafios e Oportunidades...

- Enquadramento legislativo
- Reorganização interna | Autonomia | Responsabilidade | Negociação |
Compromisso | Transparência | Avaliação
- Deliberação do Conselho de Administração | EPE → Criação de CRI
 - Plano de Ação → compromisso assistencial, no âmbito do perfil assistencial, formativo e científico
- Rentabilizar a capacidade instalada no SNS e aumentar a produtividade
 - Contribuir para o cumprimento dos Tempos de Resposta
- Incentivos institucionais | Incentivos financeiros para atividade adicional

Desafios e Oportunidades...

- Colocar as **pessoas, as suas famílias e os seus cuidadores** no centro das intervenções no SNS;
- Elevar os níveis de **acesso, qualidade e eficiência** no SNS;
- Promover o **alinhamento, a articulação e a coordenação** entre as entidades e com a comunidade;
- Incentivar a **Governança Clínica e de Saúde** ao longo do percurso de vida das pessoas;
- Valorizar o envolvimento, a iniciativa e o bom desempenho **dos profissionais de saúde**;



PLANETREE

- Humanização dos serviços;
- A interação entre pacientes, família e equipa de saúde;
- O suporte emocional de familiares e amigos;
- A valorização do contato humano;
- O acesso à informação (prontuário médico);
- A inserção de terapias complementares;
- A compreensão de todos os sentidos do ser humano (sinestesia);
- A boa alimentação e nutrição;
- O respeito à espiritualidade de cada indivíduo;
- A inserção da arte e da beleza nos ambientes.

ARQUITETURA COMO ELEMENTO CONDICIONANTE

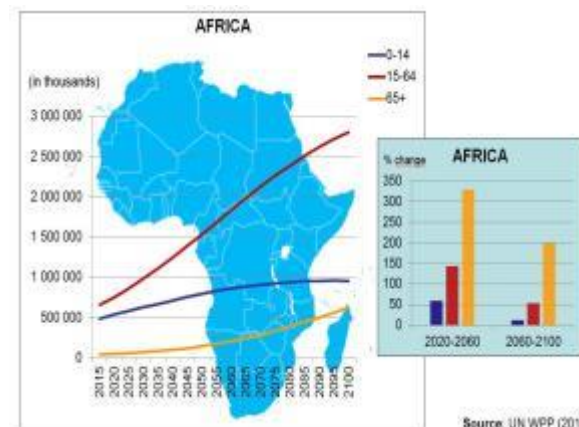
EVIDENCE BASED DESIGN- EBD

- Percepção do ambiente pelo paciente e prestadores (*Healling Environment*);
- Modelos de atenção;
- Incidência de erros no tratamento;
- Segurança do paciente;
- Produtividade.

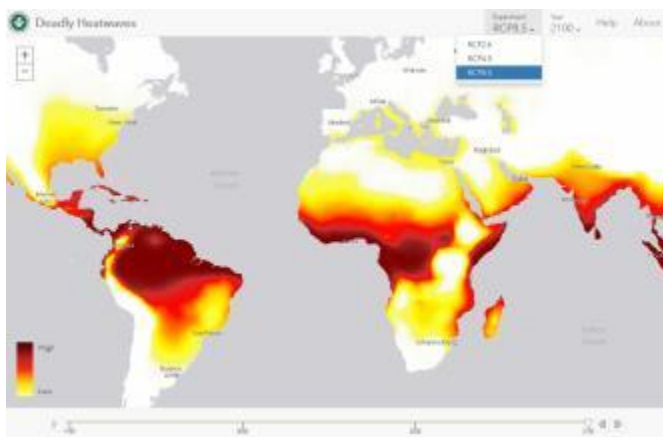
O crescimento da população é inversamente proporcional aos atos de humanidade'

 PENSADOR

Thiago O. Rodrigues



Mas ela é mãe: ela recebeu da natureza a tripla e sublime missão de conceber, de pôr no mundo e criar o género humano.
Grand dictionnaire Larousse du XIX siècle, rubric «Mère»



«Consola-me ter-me esforçado por servir a fé»: Walter Osswald



Referências bibliográficas

- Andrade, C. (2006). *Para entender Relações Públicas*. São Paulo: Editora Loyola.
- Anunciação, A.L., & Zobou, E. (2008). Hospital: valores éticos que expressam expressam sua missão. *Rev Assoc Med Bras*; 54(6): 522-528. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n6/v54n6a17>
- Archer, L. (1998). Bioética: avassaladora, porquê? *Revista Brotéria*, 112: 449-471.
- Archer, L. (2006). *Da Genética à Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Archer, L.; Biscaia, J.; Osswald; W.; Renauld, M. (2001). *Novos Desafios à Bioética*. Porto: Editora Porto.
- Beauchamp, T.L; Childress, J.F. (1999). *Princípios de Ética Biomédica*. Barcelona: Ed. Masson S.A.
- Carapinheiro, G. (2003). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3. ed. Porto Portugal: Edições Afrontamento.
- Cardoso, L. (2004). *Gestão estratégica das organizações ao encontro do 3.º milénio*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Heiman, L.S., Ibanhes, L.C., & Barboza, R. (Orgs.). (2005). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Junges, J.R. (2009). Right to health, biopower and bioethics. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, 29, 285-295.
- Koerich, M.S., Backes, D.S., Scortegagna, H.M., Veronese, A.M., Zeferino, M.T. et al. (2005). Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Revista de Enfermagem*; 15, 178-85.
- Kottow, M. (2016). ¿Bioética narrativa o narrativa bioética? *Revista Latino americana de Bioética*, 16(2), 58-69.
- Doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1763>.

- Lopes, A. (2005). *Gestão de Recursos Humanos versus Gestão de Pessoas: a arte do equilíbrio entre a iniciativa e a cooperação nas organizações*. Lisboa: ISCTE.
- Lopes, J.P.A. (2014). *Caraterização da Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares – Impacto do Estatuto Jurídico*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14525/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Jo%C3%A3o%20Pedro%20Lopes.pdf>
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Pessini, L. (2013). As Origens da Bioética: do Credo Bioético de Potter ao Imperativo Bioético de Fritz Jahr. *Rev Bioét*; 21:, 9-19.
- Pina e Cunha, M. (2003), Liderança. In *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (pp. 267-325). Lisboa: Editora RH, 2ª Edição.
- Pontes, A.C., Espíndula, J.Á., Do Valle, E.R.M., & Santos, M. (2010). Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões. *Revista Bioethikos*, 1(1), 68-75.
- Potter, K.V. (2001). Bioética, abrangência e dinamismo, In ANJOS, Márcio Fabri – *Bioética- alguns desafios*. São Paulo, Brasil: Edições Loyola.
- Potter, K.V.R. (2001). Bioética global e sobrevivência humana, In *Bioética – alguns desafios*. São Paulo, Brasil: Edições Loyola.
- Reich, W.T. (1995). The Word Bioethics: its Birth and the legacies of Those who shape it. *Kenedy Institute of Ethics Journal*, 5, 19-34.
- Santos, M. (2014). Princípios básicos de bioética aplicados em economia da saúde e em auditoria médica. *J Bras Econ Saúde*; 6(2), 97-101.
- Serrão, D. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora.
- Zorrinho, C. (1995). *Gestão da Informação. Condição para Vencer*. IAPMEI.

Henrique Botelho - Coordenador Nacional para a Reforma do SNS – Área dos Cuidados de Saúde Primários
WWW.ACSS.MIN-SAUDE.PT



CATÓLICA
INSTITUTO
DE BIOÉTICA

PORTO

“Termino pra faseando o Papa Francisco esta economia mata.” de [Andrea Tornielli](#), [Giacomo Galeazzi](#)

temos de procurar....Um acontecimento que nos ajude a estar unidos, a conhecer-nos uns aos outros, e que nos leve a estabelecer um “pacto” para mudar a economia atual e atribuir uma alma à economia de amanhã.

CARTA DO PAPA FRANCISCO PARA O EVENTO "ECONOMY OF FRANCESCO" [ASSIS, 26-28 DE MARÇO DE 2020]

PAULO CORREIA

pnc747@gmail.com

Câmara Municipal de Cascais – Sala do Futuro

06 de Dezembro de 2019

OBRIGADO

