

Rita Sá Machado

Diretora-Geral da Saúde

“O financiamento deve seguir também as comunidades, não apenas o doente”

Tendo iniciado funções como Diretora-Geral da Saúde logo a seguir à Pandemia, Rita Sá Machado é uma das mais jovens responsáveis a despenhar o cargo, facto que encara “como uma responsabilidade acrescida”, salientando que “a liderança na saúde exige conhecimento técnico, capacidade de decisão, escuta, serenidade e construção de confiança”. Nesta entrevista destaca ainda que a Direção-Geral da Saúde orienta todo o sistema de saúde: “dos cuidados de saúde primários aos hospitais, das respostas comunitárias às instituições privadas e sociais, e atua numa vasta área de cuidados desde a prevenção, à qualidade clínica e segurança dos doentes”.

Assumiu a liderança da DGS em novembro de 2023, num período pós-pandémico em paralelo com uma intensa reorganização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Como avalia esta fase de transição e como acha que vai moldar o papel que a DGS tem no sistema de saúde?

A Direção-Geral da Saúde é uma instituição com 127 anos de história. Isso traz uma responsabilidade muito grande: preservar um legado de credibilidade, rigor técnico e serviço público, mas, ao mesmo tempo, ter a capacidade de modernizar a instituição e adaptá-la aos desafios atuais mantendo o seu papel relevante.

Assumir estas funções em novembro de 2023, sendo mulher e uma das diretoras-gerais da Saúde mais jovens, teve também uma dimensão simbólica que não ignoro. Mas encaro isso sobretudo como uma responsabilidade acrescida. A liderança na saúde exige conhecimento técnico, capacidade de decisão, escuta, serenidade e construção de confiança. E essas características não dependem da idade ou do género, embora seja

importante que as instituições públicas também reflitam a diversidade e a renovação da sociedade que servem. E nunca tive dúvidas da minha capacidade para assumir esta liderança, se não, não me teria candidatado.

O período pós-pandémico foi particularmente exigente. Por um lado, porque a pandemia colocou a saúde pública no centro da vida das pessoas e aumentou muito a expectativa relativamente à atuação da DGS. Por outro lado, porque coincidiu com uma reorganização profunda do SNS, com mudanças institucionais, operacionais e de governança que ainda estão a consolidar-se.

O meu papel, enquanto diretora-geral da Saúde, é assegurar que esta transição acontece com estabilidade, com sentido estratégico e com o menor impacto possível para os cidadãos. As reformas são necessárias, mas têm de ser acompanhadas, avaliadas e corrigidas sempre que necessário. A DGS deve ser uma entidade que dá consistência técnica ao sistema, que antecipa riscos, que apoia a decisão e que mantém proximidade com

os profissionais, com as instituições e com a população. Acredito que esta fase vai moldar a DGS no sentido de a tornar mais moderna, mais orientada para dados, mais colaborativa e mais próxima do terreno. Mas sem perder aquilo que é essencial: independência técnica, credibilidade científica e uma visão nacional da saúde.

Com a recente reestruturação do SNS e o foco nas Unidades Locais de Saúde (ULS), como é que a DGS garante que as diretrizes de saúde pública são aplicadas de forma homogênea de norte a sul do país?

Antes de mais, importa dizer que as orientações da DGS não se dirigem apenas à saúde pública em sentido estrito. A DGS orienta técnico-normativamente todo o sistema de saúde: dos cuidados de saúde primários aos hospitais, das respostas comunitárias às instituições privadas e sociais, e atua numa vasta área de cuidados desde a prevenção, à qualidade clínica e segurança dos doentes. No caso específico da saúde pública, a homogeneidade não se promove apenas por decreto. Promove-se com liderança ▶





Considero muito relevante a medição de resultados que importam para os doentes

clínica também, e a produção normativa tem de acompanhar essa realidade.

Por isso, estamos a trabalhar num novo processo de desenvolvimento de normas, com uma priorização mais clara, maior consistência metodológica e maior capacidade de atualização. Não basta produzir documentos; é preciso garantir que são úteis, aplicáveis e capazes de orientar a prática clínica.

Outra área central são os percursos de cuidados integrados. A DGS já desenvolveu dois percursos e está a preparar outros. Estes instrumentos são particularmente importantes porque ajudam a clarificar o que deve acontecer em cada fase da trajetória do doente, desde a prevenção e diagnóstico até ao tratamento, reabilitação e seguimento. Isto é essencial para reduzir variabilidade injustificada, melhorar resultados e evitar desperdício, princípios que como diz, são centrais aos professados pelo VBHC.

Há ainda uma outra dimensão que considero muito importante: a medição de resultados que importam para os doentes. Estamos a trabalhar num documento normativo sobre PROMs e PREMs, precisamente para promover uma utilização mais consistente destes instrumentos no sistema de saúde. Se queremos falar seriamente de VBHC, temos de medir não apenas o que fazemos, mas o impacto que isso tem na vida das pessoas. Não há ninguém mais bem posicionado para o fazer que a DGS, que agrega diversas capacidades únicas incluindo conhecimento clínico, do sistema e de gestão para avançar esta agenda em Portugal. A DGS pode, portanto, contribuir para alinhar qualidade clínica, percursos assistenciais, resultados em saúde e sustentabilidade. Esse é um espaço onde a instituição tem de estar cada vez mais presente.

Tradicionalmente, a DGS é vista pelo cidadão comum como um órgão reativo a crises (epidemias, calor extremo, campanhas de vacinação) e a

técnica, com articulação, com formação, com monitorização e, sobretudo, com integração real da saúde pública nas decisões das instituições.

Com a criação das ULS, há uma oportunidade muito importante: aproximar a saúde pública da gestão local, da realidade das populações e das necessidades concretas de cada território. Recentrar a Saúde Pública no seu espaço natural, equidistante entre cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, e respostas da comunidade. Mas para isso se concretizar é essencial duas questões: primeiro que as Unidades de Saúde Pública consigam provar o seu valor diariamente, e segundo, que as administrações das ULS reconheçam a Saúde Pública como uma função estratégica, geradora de ganhos em saúde e de eficiência de custos, e não apenas como uma estrutura operacional, administrativa, ou simples unidade de perfil clínico.

No primeiro Encontro Nacional de Autoridades de Saúde, procurei precisamente transmitir essa mensagem. A saúde pública tem de mostrar o seu valor e liderança em três áreas fundamentais. Primeiro, no planeamento em saúde, ajudando as ULS a conhecer melhor a população que servem e a definir e organizar respostas de acordo com as necessidades reais. Segundo, na vigilância em saúde pública, garantindo capacidade para detetar rapidamente sinais de alerta, seja na comunidade, nos serviços de saúde ou em contextos específicos. Terceiro, na preparação e resposta a emergências, sejam elas

biológicas, ambientais ou climáticas – como surtos, ondas de calor, tempestades ou outras ameaças. A DGS tem aqui um papel de coordenação nacional, produção normativa, apoio técnico e acompanhamento. Mas a implementação concreta exige uma ligação forte ao nível local, com as autoridades de saúde, as ULS, os municípios, a proteção civil e os demais parceiros da comunidade.

A transição de um modelo de financiamento baseado na produção para um modelo centrado na capitação reforça a importância da Governança Clínica, da medição de resultados em saúde e da adoção de princípios de Value-Based Healthcare. Neste contexto, que papel pode a Direção-Geral da Saúde desempenhar na redefinição dos percursos assistenciais dos doentes, na harmonização dos clinical pathways e na atualização das normas e orientações clínicas, de forma a promover ganhos em saúde, eficiência e sustentabilidade do SNS?

A DGS tem um papel muito relevante nesta área, sobretudo através do Departamento da Qualidade na Saúde, que concentra grande parte do trabalho relacionado com normas clínicas, segurança do doente, qualidade assistencial e melhoria contínua dos cuidados. Estamos num momento em que precisamos de evoluir. O sistema precisa de normas e orientações clínicas que sejam tecnicamente sólidas, mas também mais ágeis, mais fáceis de atualizar e mais alinhadas com os percursos reais dos doentes. A evidência científica muda rapidamente, a prática



experiência da pandemia possivelmente acentuou esta perceção. O reforço da prevenção e da literacia em saúde é hoje, possivelmente mais do que em qualquer outro momento, fundamental para a melhoria dos resultados em saúde da população e para a mitigação de iniquidades entre cidadãos. Como é que se transforma a DGS para uma resposta mais eficaz a estes desígnios? Antecipa novas formas de comunicação com a população que facilitem a mudança de perceção?

A DGS é muitas vezes vítima do seu próprio sucesso. É natural que o cidadão se lembre mais da DGS nos momentos de crise, porque é nesses momentos que a nossa presença se torna mais visível. Mas muitos dos exemplos que deu não são propriamente reativos. O Programa Nacional de Vacinação é uma das maiores ferramentas de prevenção do país. Os rastreios são instrumentos preventivos fulcrais e de resultados de saúde e económicos comprováveis. A vigilância epidemiológica é o primeiro passo da prevenção da doença. A preparação para ondas de calor ou para outras ameaças também é prevenção dos impactos nocivos à saúde. O desafio é que a prevenção, quando funciona, muitas vezes é invisível. Evita doença, evita internamentos, evita mortes, mas nem sempre é percebida como uma intervenção concreta. Por isso, temos de comunicar melhor o valor da prevenção.

A literacia em saúde é hoje uma prioridade absoluta e onde estamos presentes. Estamos a procurar aproximar a comunicação da DGS dos cidadãos, utilizando uma linguagem mais clara, formatos mais simples e canais mais adequados a diferentes públicos. Temos também de comunicar melhor com os jovens, com populações mais vulneráveis e com grupos que tradicionalmente podem estar mais afastados das instituições. Mas diria que o desafio vai ainda mais longe. A geração atual já não é apenas uma geração que consome redes sociais. É uma geração que interage com interfaces digitais, motores de busca, assistentes virtuais e ferramentas de inteligência artificial. A saúde pública tem de estar preparada para comunicar também nesse ecossistema. Isso significa adaptar conteúdos, combater desinformação, produzir informação fiável em formatos acessíveis e garantir que a voz técnica da saúde chega onde as pessoas estão. A DGS tem de ser cada vez mais uma instituição que não comunica apenas em momentos de crise, mas que está presente de forma contínua na promoção da saúde, na prevenção da doença e na capacitação dos cidadãos.

A literatura científica consensualmente assume que entre 80% e 90% das necessidades e resultados em saúde são explicados pelos determinantes sociais da Saúde, designadamente fatores ambientais, socioeconómicos, culturais

e comportamentais. A contrário, apenas 10% a 20% são atribuíveis aos cuidados de saúde efetivamente prestados à população, contrastando com a importância que diariamente lhe é atribuída nos meios de comunicação social. Não obstante, Portugal continua a apresentar taxas preocupantes de prevalência e incidência de doenças cardiovasculares e metabólicas e existe evidência de variabilidade significativa dentro do nosso país. Não estará a sociedade a discutir ao lado do que deveria? Que medidas e ferramentas concretas tem a DGS para endereçar estes problemas e pressões mediáticas?

É verdade que uma parte muito significativa daquilo que determina a saúde das pessoas acontece fora dos serviços de saúde. A habitação, a educação, o rendimento, o ambiente, a alimentação, o urbanismo, o trabalho, os transportes, a coesão social e também os determinantes comerciais da saúde têm um impacto enorme nos resultados em saúde. Também por isso referi antes que a Saúde Pública se faz no espaço comunitário e onde queremos estar. Muitas vezes, o debate público concentra-se quase exclusivamente no acesso a consultas, urgências ou cirurgias. Esses temas são fundamentais e têm impacto direto na vida das pessoas. Mas, se quisermos melhorar estruturalmente a saúde da população, temos de discutir também aquilo que faz com que as ►

peças adoeçam mais cedo, vivam com mais doença crónica ou tenham menos anos de vida saudável.

A DGS tem procurado reforçar essa abordagem. Por um lado, através do Plano Nacional de Saúde e dos programas nacionais prioritários, que identificam áreas críticas e orientam políticas de prevenção. Por outro lado, através de uma maior articulação intersectorial, porque muitas das soluções dependem de políticas públicas fora do setor da saúde. Temos também vindo a utilizar metodologias mais próximas do marketing social, procurando compreender melhor comportamentos, barreiras, perceções e contextos. Não basta dizer às pessoas o que devem fazer. É preciso perceber porque é que determinados comportamentos acontecem, que obstáculos existem e como podemos criar ambientes que tornem as escolhas saudáveis mais fáceis. Naturalmente, há medidas que dependem de decisão política nacional e local: regulação, fiscalidade, desenho urbano, políticas alimentares, medidas ambientais, proteção social. A DGS deve apoiar tecnicamente essas decisões, produzir evidência, identificar riscos e contribuir para que a saúde esteja presente nas políticas públicas.

Portanto, sim, muitas vezes discutimos a jusante aquilo que deveríamos discutir também a montante. Mas esse é precisamente um dos papéis da saúde pública: trazer para o debate os fatores estruturais que determinam a saúde.

Entre outras, o Plano Nacional de Saúde tem como meta aumentar a esperança de vida com qualidade, indicador em que por sinal Portugal compara mal a nível internacional. Em Portugal uma mulher com 65 anos espera viver cerca de 7,3 anos saudáveis, a média da União Europeia é de 9,6 anos e nos países nórdicos cerca de 14 anos. Estamos a viver mais anos, mas muitos deles com doença crónica e sem qualidade de vida associada. O que falhou no sistema até agora e como podemos inverter isto?

Portugal é hoje um dos países mais envelhecidos do mundo e tem uma carga muito elevada de doença crónica e multimorbilidade. Isto não é um detalhe estatístico; é uma transformação profunda da nossa sociedade e do nosso sistema de saúde.

Durante muitos anos, o sistema foi muito eficaz a responder à doença aguda, ao episódio, à urgência, à intervenção pontual. Mas os grandes desafios de hoje são diferentes. São a diabetes, as doenças cardiovasculares, a doença

A DGS tem um papel de coordenação, orientação técnica e mobilização

respiratória crónica, o cancro, a doença mental, a demência, a fragilidade, a perda de autonomia. Estas condições exigem continuidade de cuidados, prevenção, gestão integrada e acompanhamento ao longo da vida.

O que falhou? Diria que não foi uma falha única. Foi, em parte, uma dificuldade em antecipar suficientemente a transição demográfica e epidemiológica.

Foi também uma tendência para investir mais na resposta à doença do que na sua prevenção. E foi ainda uma insuficiente integração entre saúde, apoio social, comunidade e políticas locais.

Para inverter esta situação, temos de agir muito antes da doença instalada. Temos de investir na promoção da saúde ao longo do ciclo de vida: alimentação, atividade física, prevenção do tabagismo, redução do consumo nocivo de álcool, saúde mental, vacinação, rastreios, prevenção de quedas, literacia em saúde e acompanhamento das pessoas com maior risco.

Mas temos também de reorganizar os cuidados para a multimorbilidade. Uma pessoa idosa com várias doenças crónicas não pode ser tratada como a soma de várias patologias isoladas. Precisa de um plano integrado, de equipas multidisciplinares e de uma resposta articulada entre cuidados de saúde primários, hospital, cuidados continuados, autarquias e setor social.

Se fizermos esse trabalho de forma consistente, os resultados não aparecem de um ano para o outro. Mas daqui a 10 ou 20 anos poderemos reduzir o intervalo entre viver mais e viver melhor. Esse é um dos grandes objetivos da saúde pública.

A resistência aos antibióticos é apontada pela OMS como uma das maiores ameaças à saúde global. Em Portugal, o consumo de antibióticos continua bastante elevado. Que novas abordagens estão previstas para sensibilizar tanto os profissionais de saúde como os utentes?

A resistência aos antimicrobianos é uma das ameaças mais sérias para a

saúde pública global. É um problema que afeta hospitais, cuidados de saúde primários, medicina veterinária, ambiente e comunidade. Por isso, tem de ser abordado numa lógica de One Health. Em Portugal, já tivemos iniciativas com impacto, como o projeto STOP Infecção, e existe um trabalho acumulado importante na área da prevenção e controlo de infeções e dos programas de apoio à prescrição antibiótica. Mas precisamos de reforçar esta agenda. A sensibilização dos profissionais é essencial, mas não chega. Temos de envolver também os conselhos de administração, as direções clínicas, as comissões de farmácia e terapêutica, as equipas de controlo de infeção, os cuidados de saúde primários e os próprios cidadãos. Também aqui as unidades de Saúde Pública locais têm de ser empoderadas para ter efetivamente mandato e espaço para promover melhorias nas unidades de saúde, sob orientação nacional da DGS. Do lado dos profissionais, por exemplo, é necessário reforçar a prescrição adequada, a utilização de dados de consumo e resistência, a auditoria clínica, o feedback aos prescritores e a existência de equipas multidisciplinares de antimicrobial stewardship. Isto tem de ser visto como qualidade e segurança do doente, não apenas como uma preocupação microbiológica. Do lado dos cidadãos, temos de comunicar de forma simples: os antibióticos não tratam infeções virais, não devem ser tomados sem prescrição, não devem ser guardados para utilização futura e o seu uso inadequado compromete a capacidade de tratar infeções graves no futuro. Esta mensagem tem de ser repetida, mas também adaptada aos diferentes públicos.

A DGS tem aqui um papel de coordenação, orientação técnica e mobilização. A resistência antimicrobiana é um bom exemplo de uma área em que a saúde pública, a prática clínica, a gestão hospitalar e a literacia dos cidadãos têm de trabalhar juntas.

Com a reorganização do SNS em Unidades Locais de Saúde (ULS), a integração entre os cuidados de saúde, por um lado, e o setor do apoio social, por outro, tornou-se ainda mais urgente, sobretudo para responder ao isolamento e à perda de autonomia dos idosos. Portugal, em conjunto com a Itália e a Bulgária, apresenta o Índice de Dependência de Idosos mais elevado da EU. Como é que a DGS, enquanto

órgão regulador, planeia reforçar o papel dos assistentes sociais nas equipas multidisciplinares de saúde pública para evitar que problemas sociais como a pobreza ou a falta de rede familiar se transformem em necessidades clínicas e consequentemente em cuidados de saúde potencialmente evitáveis, assim como o aumento de internamentos inapropriados?

Essa é uma questão muito importante, e que reforça o ponto que fiz anteriormente da importância da Saúde Pública planear as necessidades reais e locais. Mas é também importante clarificar o papel de cada entidade. A DGS pode produzir orientação técnica, enquadrar prioridades, apoiar boas práticas e reforçar a importância da abordagem multidisciplinar. Mas a organização concreta das equipas e a afetação de recursos humanos é uma responsabilidade da gestão local, nomeadamente das ULS. Dito isto, concordo inteiramente com o princípio: muitos problemas que chegam ao sistema de saúde têm origem social. Isolamento, pobreza, ausência de rede familiar, más condições habitacionais, dificuldades no acesso a alimentação adequada ou falta de apoio domiciliário podem rapidamente transformar-se em agravamento clínico, idas à urgência, internamentos evitáveis ou atrasos na alta hospitalar.

As ULS, apesar de muitas vezes terem a sua sede num hospital, não podem ser organizações centradas no hospital. Têm de reforçar a dimensão comunitária. E isso implica equipas multidisciplinares, onde os assistentes sociais têm um papel essencial, em articulação com médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeutas, autarquias, segurança social, instituições particulares de solidariedade social e cuidadores.

A saúde pública pode ajudar muito neste processo, identificando vulnerabilidades, mapeando necessidades, sinalizando populações em risco e apoiando respostas territoriais. Mas a resposta tem de ser local. É no território que se percebe quem vive sozinho, quem não tem rede, quem está em risco de perda de autonomia e que recursos existem para intervir antes da descompensação clínica.

Portanto, a DGS pode e deve reforçar tecnicamente esta visão. Mas a integração efetiva entre saúde e social tem de acontecer nas ULS, nas comunidades e nas redes locais de intervenção.

Tendo em conta que a livre circulação dos doentes e a referenciação para centros de referência podem reduzir



o financiamento de algumas ULS e dificultar o cumprimento das metas contratualizadas, como avalia a adequação do atual modelo de financiamento? Que medidas considera necessárias para assegurar que as ULS disponham dos recursos adequados para responder às necessidades da população que servem, sem serem penalizadas por dinâmicas que não controlam diretamente?

O financiamento dos sistemas de saúde é sempre um tema complexo e deve ser discutido com serenidade. Não existe um modelo perfeito. Existem modelos que se ajustam melhor ou pior à realidade de cada país, à organização dos serviços, aos objetivos de política pública e à maturidade dos sistemas de informação. Portugal está num momento de transição para um modelo mais centrado na capitação, em que a população atribuída e as necessidades dessa população passam a ter um peso maior. Isso faz sentido numa lógica de responsabilidade populacional: as ULS devem conhecer a sua população, planear em função das suas necessidades e ser responsabilizadas pelos resultados em saúde.

Mas temos de reconhecer que há dinâmicas que podem criar tensões. A livre circulação dos doentes, a referenciação para centros de referência, a concentração de competências diferenciadas e a mobilidade natural das pessoas podem gerar assimetrias entre instituições. Por isso, o modelo de

financiamento tem de ser suficientemente sofisticado para não penalizar instituições por fatores que não controlam diretamente. Muitos gestores defendem o princípio de que “o dinheiro deve seguir o doente”.

Esse princípio é relevante, sobretudo quando falamos de atividade efetivamente realizada noutra instituição. Mas eu iria um pouco mais longe: numa fase inicial, o financiamento deve seguir também as comunidades. Ou seja, deve refletir as características da população, o risco, a vulnerabilidade, a carga de doença, os determinantes sociais e as necessidades específicas de cada território.

Se queremos que as ULS sejam verdadeiramente responsáveis pela saúde das suas populações, então o financiamento tem de reconhecer diferenças reais entre populações. Uma ULS com maior envelhecimento, maior multimorbilidade, maior isolamento ou maior vulnerabilidade socioeconómica não tem as mesmas necessidades de uma ULS com uma população mais jovem e menos complexa.

Portanto, mais do que discutir apenas produção versus capitação, precisamos de evoluir para modelos ajustados ao risco, aos resultados e às necessidades populacionais. E precisamos de garantir que os incentivos financeiros não fragilizam a cooperação entre instituições, nem dificultam a referenciação adequada dos doentes para os locais onde devem ser tratados. ●