

Antecipar mudanças, redesenhar relações, reforçar o patient centricity

TENDÊNCIAS DA SAÚDE /

O Doente do Futuro:
Perfil e Desafios para 2030.



Índice

	AGRADECIMENTOS	03
	ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	04
1	SUMÁRIO EXECUTIVO	05
2	OBJETIVOS E METODOLOGIA	06
3	PARADOXOS SOBRE O DOENTE DO FUTURO	09
4	O DOENTE EM 2030	12
4.1	Que características principais terão os doentes e o sistema de saúde em 2030?	12
4.2	Que personas se desenharam para o doente em 2030?	18
5	IMPLICAÇÕES PARA O SISTEMA DE SAÚDE	29
5.1	Principais implicações	29
5.2	Oportunidades para os atores da saúde	30
6	CONCLUSÃO	33
7	BIBLIOGRAFIA	34

Agradecimentos

Este relatório é o resultado de um workshop desenvolvido entre a agência de comunicação Guess What e a New Angle, com um grupo de profissionais da indústria farmacêutica, que participaram numa sessão de reflexão sobre o doente do futuro em 2030, complementado com investigação adicional da equipa que produziu o relatório.

Expressamos o nosso apreço e gratidão a todos que participaram neste exercício: Carmen Proença (Bial), Fernanda Aleixo, Francisco Pacheco de Andrade, Inês Luzio (Tecnimed), Isabel Pereira dos Santos (Roche), Manuel Rodrigues (Bene), Marta Rodrigues (Takeda), Mónica Ventosa (Pfizer), Rita Reis (Merck), Silvia Azevedo (Daiichi Sankyo), Sofia André (Bayer), Vanessa Jacinto (Boehringer Ingelheim), Bárbara Aranda da Silva (AbbVie) e Rui Fernandes.

Abreviaturas e Acrónimos

DNA	Deoxyribonucleic acid
IA	Inteligência Artificial
LLMs	Large Language Models
RGPD	Regulamento Geral sobre Proteção de Dados
SNS	Serviço Nacional de Saúde



Este relatório resulta de um workshop realizado em novembro de 2025 com profissionais da indústria farmacêutica, recorrendo à metodologia Lego Serious Play® para explorar como será o doente em 2030, quais as suas expectativas em relação ao sistema de saúde e à indústria, e que implicações estratégicas daí poderão decorrer. A reflexão focou-se não apenas na pessoa doente, mas também no cidadão que procura não adoecer, enfatizando prevenção, estilos de vida e uso intensivo de tecnologia e dados.

Foram identificados **três grandes paradoxos** estruturantes: (1) a centralidade do doente no discurso versus a sua fraca centralidade efetiva; (2) o aumento de informação, conectividade e inteligência artificial versus mais desinformação, confusão e risco de desigualdade; e, por fim, (3) mais prevenção e autonomia versus mais responsabilidade e ansiedade para o indivíduo. Estes paradoxos mostram que colocar o doente realmente no centro exige simplificação administrativa, reforço de literacia em saúde e digital, e mecanismos de apoio humano que evitem exclusão e sobrecarga.

No horizonte 2030 não existe um “novo doente” homogéneo, mas múltiplas realidades que convivem no mesmo sistema, como seja:

- doentes mais ativos, conectados e exigentes, focados em qualidade de vida;
- um crescente afastamento simbólico da doença e da morte, com procura de conveniência e jornadas integradas;
- um fosso crescente entre doentes privilegiados, com acesso rápido, tecnologia de ponta e capacidade de interpretar informação, e doentes desfavorecidos, sujeitos a esperas prolongadas e à desinformação;
- uma população envelhecida com peso crescente no sistema;
- um doente crónico (nomeadamente com doença oncológica) cada vez mais empoderado, que pretende participar nas decisões terapêuticas.

A partir dos exercícios de construção de modelos, emergem **quatro personas-tipo para 2030**:

- o idoso frágil, com baixa literacia, grande dependência de terceiros e alto risco de exclusão digital;
- a pessoa com doença crónica conectada em rede, utilizadora intensiva de apps e gadgets, mas muitas vezes perdida entre respostas contraditórias;
- o “doente ideal” informado, com elevada literacia, forte foco em prevenção, abertura à partilha de dados anonimizados e exigência de jornadas integradas e eficientes;
- e a pessoa saudável hiperconectada, que procura controlo total sobre a sua saúde, monitoriza-se continuamente e vive o paradoxo entre autonomia, sobrecarga informacional e necessidade de confiar nos profissionais.

Do ponto de vista sistémico, o futuro da saúde em Portugal é marcado por cinco dinâmicas centrais:

- desigualdade estrutural entre empoderados e desfavorecidos;
- hiperconectividade combinada com o dilema de gestão da informação;
- aumento do poder de decisão do doente;
- necessidade de integração entre níveis de cuidados e entre o digital e o físico;
- um claro reforço do foco na prevenção, sobretudo nas gerações mais jovens que fazem maior uso da medicina de precisão, suportada por dados genómicos, biotecnologia e inteligência artificial, ainda que esta se afirme a duas velocidades, amplificando desigualdades caso não sejam criados mecanismos de equidade e acesso.

As implicações para o sistema de saúde são significativas. **O doente do futuro espera uma “via verde” com ponto único de entrada**, menos burocracia e sem necessidade de repetir informação. **Usa intensivamente tecnologia**, mas exige **curadoria e apoio na interpretação dos dados**. Este doente mantém uma relação ambivalente com a partilha de dados, confiando facilmente em gadgets mas desconfiando de instituições formais e vive num contexto em que o fosso socioeconómico, educacional e geográfico condiciona profundamente a sua capacidade de navegação no sistema.

Para responder a este cenário, **o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os vários atores da saúde terão de apostar em integração de sistemas de informação, simplificação de jornadas do doente, desenvolvimento de serviços híbridos (presencial + digital), reforço da literacia em saúde e digital e envolvimento das comunidades e associações de doentes.**

A **indústria farmacêutica** é chamada a desempenhar um papel expandido: continuar a impulsionar a inovação terapêutica, mas **também liderar e cocriar soluções digitais de saúde, apoiar a curadoria de informação e a literacia (incluindo digital), e ser fonte de conteúdos credíveis** para modelos de inteligência artificial, em parceria com profissionais, associações e detentores de Large Language Models (LLMs). Sem acesso direto ao doente, o seu papel passa por atuar como facilitadora no ecossistema, fortalecer pontes (particularmente via associações e farmácias) e garantir que a inovação não aprofunda desigualdades, mas contribui para maior equidade e qualidade de cuidados.



Este relatório surge na sequência de um desafio que lançámos a um grupo de profissionais que trabalham na indústria farmacêutica para participar num workshop, no sentido de identificar mudanças no comportamento, expectativas e necessidades dos doentes, gerando insights acionáveis para o futuro.

Escolhemos falar sobre o doente do futuro, considerando a importância da sua centralidade no sistema de saúde e as rápidas mudanças tecnológicas e sociais que temos vindo a assistir nos últimos anos. Melhorar o sistema de saúde está intrinsecamente ligado a compreender o doente que o sistema servirá no futuro.

Definimos como objetivo, pensar no doente em 2030, um futuro suficientemente próximo que permita refletir sobre ações concretas para melhorar a jornada e serviço prestado aos doentes ou cidadãos.

O workshop realizou-se no dia 26 de novembro de 2025, nas instalações do Grupo GW em Lisboa, com 14 participantes e dinamização da sessão a cargo da New Angle. Utilizando a metodologia Lego Serious Play®, desenvolvemos quatro exercícios de reflexão sobre o doente do futuro.

Paradoxo

Neste exercício, desafiámos os participantes a refletirem sobre a seguinte questão e a construírem um modelo que representasse essa impossibilidade, explorando o que torna essa situação ideal inatingível e o que, por outro lado, a poderia tornar verdadeiramente transformadora:

O que seria impossível... mas que, se acontecesse, mudaria por completo a forma como pensamos o doente do futuro?

O meu doente do futuro

Neste exercício, o objetivo era os participantes, individualmente, imaginarem que estavam em 2030, e pensarem como é que um doente vive, toma decisões sobre a sua saúde, quais os seus desafios e que capacidades possui, contruindo um modelo que represente esse doente.

Foram sugeridas algumas questões para reflexão, como:

- O que torna este doente diferente do de hoje?
- Que limitações ou vulnerabilidades tem?
- Que capacidades aumentadas (tecnológicas, cognitivas, sociais) terá?
- Como este doente gere a sua saúde? Reage? Antecipa? Cocria?



Construção coletiva de personas

Neste exercício, foram organizados quatro grupos, de acordo com os modelos de doente do futuro desenvolvidos na fase anterior e em equipa, cada grupo construiu uma persona do doente do futuro, ou seja, um modelo único que representasse a visão de todos. Foram sugeridas algumas questões para reflexão, como:

- Quem é esta persona?
- O que valoriza?
- Que expectativas tem para a saúde daqui a 5 anos?
- Como usa a tecnologia?
- Que comportamentos-chave definem este doente?
- Que tensões ou paradoxos vive?

A “nossa” persona e a relação com a indústria farmacêutica e o sistema de saúde

Neste exercício procurou explorar-se as expectativas do doente com o sistema de saúde, com a tecnologia e os dados e na sua relação com a indústria farmacêutica. Complementarmente refletiu-se sobre a sua inclusão e equidade.

Foram sugeridas algumas questões para reflexão, como:

- O que este doente vai esperar dos prestadores de saúde e indústria farmacêutica? De que forma vai querer interagir?
- Que novos serviços, formatos de comunicação ou suporte este doente vai exigir?
- O que este doente não vai tolerar?
- Como este doente vai usar tecnologia na sua jornada?
- Que tipo de dados vai querer partilhar? E quais quer controlar?
- Que oportunidades existem para a indústria apoiar a autogestão, sem invadir autonomia?
- Que tipo de relação (colaboração, transparência, parceria) será essencial para manter a confiança? O que será um red flag para este doente?
- Como podemos garantir que doentes com baixa literacia ou acesso digital não são excluídos?
- Que soluções híbridas serão necessárias?

A reflexão foi, por muitas vezes além do doente, tenha ele doença aguda ou crónica, uma vez que houve um foco significativo na prevenção e na vida saudável, ou seja, estendemos as nossas conclusões não só ao doente, mas também aos cidadãos em geral.

A reflexão sobre o que seria impossível, mas transformador caso existisse, leva a três grandes paradoxos sobre o doente do futuro:

Paradoxo 1: Centralidade do doente no discurso vs. pouca centralidade na prática

A centralidade do doente no sistema de saúde considera as suas necessidades, preferências e experiências para informar uma melhor tomada de decisão e produzir terapêuticas mais eficazes. Envolve o fornecimento de soluções personalizadas, as quais têm o potencial de melhorar os resultados e a qualidade de vida do doente (Paul & Bickley, 2025).

É generalizado o discurso de que o doente está no centro, mas na realidade falta simplificação, literacia e abertura real para que ele possa decidir.

“Os doentes têm uma expressão muito engraçada: é muito bom estar no centro, mas é uma espécie de rotunda – ninguém para na rotunda.”

A simplificação administrativa e regulamentar é considerada como condição para o doente ter um papel verdadeiramente central. O percurso do doente deveria ser mais rápido, integrado e menos fragmentado, funcionando como uma espécie de “via verde”. Falar da centralidade do doente sem que exista simplificação, é quase ficção.

“Se do ponto de vista burocrático e regulamentar simplificassem alguns processos, isso seria uma via verde para o doente ter um papel mais central, mais informado, mais decisivo e mais influente.”

Esta centralidade é também condicionada pelo nível de literacia em saúde do doente, a qual não está ainda suficientemente desenvolvida. Por o doente no centro implica dar-lhe os meios e a capacidade de decisão informada. Não basta que o sistema declare a centralidade, mas que construa essa centralidade, aceitando ser desafiado por os doentes.

“A impossibilidade é torná-lo [o doente] efetivamente o centro, com uma voz absolutamente ativa, e que os intervenientes... estejam disponíveis para ser desafiados.”

Adicionalmente, a visão romântica de colocar o doente no centro é condicionada pelos recursos disponíveis.



Paradoxo 2: Mais informação, conectividade e IA vs. mais desinformação, confusão e risco de desigualdade

Informação é vital, mas o excesso, sem curadoria, desorienta e fragiliza muitos doentes. A informação é poder, mas também risco de desinformação e confusão, sobretudo para quem não tem capacidade de interpretação, ou seja, literacia digital e em saúde.

Ainda há doentes que sabem o que querem, mas não o conseguem dizer, pois tendem a adaptar-se ao que “fica bem” ao médico ou ao sistema.

A tecnologia promete proteção, diagnóstico contínuo e eficiência, mas traz riscos de erros graves, desigualdades e maior iniquidade.

A tecnologia é vista como extensão das capacidades humanas, que monitoriza a nossa saúde de forma contínua.

“Vamos ter uma espécie de chip... a todo o momento havia um scan do nosso corpo.”

Neste paradoxo, a literacia é chave. Literacia é uma responsabilidade coletiva: dos doentes, dos profissionais de saúde e do sistema em geral. Não é concebível imaginar um sistema em que o doente fique isolado, desligado da informação disponível. Sabendo que esta informação existe é fundamental agir para que seja de qualidade.

Há consenso de que será impossível ter o doente isolado, pela quantidade de ligações e dados disponíveis. A IA é vista como núcleo de futuro mas, como referido anteriormente, com obrigação de credibilidade e curadoria.

“Ou nós fornecemos [conteúdo], ou alguém vai fornecer por nós e não teremos qualquer controlo.”

Esta desinformação e excesso de informação pode levar a alguma irresponsabilidade de alguns doentes que não têm conhecimento suficiente das opções que tomam com base na informação disponível.

Quanto mais informação e conectividade se oferece, mais se aumenta o *gap* entre quem consegue transformar informação em decisão e quem fica confuso, preso em redes de dados ou à mercê de desinformação. Criam-se novos riscos: de dependência, de erro, de exclusão (para quem não domina as ferramentas), de captura da informação por poucos atores e de demasiado investimento num modelo que pode falhar em grande escala.

Paradoxo 3: Mais prevenção e autonomia vs. mais responsabilidade e ansiedade

A pessoa quer não estar doente, controlar tudo e decidir sozinha. Contudo, isso implica mais responsabilidade, risco de falsa segurança e cansaço.

Uma linha forte é o otimismo preventivo: a possibilidade de antecipar doenças antes de aparecerem, mudando radicalmente o lugar da doença.

“Não vai haver pessoas doentes. Nós vamos antecipar as doenças que vamos ter no futuro... nós não vamos estar doentes.”

A saúde é vista como fenómeno holístico, dependente do ambiente, do sítio onde se vive e dos estilos de vida.

Apesar da não existência de doenças ser vista como impossível, pois haverá sempre novas doenças e pandemias, o foco desloca-se do “doente” para a pessoa que não quer estar doente, aquela que faz escolhas constantes (por exemplo, sono, exercício, trabalho) para se manter saudável. Estas escolhas e o acesso à informação sobre a sua saúde contribuirão para uma maior responsabilidade, mas também, para maior ansiedade caso não seja devidamente acompanhada.

4.1 Que características principais terão os doentes e o sistema de saúde em 2030?

No exercício realizado, foram identificadas algumas potenciais características tipo dos doentes e do sistema de saúde em 2030, as quais deram posteriormente origem a uma construção de grupo de 4 personas.

Como veremos, dificilmente poderemos dizer que o “novo doente” é homogéneo. Conviveremos com realidades distintas: por um lado, um segmento populacional mais jovem, digital e na busca de conveniência e, por outro lado, um doente mais idoso, com menos literacia digital e múltiplas doenças crónicas.

Qualidade de Vida e Conectividade

O doente do futuro é ativo, bem conectado e com melhor qualidade de vida, mesmo para alguns com mais idade. Acede com frequência a informação através de múltiplas redes.

Com a conectividade, pode surgir o dilema de como gerir toda a tecnologia e informação. Já existe um foco na vida saudável, no comer saudável, no ambiente saudável. A tecnologia é usada diariamente mas, gerir a informação e também a forma como se move entre o mundo digital e o mundo físico, cria grandes desafios.

“O doente do futuro é um doente com idade, mas com qualidade de vida.”

“A teia representa o grande dilema: como é que eu vou gerir isto tudo? Como é que eu vou deixar que os outros consigam gerir também? Como é que eu vou distinguir o que a inteligência artificial me diz, do que o amigo diz?”

Afastamento da Morte, Conveniência e Integração

O doente do futuro não quer falar de morte ou doença, busca conveniência, com um ponto único de entrada para todos os serviços de saúde, procurando integração total de serviços, de forma a não ter que repetir informação, quando “navega” no sistema.

“Quer estar o mais longe possível [da morte]. Cada vez menos é uma coisa natural. (...) a longo prazo.”

Dois doentes separados por um fosso socioeconómico

Tal como já acontece atualmente, em 2030, não haverá um único doente, mas dois, separados por desigualdade económica:

1. Teremos um doente privilegiado com acesso a serviços de saúde privados, altamente informado, com poder de compra para dispositivos de última geração, que procura ativamente longevidade (que o dinheiro pode comprar); e
2. Teremos um outro doente desfavorecido, com cada vez menos recursos, muita informação via redes sociais, mas sem capacidade de gestão, sujeito a cuidados demorados no setor público.

Portugal tem um nível de desigualdade económica superior à média dos países da União Europeia, fator que acaba por se refletir no acesso a cuidados de saúde. O coeficiente de Gini em Portugal, em dezembro de 2024, ascendia a 31,9% (Trading Economics, n.d.-a), sendo que os 20% mais ricos da população ganhavam aproximadamente 5 vezes mais que os 20% mais pobres (Trading Economics, n.d.-b). A taxa de risco de pobreza desceu para cerca de 15,4% em 2024, o valor mais baixo em duas décadas, mas continua a afetar cerca de 1,7 milhões de pessoas, e cerca de 20% da população está em risco de pobreza ou exclusão social quando se consideram



4.1 Que características principais terão os doentes e o sistema de saúde em 2030?

também privação material e baixa intensidade laboral (EAPN Portugal, 2024).

Este fosso não é só económico - é também sociocultural, educacional e geográfico. Enquanto um doente procura longevidade, o outro procura sobrevivência. Um tem acesso a diagnósticos rápidos, normalmente no privado, o outro tem de esperar mais tempo.

Os determinantes sociais de saúde explicam muitas diferenças no nível de saúde entre a população. Existem diferenças significativas no tempo que as pessoas podem esperar viver com saúde, dependendo de onde vivem, da comunidade a que pertencem, do seu nível de educação, do dinheiro que têm, de como se identificam, do seu género, raça e etnia e de terem alguma deficiência, entre outros fatores (Marmot & Allen, 2014).

Este fosso socioeconómico, criará cada vez mais problemas no longo prazo, com parte da população a manter-se saudável e parte doente.

“O doente com dinheiro, com acesso ao privado – está muito informado, consegue ter integração de cuidados, tudo muito facilitado. Este é o doente que tem poder de compra para comprar os dispositivos de última geração e procura longevidade.”

“O outro é o doente que cada vez menos tem recursos, mas tem muita informação via redes sociais, chat GPT, etc. Não sabe geri-la. Vai ter cuidados muito mais demorados no público.”

Em 2022, o Conselho Regional Sul da Ordem dos Médicos desenvolveu cenários para o sistema de saúde em 2040. Num dos cenários – cenário do minotauro, vive-se um elevado fosso entre ricos e pobres com consequências inexoráveis ao nível da qualidade de vida da população. A inteligência artificial está amplamente disponível, mas muito mais acessível às camadas da população com maiores recursos financeiros (Ordem dos Médicos - Região do Sul, 2022).

As pessoas querem ser saudáveis e não estar doentes

Existe uma mudança de paradigma: do foco no doente para o foco na pessoa que procura não ficar doente e que faz escolhas conscientes para preservar a sua saúde.

Em 2022, 47,5% dos médicos considerou que os cidadãos se iriam preocupar mais com a saúde, com hábitos de vida saudável e com um foco claro na prevenção, suportados por apps e tecnologia para monitorizar a saúde e informar sobre a necessidade de procurar cuidados especializados (Ordem dos Médicos, 2022).

Esta pessoa está ligada a uma imensidão de contextos: dados de saúde, informação urbana, ambiental, social e tem a inteligência artificial como “amigo”, nesta ajuda para viver sem doença. Monitoriza de forma contínua via smartwatch (calorias, sono, energia) orientando as suas decisões sobre alimentação e estilo de vida.

No entanto, mantém uso da inteligência humana, com a comunidade como suporte de apoio, reconhecendo que nem tudo se resolve através das aplicações digitais ou da inteligência artificial. Mas pretende acesso rápido a cuidados de saúde, quando necessário.

4.1 Que características principais terão os doentes e o sistema de saúde em 2030?

A postura com o médico muda de acordo com a idade: as gerações mais avançadas são cautelosas, enquanto as gerações mais jovens são detentoras de muita informação e questionam o médico.

“Tem aqui dois amiguinhos: a inteligência artificial (amigo que o ajuda a viver sem doenças) e a sua comunidade (inteligência humana).”

Frustração com o SNS, mas conectado

O doente está frustrado com o SNS português mas, ao mesmo tempo, está mais consciente e capacitado.

Embora bastante insatisfeito com a prestação de cuidados de saúde em Portugal, tem maior consciência do contexto e acesso a dados, o que o capacita melhor para ultrapassar os vários obstáculos que se lhe colocam.

Como o caminho para conseguir cuidados de saúde é ainda sinuoso e complicado, sente-se preso e perdido na navegação no sistema de saúde.



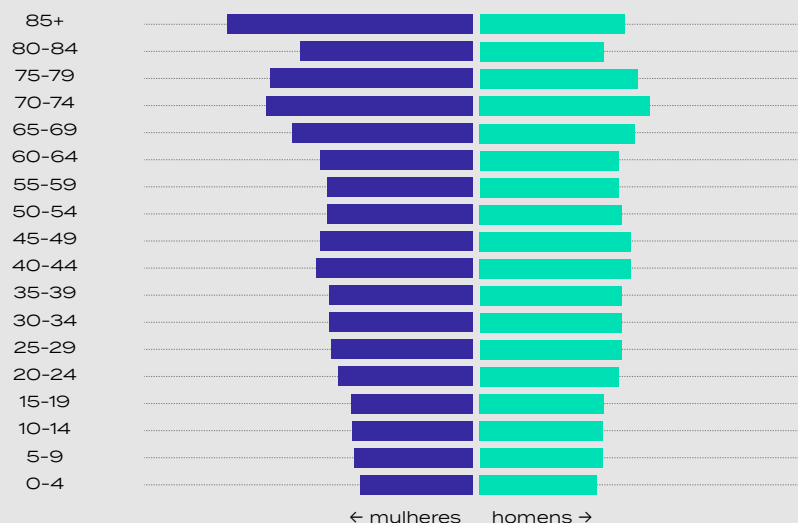
“Fez uma evolução: deixou a sua antena mais pequeninha para estar mais consciente do que se passa à sua volta. A torre simboliza comunicação e globalização da informação.”

População envelhecida

O envelhecimento será, cada vez mais, uma pressão estrutural no sistema. Em 2023, 26,1% da população tinha mais de 65 anos. Apesar disso, em Portugal em 2021, a esperança média de vida saudável à nascença era de 69,5 anos, acima da verificada na Europa, a qual era de apenas 66 anos (World Health Organization, 2023).

A população envelhecida terá cada vez maior peso na estrutura etária nacional. Apesar disso, a população mais jovem, que são os cuidadores dos idosos, está mais bem informada.

Em 2050, a pirâmide etária, já apresenta sinais de inversão, com aproximadamente, 3,2 milhões de pessoas acima dos 65 anos, representando 32,7% da população (World Health Organization, 2023).



4.1 Que características principais terão os doentes e o sistema de saúde em 2030?

O fosso económico determina o acompanhamento e acesso à informação. Há um risco nesta população de consumir informação de menor qualidade.

“O fosso económico vai diferenciar a forma como são acompanhados e o acesso à informação. Ter muita informação no telemóvel não quer dizer que estejam informados.”

Doente oncológico mais empoderado

Em 2021, o cancro de mama e o cancro colon rectal eram, respetivamente, a quinta e a sétima causa de morte nas mulheres. Já nos homens, a quarta causa de morte era o cancro da traqueia, brônquios e pulmão, enquanto o cancro colon rectal e o cancro da próstata eram a sétima e a nona causa de morte, respetivamente (World Health Organization, 2023).

O doente oncológico, que representa neste contexto o doente com doenças crónicas, tem maior poder de decisão e acesso à informação.

Este doente oncológico terá cada vez mais o poder de decisão e será parte ativa nas decisões terapêuticas sobre si. No entanto, existem muitas incertezas na jornada do doente oncológico, onde podem ter meses ou anos de incerteza.

Com o maior empoderamento, o doente consegue ter uma visão 360 - com informação sobre o que é possível, decisões mais informadas e com mais confiança. Mais informação e acesso dará maior poder de decisão ao doente e à sua família.

“O doente vai ter cada vez mais a varinha, o poder da decisão. Vai ser uma parte ativa na decisão das abordagens terapêuticas.”



Doente Campeão vs. Doente em Luta

A desigualdade de acesso cria dois grupos antagónicos:

1. O doente campeão está empoderado, com acesso a informação fidedigna, sabe onde ir buscá-la, toma decisões com o médico, tem acesso a ensaios internacionais e a segunda opinião especializada.
2. O doente em luta, para quem a porta está apenas entreaberta; estes tentam informar-se, mas encontram muitas dificuldades.

Existe assim uma grande desigualdade estrutural. Portugal é altamente desigual (economicamente, socialmente, educacionalmente, geograficamente). Uma grande parte da população continua a ter acesso limitado a informação fidedigna, é influenciada por redes sociais e IA e toma decisões prejudiciais à sua saúde.

Do ponto de vista da equidade, o sistema estará bastante pior do que o que temos hoje.

“Tão simples quanto isto: É a diferença entre quem está a caminhar (porta não está aberta) e quem tem capacidade de ser o doente campeão.”

“(…) sistema que se nós não cuidarmos vai tornar-se verdadeiramente pouco equitativo.”

4.1 Que características principais terão os doentes e o sistema de saúde em 2030?

Medicina de Precisão

A medicina de precisão será cada vez mais uma realidade, no entanto, far-se-á a duas velocidades.

Em 2022, 44,7% dos médicos consideravam que em 2040 se iria praticar uma medicina de precisão, com métodos de diagnóstico e tratamento personalizados, suportados por modelos de inteligência artificial e algoritmos preditivos. Foi considerado por 52,9% dos médicos que, em 2040, o conhecimento e desenvolvimento da genómica e da biotecnologia iria permitir atuar precocemente e aumentar a longevidade da população com saúde (Ordem dos Médicos, 2022).

Vamos ter um doente cada vez mais ligado a dispositivos com dados de saúde física, mental, carga genética, DNA, etc. A medicina de precisão vai permitir mais ciência no tratamento.

O doente comanda a sua vida e sua saúde, mas apesar disso, tem um risco derivado do acesso crescente a informação, podendo perder a sua capacidade interpretativa. Este potencial excesso de informação pode ser prejudicial à aceitação e aderência ao tratamento.

Se de um lado temos um doente privilegiado, com acesso a recursos e diagnóstico rápido, do outro lado temos um doente desfavorecido que, apesar de ter acesso à informação, não tem fácil acesso a diagnóstico e tratamento, ficando perdido num “mar de informação” sem saída.

“Doente com acesso tem o bastão e a coroa, escolhe um caminho que chega mais depressa ao tesouro.”

“Doente com acesso à informação, mas não tanto ao tratamento, encaminha-se para um mar de informação que não vai dar a lado nenhum.”



Sistema de Saúde Integrado

A reforma do sistema de saúde e o aumento dos rastreios poderão ter impacto no empoderamento do doente.

Supondo que as reformas são efetivamente implementadas e funcionam, poderemos estar perante um modelo com os cuidados primários e os cuidados hospitalares integrados. Esta visão, está alinhada com a visão de 40,9% dos médicos que considera que o sistema de saúde se conseguirá reorganizar com colaboração entre níveis de cuidados e entre privado, social e público (Ordem dos Médicos, 2022).

Os doentes têm acesso a informação e aderem aos rastreios para maior prevenção. Os rastreios e o maior acesso à informação, permitirão uma maior capacidade de decidir. Mas a reforma funcional será crítica para atingir este patamar.

4.1 Que características principais terão os doentes e o sistema de saúde em 2030?

Síntese de temas comuns sobre o Doente e o Sistema de Saúde em 2030

Os diferentes tipos de doente e/ou sistema de saúde geram alguns consensos sobre as dinâmicas futuras:

Desigualdade estrutural: O futuro será composto por uma bifurcação entre empoderados e desfavorecidos.

Hiperconectividade vs. dilema da gestão da informação: A tecnologia está aí, mas o grande desafio é como lidar com tanta informação.

Poder de Decisão: Existe a ideia geral de que o doente quer e terá mais voz nas decisões.

Integração é essencial: Entre níveis de cuidados e entre o digital e o físico. Pretende-se conveniência, ausência de fragmentação e fluxo sem barreiras.

Foco na prevenção: Mindset muda para proativo e preventivo, especialmente nas gerações mais jovens.

Tipologias	Dinâmicas futuras					
	Desigualdade estrutural	Conectividade	Dilema na gestão da informação	Poder de decisão	Integração	Foco na prevenção
Qualidade de Vida e Conectividade		✓	✓	✓		✓
Afastamento da Morte, Conveniência e Integração				✓	✓	✓
Dois doentes separados por um fosso socioeconómico	✓	✓				
As pessoas querem ser saudáveis e não estar doentes		✓	✓	✓		✓
Frustração com SNS, mas conectado	✓	✓		✓		
População envelhecida	✓		✓			
Doente oncológico mais empoderado		✓		✓		
Doente Campeão vs. Doente em Luta	✓	✓				
Medicina de Precisão	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sistema de saúde integrado		✓	✓	✓	✓	✓

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?

Persona 1: Idoso frágil

Quem é?

É um(a) idoso(a) entre 70 e 85 anos, com uma reforma “normal” mas cada vez mais esmagada pelo custo de vida e pelo estado do sistema de saúde. Vive em Portugal, muitas vezes em contexto de isolamento social (especialmente em certas zonas do país), e precisa frequentemente de apoio de um cuidador ou instituição/farmácia comunitária para navegar o sistema.

O que valoriza?

- Acesso rápido aos cuidados de saúde – sente frustração por não o ter.
- Contacto humano e presencial – médico, farmácia, instituições, associações.
- Acompanhamento físico e emocional, mais do que soluções apenas digitais.
- Clareza e simplicidade da informação, alguém que “traduza” o sistema.

Valoriza menos a inovação tecnológica abstrata e mais a segurança, a proximidade e o apoio.

"Vivem num paradoxo entre a digitalização, a modernização e o contexto onde sempre viveram, mais físico, do contacto pessoal, face to face."

Que expectativas tem para a saúde daqui a 5 anos?

As expectativas são francamente más e vividas em modo “um dia de cada vez”:

- Sente que o sistema não está a melhorar.
- A perceção é de retrocesso face há 10 anos.
- Sente-se inseguro(a) quanto ao futuro, sobretudo se surgir uma doença grave porque antecipa esperas longas e dificuldade de acesso.

“Vivem na insegurança... se tiverem uma doença muito grave sabem que vão ter que esperar muito tempo.”

Como usa a tecnologia?

É um doente digitalmente básico, com um perfil muito diferente da persona “hiperconectada”:

- Usa telefone “normal” (não necessariamente smartphone avançado) e televisão.
- Pesquisa no Google e navega muito em redes sociais, sobretudo Facebook.
- Vê intensamente programas da manhã e da tarde na TV - isso é fonte central de informação e companhia.
- Não usa smartwatch, apps de saúde ou IA generativa de forma relevante – isso é visto mais como coisa de gerações mais novas.

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?



“Digitalmente tem o seu telefone e a televisão. Não trabalha com o computador, não tem estes smartwatches todos, apesar dos netos lhe oferecerem às vezes.”

Que comportamentos chave definem este doente?

- Vive um dia de cada vez, com baixa expectativa de mudança estrutural.
- Revolta e frustração perante o sistema de saúde e a burocracia.
- Ambivalência perante a tecnologia: não a vê claramente como progresso; muitas vezes sente que o deixa para trás.
- Acomodação resignada com a ideia de que “isto é assim e não vai mudar”.
- Dependência de terceiros (cuidadores, família, farmácia, associações) para navegar processos e interpretar informação.

“Esta persona precisa ainda de acompanhamento – ou está muito isolada, ou precisa de alguém que o ajude a cuidar.”

Que tensões ou paradoxos vive?

a) Digitalização vs. Mundo Físico

Vive entre um mundo cada vez mais digital e o seu referencial de vida físico e presencial:

Se tudo se tornar digital – marcações, informação, literacia em canais online – este doente fica para trás.

b) Informação em excesso vs. Capacidade de a usar

- Tem acesso a muita informação de má qualidade (redes sociais, TV, Google).
- Não sabe descodificar o que é fiável ou relevante.
- Fica mais vulnerável à desinformação do que empoderado.

“Está muito mais sujeito a ser contaminado e mal informado, se aquilo a que tiver acesso for apenas redes sociais.”

“Precisa de descodificação da informação a que tem acesso, mas que não sabe muito bem o que fazer com ela.”

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?

c) Confiança no médico vs. Desconfiança noutros atores

- Confia muito no médico e tende a aceitar partilhar dados quando o pedido vem do profissional de saúde.
- Pode ser cético se o pedido vem de outros atores (indústria, plataformas digitais).

Implicações para a Indústria Farmacêutica

Para chegar a esta persona idosa e frágil, é preciso manter e reforçar a componente física e humana, através de:

- Associações de doentes
- Cuidador informal e formal
- Farmácia comunitária e grupos de apoio locais

Fornecer soluções híbridas (presencial + digital) é essencial para evitar exclusão.

As empresas que tiverem uma abordagem desinteressada, de longo prazo, focada em capacitação e cidadania, serão as que se diferenciam.

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?

Persona 2: Pessoa jovem com doença crónica, conectada em rede

Em Portugal, 26,6% da população tem entre 2 e 4 doenças crónicas, sendo que 47,1% da população tem 5 ou mais doenças crónicas. Apenas 15,4% da população não tem qualquer doença crónica (Prazeres, 2025). As múltiplas doenças crónicas são agora a norma e não a exceção, levando a abordagens de cuidados coordenados, novos modelos focados na autogestão, cuidados integrados e otimização da medicação (Dexter et al., 2010).

Quem é?

É uma pessoa com doença crónica, muito habituada a gadgets, dispositivos médicos e ferramentas digitais de saúde. É um doente em rede, altamente conectado, com uma doença crónica (ex.: diabetes), que usa intensivamente a tecnologia, mas vive vários dilemas na gestão da informação e dos dados.

O que valoriza?

- Tem elevada consciência da importância de prevenção e estilos de vida saudáveis, quer na alimentação, quer no exercício físico e também na prevenção de doenças, através de vacinação e acompanhamento médico.
- Valoriza respostas rápidas, autonomia e controlo sobre a própria saúde, evitando ao máximo esperas longas no sistema tradicional, para as quais tem pouca paciência.

“São pessoas que não vão ter paciência nenhuma, é uma “seca” estar à espera... de falta de resposta, espera de consulta, etc.”



Como usa a tecnologia?

- Usa aplicações e plataformas onde introduz análises e recebe resultados automaticamente, recorrendo ao “digital” sempre que este lhe dá a resposta que procura.
- Recebe informação constantemente de fontes tidas como fidedignas, mas também de outras menos claras, o que obriga a algum tipo de “descodificação” da informação.
- Quando a situação se torna mais grave ou as ferramentas dão respostas contraditórias, precisa de intervenção humana - o papel do profissional de saúde continua a ser visto como essencial para interpretar e decidir.

“Vão recorrer ao máximo a estas ferramentas, se elas lhes derem a resposta que eles querem. Ficam por ali; se a coisa for um bocadinho mais grave, vão, aí sim, recorrer ao sistema tradicional.”

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?

Que comportamentos chave definem este doente?

- Mostra impaciência com a falta de resposta e tempos de espera; se o digital resolve, fica por aí, se não resolve, então recorre ao sistema presencial.
- Espera que, nos próximos anos, haja mais tecnologias digitais de saúde integradas, com processos automatizados, mantendo, contudo, o recurso ao sistema “tradicional” em casos complexos.
-

Tensões e paradoxos

a) Dados pessoais:

- Partilha livremente dados com gadgets, aplicações e chats (incluindo análises identificadas).
- Mostra relutância quando é uma entidade formal (hospital, Estado, associação) a pedir esses dados, questionando quem terá acesso e se a entidade patronal poderá saber.

b) Excesso de informação:

- Pode usar várias ferramentas e obter respostas que “não batem certo”, o que gera confusão e necessidade de humanização da decisão.

Um dos paradoxos centrais é a relação com os dados pessoais. Por um lado, partilha-os com gadgets e plataformas, mas por outro não confia quando uma entidade formal pede esses dados. No fundo, confia mais na máquina que nas instituições.

“Se lhes for pedida a partilha de dados, vão colocar a questão: ‘Mas estes dados vão ser partilhados com quem? A minha entidade patronal vai saber? O meu nome vai estar mencionado?’”

“Entretanto, aquilo está numa plataforma digital com o nome, com a análise, com tudo identificado, não é?”

Implicações para a Indústria Farmacêutica

- As associações de doentes são vistas como um barómetro e interface importante, que deve ser capacitado de forma agnóstica para apoiar estes doentes na interpretação da informação.
- A indústria farmacêutica é vista como devendo continuar a impulsionar a inovação, não só em fármacos, mas também em tecnologias digitais de saúde, e atuar como facilitadora entre os vários agentes do ecossistema (profissionais, associações, doentes), uma vez que não pode chegar diretamente ao doente.

“A expectativa que nós temos é que a indústria farmacêutica continue, obviamente, a impulsionar a inovação... cada vez mais outro tipo de tecnologias, tecnologias digitais, que até já são financiadas noutros países. Portugal ainda não tem qualquer desenvolvimento nessa área.”

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?

Persona 3: O “Doente Ideal” Informado

Quem é?

É um doente ideal, informado, preventivo e exigente, que vive numa relação estreita com a IA e com dados, mas que continua a precisar de profissionais e de um ecossistema regulado e colaborativo para que esse potencial seja seguro e real.

O que valoriza?

- Valoriza não estar doente.
- Investe fortemente na prevenção e num estilo de vida saudável
- Desenvolve atividades que reduzam o risco de doença.
- Acesso fácil e eficiente ao sistema, não aceitando jornadas fragmentadas e lentas.
- Valoriza soluções em que tudo se resolve de forma integrada.

“Este doente quer informação, quer acesso, quer as coisas resolvidas de uma forma muito eficiente. Não é hoje faço análise, amanhã respiro, depois de amanhã encontro o médico... é o projeto chave na mão.”

Como usa a tecnologia?

- Está ligado à informação e utiliza intensivamente ferramentas digitais e inteligência artificial para obter respostas sobre a sua saúde.
-

Comportamentos-chave deste doente

- Procura ativa de informação, com grande capacidade de decisão e consciência dos dados.
- Aceita que os seus dados sejam usados para fins de saúde se perceber valor e anonimização, mostrando maturidade em relação à partilha de dados.
- Continua a recorrer a profissionais de saúde especializados, mas espera que estes estejam focados em atos de maior qualificação, e não em tarefas de “segundo nível”.

“Este doente, se os dados forem anonimizados, percebe que vão servir... é um doente muito bem informado, consciencioso, com capacidade de decisão extraordinária. É o doente de sonho.”

Tensões e paradoxos

a) Eficiência vs. Humanização

- Quer tudo rápido e integrado, mas será necessário manter redundância e presença humana para garantir qualidade e segurança.

b) Aposta massiva em IA vs. risco sistémico

- Concentrar “todas as fichas” na IA pode ser um risco caso surja uma nova grande bolha e desastre, maior que o *subprime*, pelo que o modelo não pode depender apenas da IA.

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?

c) Acesso individual direto vs. papel das associações de doentes

- Há quem defenda que, com a democratização radical da informação, a comunicação passará a ser quase direta ao indivíduo, esvaziando a “sindicalização” dos doentes.
- Outros sublinham que as associações continuarão essenciais para influenciar políticas, reembolso e inovação terapêutica, porque “um doente sozinho tem muito pouca influência ou poder”.

Papel esperado para a Indústria Farmacêutica

- Com a IA há uma obrigação ética de disponibilizar informação credível e que capacite os doentes, particularmente considerando os riscos da IA, incluindo possíveis “bolhas” financeiras e impactos graves (como casos de aumento de suicídios associados a usos de chatbots), reforçando a necessidade de especialização e curadoria de conteúdos.
- A indústria deve fornecer conteúdos validados para os modelos de IA, em parceria com outros atores credíveis, nomeadamente com detentores de LLMs (ex: chat GPT).
- A indústria é vista como fornecedora de conteúdos credíveis para IA e facilitadora entre doentes, profissionais e sistema, mas não como única fonte de informação.
- As próprias organizações têm de se recapacitar, passo a passo, para criar canais de acesso bem feitos, com forte envolvimento das áreas legais e de compliance.

“Ou nós fornecemos, ou alguém vai fornecer por nós e não temos qualquer controlo. Achamos que é responsabilidade da indústria darmos essa informação trabalhada, credível.”

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?

Persona 4: Saudável e Hiperconectado

Quem é?

É uma pessoa saudável, altamente conectada, preventiva, informada e que procura ativamente o bem-estar e o controlo total sobre a sua saúde. Ao mesmo tempo, enfrenta os riscos da sobrecarga informacional, da falsa segurança e da erosão da confiança nos profissionais, e que pode, eventualmente, procurar momentos de desconexão para preservar o seu bem-estar mental.

O que valoriza?

- Ter a informação toda, de forma transparente, integrada e acessível – dados clínicos, genética, histórico;
- Quer estar empoderado e no controlo total da sua saúde, tomando decisões informadas e não aceitando passivamente o que lhe é dito.

"Não quer que lhe digam 'é assim', quer perceber, quer tomar decisões informadas. Quer estar no controlo."

Como usa a tecnologia?

- Usa smartwatches e dispositivos wearables constantemente, que monitorizam a saúde em tempo real.
- Procura apps e plataformas que integrem todos os seus dados e lhe deem respostas rápidas.
- Está permanentemente ligado a redes de informação (internet, redes sociais, plataformas especializadas).

Comportamentos-chave deste doente

- Prevenção ativa constante: faz rastreios, adota hábitos de vida saudáveis, monitoriza-se continuamente.
- Procura segunda opinião facilmente: já não se contenta com a opinião de um só profissional; quer confrontar informação.
- Possui uma elevada autonomia. Quer gerir sozinho (ou quase) a sua saúde, recorrendo a profissionais quando acha necessário, mas não por dependência.

Tensões e paradoxos

a) Sobrecarga de informação vs. Capacidade de a interpretar

- Tem acesso a imensas fontes de informação, mas isso não garante que saiba interpretá-las corretamente ou distinguir o que é fiável; e
- Pode cair em falsa sensação de controlo, acreditando que sabe tudo porque pesquisou muito, mas na verdade não tem a competência técnica para decidir sozinho.

"O grande problema não é o acesso à informação – é a capacidade de a interpretar corretamente. Vai ter muita informação, mas será que sabe o que fazer com ela?"

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?

b) Autonomia total vs. Necessidade de confiar nos profissionais

- Quer controlo total, mas quando a situação é grave, continua a precisar de confiar num profissional.
- Há um risco de erosão da confiança se o doente questiona tudo ao ponto de já não aceitar orientações médicas fundamentadas.

"Pode questionar tudo, mas quando tem um problema sério, vai ter de confiar em alguém. E aí surge a tensão: consegue ele confiar depois de questionar tanto?"

c) Hiperconectividade vs. necessidade de "desligar"

- Vive permanentemente ligado, monitorizado e a receber alertas dos seus dispositivos. Mas isso pode gerar ansiedade e cansaço.
- Pode surgir um movimento de reação contra esta hiper vigilância constante. As pessoas decidem conscientemente "desligar" ou reduzir radicalmente o uso de tecnologia de saúde.

"Estar sempre ligado pode ser cansativo. Há momentos em que a pessoa vai querer desligar tudo e simplesmente viver."

Papel esperado da Indústria Farmacêutica

- A indústria e os prestadores devem fornecer informação credível, acessível e interpretável, não apenas dados em bruto.
- Devem facilitar plataformas de integração de dados que sejam seguras e intuitivas.

4 O doente em 2030

4.2 Que personas se desenharam para o doente em 2030?

Em conclusão, as características das quatro personas identificadas, são as seguintes:

Eixo / Grupo	Grupo 1 Idoso frágil	Grupo 2 Doente crónico conectado em rede	Grupo 3 Doente “ideal” informado	Grupo 4 Pessoa saudável hiperconectada
Literacia e autonomia	Baixa literacia funcional; autonomia limitada; grande necessidade de descodificação e apoio de terceiros.	Literacia média; sabe usar ferramentas, mas perde-se na coerência da informação.	Literacia alta; consciencioso, com grande capacidade de decisão – “doente de sonho”	Literacia alta, sente-se muito informado; risco de falsa segurança e excesso de confiança em si próprio.
Relação com tecnologia	Uso básico (telefone, TV, redes sociais); vulnerável à desinformação; não usa IA.	Uso intensivo e pragmático de apps, gadgets, plataformas; fica no digital se funcionar.	Tecnologia e IA como peça central; indústria e parceiros a fornecerem conteúdos curados para modelos de IA.	Hiperconectado, monitorização constante via wearables e integração total de dados pessoais.
Relação com o sistema de saúde	Dependente do presencial (médico, farmácia, cuidador); sente retrocesso e frustração; teme digitalização total.	Híbrido: primeiro digital, depois sistema tradicional quando situação é grave.	Sistema reorganizado: IA + profissionais focados nos atos qualificados.	Exige processos “chave na mão”, integrados, rápidos, com o mínimo de fricção.
Papel das associações de doentes	Ponte crítica para chegar ao doente e cuidador; componente de contacto físico essencial.	Barómetro e interface; capacidades de forma agnóstica pela indústria e outros parceiros	Pode haver esvaziamento, devido à comunicação direta ao indivíduo; mas continuarão a ser importantes na defesa de políticas de saúde.	O foco será na relação direta indivíduo–sistema–tecnologia.
Prevenção vs. doença	Doença instalada, vulnerabilidade, foco em acesso, segurança e dignidade.	Doença crónica auto-gerida, com prevenção secundária forte.	Doente ideal, altamente empoderado; modelo aspiracional.	Pessoa que não quer estar doente; foco máximo em prevenção e estilos de vida saudáveis.
Confiança / desconfiança	Confia muito no médico; desconfia mais de plataformas; aceita partilhar dados se o médico pedir.	Confia em gadgets e apps, mas desconfia quando entidades formais pedem dados (hospital, Estado, empregador).	Confia na IA, mas é necessária a curadoria da informação.	Questiona tudo, quer validar tudo; risco de dificuldade em confiar quando precisa de ajuda em situações graves.
Inclusão / exclusão	Alto risco de exclusão digital se tudo passar a ser online; precisa de soluções híbridas.	Risco de ficar “preso na rede”: excesso de informação e respostas contraditórias prejudicam decisões.	Risco sistémico se o modelo de negócio apostar tudo na IA; novos tipos de exclusão e erros.	Risco de saturação: hiperconectividade pode levar a desligar, com possíveis riscos por evitar sinais relevantes.

5 Implicações para o sistema de saúde

5.1 Principais conclusões

Comportamento e expectativas do doente

O doente do futuro quer conveniência, rapidez e integração, num percurso tipo “via verde”, com ponto único de entrada e sem repetição de informação ao longo da sua jornada.

Complementarmente há uma mudança do foco “doente” para “pessoa que não quer estar doente”, com prevenção e escolhas constantes.

Tecnologia, dados e informação

A hiperconectividade e uso intensivo de Apps, wearables e inteligência artificial geram muito mais dados e acesso a serviços, mas promovem também excesso de informação e confusão.

Surgem paradoxos na partilha de dados. Se os doentes, por um lado partilham dados com gadgets e plataformas, já poderão questionar essa partilha quando entidades formais pedem os mesmos dados.

Relação com a Indústria Farmacêutica

A indústria é vista como impulsionadora de inovação não só em fármacos, mas também em tecnologias digitais de saúde, atuando como facilitadora entre agentes, uma vez que não se relaciona diretamente com o doente.

Existe a expectativa de a indústria ter um papel relevante no fornecimento de conteúdo credível e validado, incluindo para os sistemas de inteligência artificial, com forte envolvimento de áreas legais e de compliance.

Inclusão e equidade

O futuro aparece como “dois doentes” separados por um fosso socioeconómico. Um doente privilegiado com informação, capacidade de interpretação, acesso e navegação no sistema vs. um doente desfavorecido com espera longa para o acesso e baixa capacidade de gestão da informação.

O fosso não é só económico, é também sociocultural, educacional e geográfico, com risco de exclusão digital particularmente no idoso frágil.

Oportunidade 1

O SNS poderá desenvolver processos de simplificação administrativa e integração real da jornada do doente, suportado em sistemas de informação interoperáveis dentro do SNS e com os parceiros privados e sociais. A criação de um modelo único, que agregue a informação de saúde do SNS, privados e setor social, em que o doente é o gestor da sua informação e faz as suas escolhas de partilha, poderá ser algo a estudar e implementar.

Com um modelo de agregação da informação clínica, não só fica facilitado o acesso transversal para serviços médicos ao cidadão, mas os dados podem ser usados para investigação para o bem comum, sendo fundamental a definição de regras claras de acesso, consentimento, anonimização, no cumprimento pelo RGPD, promovendo a confiança dos cidadãos na partilha dos seus dados de saúde.

Na Finlândia existe um repositório nacional, chamado Kanta que reúne numa única aplicação a informação de saúde gerada, tanto de cuidados de saúde públicos como privados, ficando disponível ao cidadão através do serviço MyKanta. São os cidadãos que decidem a informação que partilham (Kanta, n.d.).

Também na Estónia, todos os cidadãos têm acesso a um repositório centralizado com a sua informação clínica, originária de todos os prestadores de cuidados de saúde e que podem consultar no 'My E-Health'. Todos os profissionais de saúde com licença ativa podem aceder aos dados para efeitos de prestação de cuidados e o cidadão tem acesso a toda a informação, sendo o dono dos dados (SORAINEN, 2014).

Oportunidade 2

Criar jornadas otimizadas e simplificação real do percurso do doente. Transformar a centralidade do doente de discurso em prática, reduzindo a fricção administrativa e a fragmentação do percurso. Para ativar esta oportunidade é fundamental conhecer a jornada do doente, não só num prestador, mas em todo o sistema, para possuir informação fidedigna que permita desenhar jornadas ótimas, particularmente em doenças crónicas onde a centralidade no doente se torna mais imperativa.

Oportunidade 3

Os profissionais são cada vez mais “decisores/interpretadores” nos casos complexos e na humanização da decisão. Podem ter também um papel importante na prevenção e na manutenção da saúde.

Um exemplo é o 'MAGIC' (Making Good Decisions in Collaboration) do NHS, um programa desenvolvido para desenhar, testar e identificar a melhor forma de integrar a decisão partilhada na rotina dos cuidados primários e hospitalares. O programa utilizou um conjunto de técnicas de workshops, trabalho em equipa, formação, identificação dos momentos de partilha, entre outras, para criar a dinâmica que pudesse levar a esta transformação de abordagem entre médico e doente (Joseph-Williams et al., 2017).

Oportunidade 4

Os prestadores de cuidados de saúde e os stakeholders da saúde em geral têm uma oportunidade de fazer a curadoria da informação que publicam e parcerias com outras entidades, para que a qualidade da informação disseminada seja superior. Adicionalmente é importante que haja mecanismos de redundância humana para garantir a segurança e qualidade (ter portas de “escape” para quem usa a tecnologia para se poder esclarecer melhor).

A indústria farmacêutica pode investir em literacia, incluindo a literacia digital, curadoria de informação e parcerias (associações, profissionais, detentores de LLMs) para garantir credibilidade.

Existem já algumas fontes de informação ‘curadas’ para acesso dos cidadãos. No Reino Unido, o National Institute of Health criou o MedlinePlus, desenhado como um recurso “seletivo” e bem organizado para direcionar cidadãos para informação de saúde fiável. O modelo inclui manutenção contínua, com verificação de links, atualização quando há nova informação, e revisão completa em ciclos definidos. Tem um conector que permite que as organizações de saúde e as empresas tecnológicas de sistemas de saúde possam conectar as suas aplicações com este portal de informação (National Library of Medicine, n.d.).

No Reino Unido existe também o PIF TICK, um selo/marca de qualidade para informação de saúde (folhetos, websites, apps, vídeos) que exige demonstrar um processo de produção profissional e robusto com 10 critérios, aplicável a organizações do NHS, associações e empresas na área da saúde (PIF TICK, n.d.).

Oportunidade 5

Apoiar as associações de doentes, na capacitação do doente para a era da informação e acesso digital, para que os doentes possam explorar este valor, para melhorarem a sua saúde. Algumas iniciativas possíveis são:

- A adoção de um sistema de qualidade editorial para conteúdos em digital e papel, que inclua critérios explícitos, revisão, linguagem simples, equipa treinada e prova de processo, à semelhança com o PIF TICK, mesmo que não exista um processo de certificação explícito.
- Implementar programas estruturados para capacitar doentes e cuidadores em autogestão, comunicação com profissionais e adoção de hábitos. Um exemplo é o Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). O CDSMP é um programa baseado em evidência criado especificamente para ajudar doentes com doenças crónicas a gerir eficazmente a sua doença e a ter comportamentos saudáveis. O programa apoia o desenvolvimento de competências para autogestão da saúde, através de sessões educativas e planeamento de ações (Kerari et al., 2024).

5.2 Oportunidades para os atores da saúde

Oportunidade 6

Desenhar serviços híbridos, que incluem presencial e digital de forma integrada, com apoio de navegação, literacia e acesso a contacto com humanos, para evitar exclusão. O desenho das jornadas, que pode ser gradual, começando com doenças mais críticas, deve ser feito integrando o digital e o físico *by design*. Algumas ideias associadas podem ser:

- Definir “regras de escape” explícitas, com critérios clínicos e sociais para passar do digital para humano, com rede de suporte 24/7 em jornadas de risco.
- Criar funções de navegação com apoio (por exemplo acesso a: profissional de saúde, especialista digital, chamada de retorno), de forma a suportar o lançamento de um serviço digital verdadeiramente integrado.
- Avaliar o nível de inclusão, com base na idade, condição, rendimento e/ou território e qualidade clínica (escalamentos apropriados, tempos de resposta, adesão), garantindo que o digital é pelo menos tão bom quanto as alternativas não digitais.

Oportunidade 7

A comunidade, nomeadamente a farmácia, os cuidadores e as associações, podem assumir um papel de ponte para acesso e descodificação da informação e até das jornadas.

As farmácias em Portugal já têm um histórico de intervenção em cuidados de saúde que vão para além da medicação. Podem implementar-se modelos que fortaleçam a comunidade e os cuidadores, particularmente em zonas mais remotas, onde os cuidados de saúde são mais distantes. Existe alguma evidência que intervenções de pessoas da comunidade podem ser eficazes, por exemplo ao nível da prevenção e literacia (National Academies of Sciences, 2018).

As associações de doentes podem também, como já referido anteriormente, ser uma ponte para a literacia e os autocuidados.

O estudo realizado mostra que falar do “doente do futuro” é, essencialmente, falar de diversidade, desigualdade e escolha. Em 2030 coexistirão perfis muito distintos: desde o idoso frágil, dependente de apoio presencial, até ao cidadão hiperconectado que exige jornadas digitais integradas, passando pelo doente crónico em rede e pelo “doente ideal” altamente informado. Esta diversidade obriga a abandonar soluções únicas e a desenhar respostas segmentadas e adaptadas a cada perfil/ persona, que combinem proximidade física, tecnologia e apoio comunitário.

A centralidade do doente, hoje muito presente no discurso, continuará a ser frágil se não houver uma transformação real dos processos. Simplificar a navegação, reduzir burocracia, interoperar sistemas e desenhar jornadas *by design* a partir da experiência do doente são condições básicas para que o doente deixe de ser “a rotunda onde ninguém para” e passe a ter voz ativa e efetiva. Isto implica também investir em literacia em saúde e digital, tornando a informação utilizável, comparável e confiável para diferentes níveis de literacia.

A tecnologia e a inteligência artificial são vistas como peças centrais do futuro, mas o relatório alerta para os seus riscos: desinformação, excesso de dados, dependência, novas formas de exclusão e possibilidade de “bolhas” que abalem a confiança. A resposta não é recusar tecnologia, mas garantir curadoria, redundância humana e portas de escape claras que permitam ao doente sair do digital quando necessário. Profissionais de saúde serão cada vez mais uma ajuda fundamental à interpretação da informação, particularmente em situações complexas, reforçando o seu papel na humanização e segurança das decisões.

A desigualdade surge como um eixo crítico: Portugal já apresenta um fosso socioeconómico relevante que se traduz em dois doentes – o que se preocupa com a saúde e longevidade e o que luta por sobrevivência básica. Se nada for feito, a expansão da medicina de precisão, dos dispositivos e das soluções digitais poderá ampliar ainda mais esse fosso. Por isso, é crucial que políticas públicas, SNS, prestadores e indústria incorporem a equidade como critério de desenho de soluções, garantindo modelos inclusivos, serviços híbridos e apoio específico a grupos vulneráveis, em particular idosos com baixa literacia.

O estudo identifica um conjunto de oportunidades concretas: criar repositórios integrados de informação clínica centrados no cidadão; redesenhar jornadas com base em dados reais do percurso do doente; estruturar programas de literacia e autogestão; apoiar associações e farmácias como pontes de proximidade; e definir padrões de qualidade editorial para informação de saúde, inspirados em modelos internacionais de “selo de confiança”. Estas oportunidades são caminhos acionáveis para transformar paradoxos em mudanças efetivas.

Para a indústria farmacêutica, o futuro implica uma mudança de postura: de fornecedora de produtos para co-arquitetura do ecossistema de saúde, assumindo responsabilidades éticas na produção de conteúdos, na participação em plataformas de dados, na capacitação dos doentes e na promoção de modelos colaborativos com profissionais, associações e decisores. Ao fazê-lo, poderá contribuir decisivamente para que, em 2030, o doente deixe de ser apenas o objeto da inovação e passe a ser, verdadeiramente, um parceiro central na definição e utilização das soluções que o sistema lhe oferece.

Dexter, P. R., Miller, D. K., Clark, D. O., Weiner, M., Harris, L. E., Livin, L., Myers, I., Shaw, D., Blue, L. A., Kunzer, J., & Overhage, J. M. (2010). Preparing for an aging population and improving chronic disease management. *AMIA ... Annual Symposium Proceedings. AMIA Symposium, 2010*, 162–166.

EAPN Portugal. (2024). *Poverty Watch 2024*.
https://www.eapn.pt/wp-content/uploads/2024/10/Poverty-Watch-Report_Portugal_2024_EN.pdf

Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Edwards, A., Stobbart, L., Tomson, D., Macphail, S., Dodd, C., Brain, K., Elwyn, G., & Thomson, R. (2017). Implementing shared decision making in the NHS: Lessons from the MAGIC programme. *BMJ*, 357, j1744. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1744>

Kanta. (n.d.). *Control how your data is used*. Retrieved February 11, 2026, from
<https://www.kanta.fi/en/data-usage-and-consents>

Kerari, A., Bahari, G., Alharbi, K., & Alenazi, L. (2024). The Effectiveness of the Chronic Disease Self-Management Program in Improving Patients' Self-Efficacy and Health-Related Behaviors: A Quasi-Experimental Study. *Healthcare*, 12(7), 778. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070778>

Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social Determinants of Health Equity. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517–S519. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302200>

National Academies of Sciences. (2018). *Community-Based Health Literacy Interventions: Roundtable on Health Literacy*. <https://doi.org/10.17226/24917>

National Library of Medicine. (n.d.). *About Medline Plus*. Retrieved February 4, 2026, from
<https://medlineplus.gov/>

Ordem dos Médicos. (2022). *O Futuro da saúde: o impacto das tendências científicas, tecnológicas, demográficas, climáticas, económicas e sociais*.
<https://www.calameo.com/read/000163849aa49623416f4>

Ordem dos Médicos - Região do Sul. (2022). *Cenários da Saúde em 2040: Os desafios da medicina para a próxima geração* (L. Rocha, Ed.). <https://www.calameo.com/read/000163849728e4152c3c2>

Paul, V., & Bickley, M. S. (2025, March 18). *Evolution of Patient-Centricity in the Multi-Indication Pharmaceutical Era*.
<https://www.iqvia.com/blogs/2025/03/evolution-of-patient-centricity-in-the-multi-indication-pharmaceutical-era>

PIF TICK. (n.d.). Retrieved February 4, 2026, from <https://piftick.org.uk/>

Prazeres, F. (2025). Nationwide study on multimorbidity prevalence: 7.64 million primary healthcare users in Portugal with multiple chronic conditions. *Public Health*, 240, 18–20.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.005>

SORAINEN. (2014). *Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for the Republic of Estonia*.
https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/laws_estonia_en_0.pdf

World Health Organization. (2023). *Health Data Overview of The Portuguese Republic*.
<https://data.who.int/countries/620>



NEW
ANGLE Simplicity in
complex systems

TENDÊNCIAS DA SAÚDE /

O Doente do Futuro:
Perfil e Desafios para 2030.