

Exmo. Senhores Diretores da AESE,

Exmos. parceiros e patrocinadores,

Exmos. oradores e moderadores,

Senhoras e Senhores,

É com natural responsabilidade — e também com esperança — que encerro esta “Grande Conferência sobre Hospitalização Domiciliária”, organizada pela AESE, reunindo decisores públicos e privados, líderes clínicos, gestores e profissionais, para pensar — com exigência e ambição — o futuro dos cuidados de saúde em Portugal.

Começo por agradecer à AESE e aos seus parceiros por colocarem este tema no centro do debate público, com a maturidade que ele exige. De facto, teve a inteligência de não discutir a hospitalização domiciliária como uma “moda organizacional”, mas como aquilo que ela verdadeiramente é: uma transformação estrutural da prestação de cuidados, com impacto na qualidade, na eficiência e — acima de tudo — na experiência do doente.

Seguindo o **mote desta organização**, é evidente que: não é preciso estar entre quatro paredes hospitalares para receber cuidados de excelência. A hospitalização domiciliária prova que a definição de “**hospital**” **não é apenas a dum edifício: é uma equipa, é um método, é uma vigilância clínica rigorosa, é uma cultura de segurança, é uma relação humana.**

Hoje discutimos, neste contexto, o balanço de mais de uma década de aprendizagem e consolidação. Desde as experiências pioneiras, a hospitalização domiciliária deixou de ser uma exceção para passar a ser uma resposta com corpo, evidência e futuro.

E é importante dizer isto com clareza: já não discutimos se é possível; discutimos como fazer melhor, com mais escala, mais consistência e mais equidade territorial.

Porque a hospitalização domiciliária é, no seu núcleo, um exercício de modernidade do Estado e de maturidade do sistema: exige coordenação, exige responsabilização, exige dados, exige liderança clínica, exige trabalho em equipa, exige confiança no doente e na família.

É também uma resposta concreta a 3 pressões que todos reconhecemos na saúde:

1. A pressão demográfica e a cronicidade;
2. A pressão sobre a capacidade instalada;
3. A pressão ética e humana, tratar melhor — com mais respeito, mais dignidade e mais proximidade.

Por isso, não podemos olhar para este modelo apenas como “desospitalização”. A hospitalização domiciliária é hospitalização — com exigência hospitalar — feita de outra forma: com critérios clínicos, com

segurança, com disponibilidade e com via rápida de reinternamento sempre que necessário.

Senhoras e Senhores,

O Governo tem sido claro na direção estratégica que propõe ao país: cuidados mais acessíveis, mais integrados, mais eficientes e mais centrados na pessoa. E essa ambição não é uma frase bonita — é um compromisso.

No Programa do XXV Governo Constitucional, existe uma ideia particularmente relevante para este debate: o caminho do financiamento e da organização dos cuidados deve evoluir para a centralidade e para o valor para o doente, viabilizando a medição de custos e de resultados relevantes para os cidadãos.

E se há um território onde a transição para “valor” ganha expressão imediata, pode ser precisamente aqui — na hospitalização domiciliária.

Porque na hospitalização domiciliária o valor torna-se visível:

- é menos infecção associada a cuidados de saúde;
- é menos declínio funcional associado a internamentos prolongados;
- é melhor recuperação e maior autonomia;

- é mais conforto e participação ativa da família;
- e é uma experiência global mais humana.

Mas este valor não se declara ou aspira — existe, mede-se e gere-se.

Por isso, foi especialmente importante nesta conferência discutir as condições críticas para consolidar este modelo como política pública estrutural. Destacaria:

Primeiro: transformação digital e continuidade de informação. Sem digitalização, interoperabilidade e informação clínica disponível no momento certo, não há escala com segurança. O Governo tem esse desígnio com instrumentos estruturantes como o Registo de Saúde Eletrónico Único, precisamente para que a informação acompanhe o doente e não fique presa a silos institucionais.

Segundo: medição de resultados e alinhamento de incentivos. Se queremos consolidar este modelo, precisamos de métricas comuns, indicadores assistenciais e resultados reportados pelo doente. Precisamos de organizar — e gradualmente financeirar — em torno do que interessa.

Terceiro: mudança organizacional e cultura de implementação. Este modelo exige integração de equipas, planeamento clínico, logística, triagem rigorosa, resposta rápida, e uma cultura de responsabilização que não se improvisa.

E é por isso que foi tão valioso discutirem aqui experiências diversas porque o país só ganha quando aprende com quem faz bem, e quando transforma boas práticas em padrões replicáveis.

Permitam-me agora **uma palavra muito direta aos profissionais de saúde** — médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos, assistentes operacionais, gestores clínicos, equipas de sistemas de informação, equipas de logística e tantas outras funções invisíveis mas decisivas.

A hospitalização domiciliária é, provavelmente, uma das áreas onde os cuidados de saúde mostram o melhor de si: qualidade clínica com humanidade. E isso só acontece porque há profissionais com sentido de missão, com rigor, com coragem e com uma maturidade relacional que não aparece em relatórios — aparece no momento em que se entra na casa de alguém com respeito.

Quem faz hospitalização domiciliária sabe: o doente não é “mais um caso”. É uma pessoa na sua intimidade, com a sua história, com os seus medos, com os seus familiares. E esse contexto obriga a uma forma de cuidar mais completa, mais ética e mais consciente.

E quero dizer algo essencial: um SNS é forte com profissionais valorizados, motivados e protegidos.

O Programa do Governo inclui um Plano de Motivação dos Profissionais de Saúde e uma aposta na valorização da multidisciplinaridade, na atração e retenção de talento e na adaptação do sistema às exigências da próxima década.

Senhoras e Senhores,

O tema de hoje mostra que a saúde em geral tem uma dimensão maior do que a organização do sistema: tem a **dimensão dos Valores**.

A hospitalização domiciliária é proximidade, e proximidade é uma palavra profundamente humana. É olhar para o doente e dizer: “o sistema aproxima-se de si”. Não é o cidadão que tem de carregar sozinho o peso do percurso; é o sistema que se reorganiza para servir melhor.

E aqui entram valores cristãos — no seu sentido mais universal e civilizacional — que informam a ética do cuidar:

- a dignidade da pessoa, sobretudo na fragilidade;
- a compaixão ativa, que não é pena, é compromisso;
- a solidariedade, que significa “ninguém fica para trás”;
- o cuidado como serviço, e não como transação.

A este propósito, lembro a exigência simples e radical do Evangelho: “Sempre que o fizestes a um dos meus irmãos mais pequeninos, a Mim o fizestes.”

E, sem qualquer tom confessional, há aqui um ponto central para políticas públicas modernas: um sistema de saúde mede-se pela forma como trata os mais vulneráveis — e por como protege a dignidade do doente quando o doente depende, quando teme, quando perde autonomia.

Senhoras e Senhores,

Há um último ponto nesta discussão que precisamos também de abordar com frontalidade, porque é decisiva para a **sustentabilidade do SNS: a eficiência económica da hospitalização domiciliária.**

Portugal vive um contexto de pressão financeira, de exigência operacional e de procura crescente. E num cenário assim, a responsabilidade de um governante é dupla: garantir humanidade e garantir sustentabilidade. O que torna a hospitalização domiciliária tão relevante é que ela não representa um “luxo” do sistema — representa, em muitos casos, uma forma mais eficiente de gerar valor clínico com menos custo global.

Há evidência crescente de que o modelo “Hospital at Home” pode estar associado a redução de custos e ganhos de eficiência quando comparado com internamento convencional, ao mesmo tempo que mantém resultados clínicos e eleva a satisfação do doente.

O que significa isto, na prática, para o decisor público? Significa algo muito simples: a hospitalização domiciliária é um instrumento de gestão inteligente da capacidade, que pode ajudar o SNS a tratar mais e melhor, com menos desperdício e com maior previsibilidade.

Para concluir, deixo um apelo.

O apelo é que não tratemos este tema como um projeto “de nicho”, “de entusiastas” ou “de alguns hospitais”. A hospitalização domiciliária deve ser encarada como um componente estrutural do SNS do século XXI, articulada com cuidados de saúde primários, cuidados continuados e resposta social — sobretudo num país que envelhece e que precisa de proximidade real.

Porque o futuro da saúde não se joga apenas no hospital central, nem apenas na tecnologia mais sofisticada. Joga-se também na **capacidade**

de levar qualidade onde as pessoas vivem, com segurança, com ciência, com humanidade e com eficiência.

E para que esta transformação seja verdadeiramente humana, vale a pena lembrar que a compaixão humana consiste (...) em abraçar os doentes, apoiá-los nas suas dificuldades. – e há muitas formas de abraçar.

Quero terminar como comecei: com gratidão e com esperança.

- Gratidão à AESE por ter criado este espaço de reflexão.
- Gratidão aos oradores e moderadores, por partilharem experiência e pensamento.
- Gratidão, sobretudo, aos profissionais que todos os dias tornam possível este modelo.

E esperança porque este debate prova uma coisa essencial: **Portugal tem capacidade para liderar reformas inteligentes quando coloca o doente no centro e quando valoriza quem cuida.**

Muito obrigado.