

VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública

30 de setembro a 2 de outubro

Centro Multimeios de Espinho

DA POLÍTICA À COMUNIDADE

UM CONTRATO PARA A SAÚDE



Revista do VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública

Comissão Organizadora

André Vicente · Comunicação e Parcerias
António Oliveira · Parcerias e Social
Carina Castro e Silva · Logística
Eunice Crisóstomo · Científico
Filipa Canha · Científico
Filipa Cristóvão · Social
Inês Morais Vilaça · Científico
Inês Subtil · Assessora Geral
Joana Sequeira Neto · Científico
Joana Silva · Comunicação
Joana Vidal Castro · Científico
João Dionísio · Logística
João Paulo Magalhães · Presidente
José Durão · Científico
Júlia Martinho · Comunicação
Matilde Ourique · Social
Paula Teixeira · Logística
Rui Pedro Leitão · Logística
Soraia Costa · Comunicação
Suzana Barbosa · Comunicação
Tiago Bandeira · Parcerias
Tomás Silva · Logística e Parcerias

Contactos

Av. Almirante Gago Coutinho, 151 · 1749-084 Lisboa
www.anmsp.pt
geral@anmsp.pt · eventos@anmsp.pt



VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública
Espinho · 30 setembro – 2 outubro 2026
© Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, 2026





CONTEÚDOS

1

Editorial

Ana Povo

3

VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública: um momento para pensar o futuro da saúde

Bernardo Mateiro Gomes

5

O papel da Saúde Pública num contrato para a saúde: os 3 pilares

Inês Morais Vilaça & João Paulo Magalhães

9

Da política à comunidade: governar o Estado Social para produzir saúde

Tiago Correia

13

Do conhecimento ao impacto na saúde: o papel da ciência nos desafios contemporâneos da saúde

Sónia Dias

18

Repensar o acesso aos cuidados de saúde: da barreira financeira à continuidade dos cuidados

Joana Alves

22

As doenças emergentes chegam a Portugal?

Joana Moreno

27

Alterações climáticas: ainda há um longo caminho a percorrer em Portugal?

Miguel Paiva

33

Preparação e resposta a emergências de saúde pública: lições da tempestade Kristin

Rui Passadouro da Fonseca

38

O papel comunitário da saúde

Lara Pinheiro Guedes

EDITORIAL

É com grande honra que me associo a esta edição da revista do VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública, um espaço de reflexão e construção de conhecimento que, ano após ano, contribui para afirmar a centralidade da Saúde Pública no desenvolvimento do nosso sistema de saúde e na promoção do bem-estar das populações.

O tema escolhido para este Congresso, “Da Política à Comunidade: um contrato para a saúde”, encerra uma mensagem particularmente relevante e atual. A saúde é, por natureza, um compromisso coletivo. Constrói-se através de políticas públicas sustentadas por evidência científica, mas concretiza-se no território, junto das pessoas, das famílias e das comunidades. É neste percurso, entre a decisão política e a realidade vivida pelos cidadãos, que a Saúde Pública desempenha um papel insubstituível.

Sobre quem decide a saúde em Portugal, e como se articulam os diferentes níveis de governação, tenho uma convicção clara: não há sistema de saúde forte sem uma Saúde Pública forte, com capacidade de atuar desde o planeamento nacional até à proximidade de cada território. As transformações demográficas, epidemiológicas, sociais e ambientais que caracterizam o nosso tempo impõem novos desafios. O envelhecimento da população, o aumento da prevalência das doenças crónicas, as desigualdades em saúde, as alterações climáticas, os riscos emergentes e a necessidade de reforçar a literacia em saúde exigem respostas integradas, antecipatórias e sustentáveis, e instituições preparadas para as dar. Neste contexto, a Saúde Pública afirma-se não apenas como uma área técnica especializada, mas como um verdadeiro pilar estraté-

gico do Sistema Nacional de Saúde. Por isso, o Governo tem vindo a trabalhar para reforçar a arquitetura institucional da Saúde Pública, a todos os níveis, do nacional ao mais próximo das populações, para que o conhecimento técnico chegue mais depressa à decisão e a decisão chegue mais depressa às comunidades.

A experiência recente demonstrou, de forma inequívoca, a importância da capacidade de vigilância integrada, planeamento, prevenção e resposta coordenada dos serviços de Saúde Pública. E não me refiro apenas à resposta à pandemia de COVID-19, que o tempo tende a apagar da memória coletiva, mas também a desafios mais recentes, como a resposta às ondas de calor que já sentimos este ano no nosso território. Essa experiência confirma que proteger a saúde das populações depende da articulação entre políticas públicas robustas, instituições resilientes e profissionais qualificados, capazes de transformar conhecimento em ação e em proximidade real com as comunidades.

Os médicos de Saúde Pública têm sido protagonistas silenciosos, mas fundamentais, desta missão. O seu trabalho, muitas vezes desenvolvido longe dos holofotes, sustenta decisões estratégicas, identifica riscos, promove a prevenção da doença, protege comunidades e reforça a capacidade de resposta do sistema de saúde. São profissionais que conjugam rigor científico, visão populacional, capacidade de liderança e um profundo sentido de serviço público, e que devem ser tidos como participantes estruturantes na governação da saúde, a nível nacional e local.

Por isso, quero expressar, em nome do Governo e em meu nome pessoal, um sincero reconhecimento e agradecimento a todos os médicos de Saúde Pública pelo seu empenho, competência e dedicação. O vosso contributo é essencial para a construção de uma sociedade mais saudável, mais justa e mais preparada para enfrentar os desafios do futuro.

Enquanto Secretária de Estado da Saúde, acredito firmemente que investir na Saúde Pública é investir no desenvolvimento do país. É reforçar a prevenção, reduzir desigualdades, promover ganhos em saúde e garantir uma utilização mais eficiente e sustentável dos recursos disponíveis. É, em suma, fortalecer os alicerces do Sistema Nacional de Saúde e reafirmar o compromisso com o direito à proteção da saúde consagrado na nossa Constituição.

O mote deste Congresso desafia-nos a pensar a relação entre a formulação das políticas e a sua concretização junto das populações. Esse desafio exige diálogo, cooperação institucional, participação comunitária e uma visão da saúde presente em todas as políticas. Exige também que continuemos a valorizar e a capacitar os profissionais que, diariamente, garantem a ligação entre o conhecimento científico, a decisão pública e as necessidades concretas das comunidades.

Estou certa de que este Congresso constituirá uma oportunidade privilegiada para aprofundar esta reflexão, partilhar experiências e identificar caminhos para uma Saúde Pública ainda mais forte e inovadora.

Uma Saúde Pública mais integrada e articulada entre os seus vários níveis, cada vez mais central na organização das Unidades Locais de Saúde e na vida dos cidadãos e das comunidades.

Que os debates e os trabalhos aqui desenvolvidos reforcem a ambição coletiva de construir um verdadeiro contrato para a saúde, assente na responsabilidade partilhada, na equidade, na prevenção e na promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida.

A todos os participantes, deixo uma palavra de saudação e os votos do maior sucesso para os trabalhos deste Congresso.



Ana Povo

Secretária de Estado da Saúde, XXV
Governo Constitucional

VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública: um momento para pensar o futuro da saúde

Bernardo Mateiro Gomes, Presidente da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública

O VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública, subordinado ao tema “Da política à comunidade: um contrato para a saúde”, acontece num momento particularmente relevante para o país e para o seu sistema de saúde. Mais do que um espaço de partilha científica e profissional, este Congresso pretende ser um lugar de reflexão sobre a forma como concebemos, organizamos e concretizamos as políticas de saúde em Portugal.

Os temas reunidos nesta edição da revista mostram a amplitude desse desafio. Falamos da centralidade da saúde nas políticas públicas e da necessidade de ultrapassar uma visão excessivamente setorial do Estado, reconhecendo que habitação, educação, trabalho, ambiente, mobilidade ou proteção social produzem, todos eles, efeitos na saúde. Falamos também do papel da ciência e da evidência na decisão, lembrando que produzir conhecimento não basta: é necessário transformá-lo em políticas, serviços e práticas com impacto real nas populações.

O acesso aos cuidados constitui outro eixo essencial. A existência de oferta não garante, por si só, acesso atempado, continuidade ou equidade. Num país envelhecido, marcado pelo peso crescente da doença crónica e por desigualdades territoriais e sociais, importa olhar para o sistema a partir das necessidades das pessoas e não apenas da organização dos serviços.

E há, finalmente e sempre, a comunidade. É no

território que as políticas ganham concretização, que os determinantes da saúde se tornam visíveis e onde se constroem confiança, participação e capacidade de resposta. As experiências recentes, incluindo a resposta a fenómenos extremos como a tempestade Kristin, recordam-nos que a preparação, a resiliência e a proteção da saúde dependem da articulação entre Saúde Pública, cuidados de saúde, autarquias, proteção civil, setor social e comunidades.

Estes três planos - políticas públicas, sistema de saúde e comunidade - convergem numa questão maior: como queremos governar a saúde em Portugal?

Esta pergunta ganha particular importância perante a iminência de uma reforma administrativa. Reformar estruturas não pode significar apenas redistribuir competências, alterar organogramas ou aproximar administrativamente serviços. A própria experiência das Unidades Locais de Saúde mostra que integrar organizações não significa necessariamente integrar políticas, prioridades e responsabilidades.

É neste ponto que o debate sobre um Pacto para a Saúde promovido pelo Presidente da República ganha especial relevância. A iniciativa presidencial procura criar um compromisso de longo prazo para a saúde, para além dos ciclos políticos, e tem vindo a mobilizar diferentes setores e organizações em torno do futuro do sistema de saúde.

Para a Saúde Pública, este é um momento que não devemos desperdiçar. Se estamos a discutir simultaneamente o futuro da Administração Pública na área da Saúde e um compromisso nacional para a saúde, temos a oportunidade de colocar uma questão fundamental: que arquitetura institucional permite ao Estado produzir melhores resultados em saúde, com maior equidade, proximidade, capacidade de antecipação e responsabilidade?

A resposta exige uma Saúde Pública forte, com capacidade de produzir conhecimento, antecipar riscos, apoiar a decisão, avaliar políticas e trabalhar no território. Exige também reconhecer e responsabilizar os médicos de Saúde Pública como profissionais que fazem a ligação entre ciência, governação e comunidade.

É esse, afinal, o sentido do “contrato para a saúde” que propomos discutir neste VII Congresso: não apenas um compromisso entre instituições, mas um compromisso com resultados concretos na saúde das populações. Num momento de possível transformação administrativa e de construção de um novo compromisso nacional para a saúde, talvez não haja melhor ocasião para parar, refletir e decidir que Estado, que sistema de saúde e que Saúde Pública queremos construir para a próxima década.



Bernardo Mateiro Gomes

Presidente da Associação Nacional
dos Médicos de Saúde Pública

O papel da Saúde Pública num contrato para a saúde: os 3 pilares

Inês Morais Vilaça, Coordenadora da Comissão Científica do VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública
João Paulo Magalhães, Presidente do VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública

O VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública, subordinado ao mote “Da política à comunidade: um contrato para a saúde”, nasce de uma convicção simples, mas importante: a saúde pública deve ocupar um lugar central na proteção da saúde, na promoção do bem-estar e na prevenção da doença, afirmando-se como liderança técnica, institucional e comunitária num período de grande complexidade.

Vivemos um momento histórico marcado por múltiplas transições e incertezas. A crise climática, a persistência de conflitos armados, a fragilização de contextos democráticos, a disseminação de desinformação, o envelhecimento demográfico, o aumento da doença crónica e das necessidades em saúde mental, o papel das novas tecnologias, bem como o agravamento de desigualdades sociais e territoriais, colocam desafios profundos aos sistemas de saúde e às sociedades. Neste contexto, proteger a saúde das populações exige mais do que capacidade assistencial. Exige visão estratégica, organização institucional, ação intersetorial e proximidade aos territórios.

É neste quadro que surge a ideia de um contrato para a saúde. Falamos de contrato porque reconhecemos que a saúde é simultaneamente um bem individual e um bem coletivo, e que a sua proteção depende de um compromisso renovado entre cidadãos, profissionais, instituições e decisores políticos. Um compromisso que exige reconhecer a saúde pública não como um domínio marginal ou meramente reativo, mas como uma função estruturante da sociedade e do Estado.

A saúde pública contribui para esse contrato quando antecipa riscos, produz conhecimento útil para a decisão, previne doenças, promove ambientes saudáveis, reduz desigualdades, reforça a literacia e mobiliza respostas coordenadas. Fá-lo no sistema de saúde, nas políticas públicas e na comunidade. Fá-lo através de uma lógica populacional, ancorada na equidade, na evidência e na responsabilidade institucional. E fá-lo, de modo muito particular, através do trabalho dos médicos de saúde pública, cuja intervenção cruza ciência, governação e ação territorial.

Portugal dispõe, neste domínio, de ativos muito relevantes. A rede de serviços de saúde pública e a rede de autoridades de saúde constituem uma arquitetura de enorme valor, com características distintivas no contexto europeu. Temos profissionais qualificados, experiência acumulada, proximidade territorial e um modelo institucional com potencial para responder de forma integrada aos desafios contemporâneos. Contudo, esta capacidade está ainda longe de ser plenamente reconhecida e aproveitada. Persistem subvalorização, subaproveitamento e défices de organização, de enquadramento e de investimento que limitam a concretização de todo o potencial da saúde pública.

O VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública pretende contribuir para inverter esta realidade. Procura, por um lado, valorizar a rede portuguesa de saúde pública e afirmar o contributo dos médicos de saúde pública e, por outro, social em torno da saúde.

É dessa visão que emergem os **três pilares** que estruturam o congresso. Eles não correspondem a compartimentos estanques, mas a três planos complementares de intervenção, sem os quais não é possível proteger de forma eficaz a saúde das populações: **as políticas públicas, o acesso à Saúde e a comunidade.**

A centralidade da saúde no desenho das políticas públicas

O primeiro pilar parte de um princípio determinante: a saúde não se produz apenas nos serviços de saúde. É moldada, em larga medida, pelas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Por isso, falar de proteção da saúde implica falar também de habitação, educação, trabalho, proteção social, ambiente, mobilidade, alimentação, planeamento urbano, segurança e coesão social.

Esta perspectiva tem vindo a ser consolidada internacionalmente na abordagem saúde em todas as políticas¹, segundo a qual as decisões tomadas em diferentes setores têm impactos profundos em saúde e devem, por isso, ser avaliadas e integradas no processo político. Integrar a saúde nas políticas públicas não significa “medicalizar” a governação, mas reconhecer que todas as políticas têm efeitos na saúde das populações e que uma governação mais inteligente e mais justa deve saber antecipá-los.

Neste ponto, a saúde pública tem uma responsabilidade particular. Pela sua natureza, está especialmente vocacionada para analisar determinantes, identificar desigualdades, avaliar impactos, interpretar evidência e apoiar decisões inter-setoriais. Os médicos de saúde pública podem e devem desempenhar aqui um papel de charneira entre conhecimento científico, decisão política e proteção das populações.

Este primeiro pilar foca-se também no tema do Estado Social. Não apenas enquanto conjunto de prestações, mas enquanto instituição de proteção coletiva e de produção de bem-estar. O Estado Social protege a saúde quando assegura educação,

habitação condigna, proteção na infância e na velhice, condições de trabalho dignas, inclusão e um sistema de saúde acessível e universal. Em boa medida, muitas das maiores conquistas em saúde das sociedades modernas resultaram precisamente da consolidação destas condições.

Afirmar a centralidade da saúde nas políticas públicas é, assim, reafirmar que não há saúde pública forte sem instituições públicas fortes, e que não há bem-estar coletivo sem capacidade para integrar a saúde como objetivo transversal de governação.

O papel da saúde pública no acesso à saúde

O segundo pilar centra-se nos serviços de saúde e na forma como a saúde pública deve contribuir para a sua organização, qualidade, sustentabilidade e capacidade de resposta e, assim, garantir o acesso aos cidadãos. Num sistema frequentemente pressionado pela resposta à doença, importa recordar que a promoção da saúde e a prevenção da doença não podem permanecer como intenções genéricas ou funções dispersas. Têm de ser assumidas como dimensões estruturais do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

É neste quadro que os serviços de saúde pública devem ser reconhecidos como atores centrais. A sua contribuição não pode ser lembrada apenas em situações de crise ou emergência. Inclui vigilância epidemiológica, mas também a monitorização do estado de saúde da população, identificação de necessidades, planeamento em saúde, apoio à decisão, promoção da literacia, gestão de programas, prevenção de riscos e articulação de respostas a nível local, regional e nacional².

Num momento em que o sistema de saúde português procura reforçar a integração de cuidados, nomeadamente através das Unidades Locais de Saúde, através do estreitar de relação com o setor social e privado, incluindo o setor farmacêutico e o setor privado de prestação de cuidados, é particularmente importante afirmar que a integração não pode ser pensada apenas em termos assistenciais. Se quisermos um SNS mais

preventivo, mais inteligente e mais sustentável, a saúde pública tem de estar no centro da sua governação e das suas prioridades operacionais.

Isso implica reconhecer o papel dos serviços de saúde pública na estrutura do sistema, clarificar as suas funções e responsabilidades e dotá-los de meios adequados. Implica também investir não apenas financeiramente, mas legislativa e normativamente, através de uma melhor definição dos serviços, do reforço da sua carteira de funções, da criação de processos de contratualização, incluindo indicadores ajustados às suas atividades e resultados, e da valorização da rede de autoridades de saúde.

Sem esse enquadramento, continuará a existir um desfasamento entre a retórica, que proclama a centralidade da prevenção, e a realidade organizacional, ainda excessivamente orientada para a resposta tardia e fragmentada. Reforçar a saúde pública no SNS é, por isso, uma opção de racionalidade, de eficiência e de justiça.

A saúde pública na comunidade e no território

O terceiro pilar remete-nos para a dimensão da comunidade. É aí que as políticas se tornam concretas, que os determinantes sociais e ambientais se manifestam com maior nitidez e que a saúde pública encontra o seu espaço privilegiado de proximidade. A saúde não se protege apenas por via de normas, programas ou estruturas centrais, protege-se no território, na relação com as pessoas, na capacidade de mobilizar respostas locais e de construir confiança.

A intervenção comunitária em saúde pública exige trabalho colaborativo com autarquias, escolas, instituições sociais, universidades, associações, estruturas de proteção civil, indústria e empresas, organizações não-governamentais e sociedade civil em sentido amplo. Esta articulação é cada vez mais importante, quer para enfrentar os impactos das alterações climáticas, quer para responder a desafios como o envelhecimento, o isolamento, as migrações, a saúde mental, a pobreza, a exclusão ou a baixa literacia em saúde.

A proximidade ao território é uma das grandes forças da saúde pública em Portugal. Estes serviços

permitem desenhar respostas mais ajustadas às necessidades locais, com maior sensibilidade às desigualdades e maior capacidade de participação. Assim como, sobretudo através dos médicos de saúde pública, podem cumprir uma função decisiva de mediação entre o sistema, as instituições e as comunidades. No entanto, os profissionais de saúde pública também terão que continuar a ser capazes de dar uma resposta sempre que permita validar e demonstrar a sua qualidade, e justificar as exigências legítimas dos investimentos para exercer as suas funções.

Neste terceiro pilar, ganha particular relevo a ideia de que a saúde pública não se esgota na gestão de riscos, mas também contribui para a promoção de cidadania, coesão e confiança. Uma comunidade com melhores condições para participar, compreender, prevenir e agir é uma comunidade mais saudável e mais resiliente.

Três pilares, uma mesma visão

Estes três pilares, políticas públicas, acesso à Saúde e comunidade, traduzem três níveis de ação, mas uma mesma visão: a de que a saúde pública deve ser entendida como uma força de integração. Integra conhecimento e decisão. Integra prevenção e resposta. Integra sistema de saúde e contexto social. Integra Estado e território. E integra, acima de tudo, uma visão de futuro em que a saúde não é apenas ausência de doença, mas condição de liberdade, segurança e dignidade.

A estrutura do congresso procura refletir essa visão. As plenárias organizam-se em torno destes três eixos, convocando debate sobre as grandes opções de governação, sobre o papel da saúde pública no sistema de saúde e sobre a importância do trabalho em rede com a comunidade. Complementarmente, o congresso abordará instrumentos concretos sem os quais a ambição estratégica não se materializa: a carteira de serviços e o processo de contratualização, o observatório de saúde, as metodologias qualitativas de recolha e análise de informação, entre outros.

Não se trata apenas de discutir princípios. Trata-se de criar condições para a ação. A saúde pública precisa de reconhecimento, mas também de organi-

zação. Precisa de valorização, mas também de meios. Precisa de legitimidade conceptual, mas também de enquadramento legislativo, capacidade técnica e espaço institucional.

Um contributo para o futuro

O VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública pretende, assim, afirmar uma ideia clara: não haverá um verdadeiro contrato para a saúde sem uma saúde pública forte. E não haverá saúde pública forte sem a capacidade de atuar articuladamente nas políticas públicas, no SNS e na comunidade.

Este congresso é, por isso, um espaço de reflexão, mas também de afirmação profissional e institucional. Um espaço para reconhecer o valor dos médicos de saúde pública, para discutir o futuro dos serviços de saúde pública e para reforçar a sua contribuição para a sociedade portuguesa. Num tempo de riscos múltiplos e de grande exigência coletiva, a saúde pública é um ativo estratégico. Cabe-nos agora transformá-lo em prioridade, em compromisso e em ação consistente.

Referências

1. Greet S, Keskimäki I, Wismar M. Health in All Policies and Health For All Policies. *Eurohealth*, 31(3)2025,3-7.
2. World Health Organization (2024), Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health. Geneva: World Health Organization.



João Paulo Magalhães e Inês Morais Vilaça

VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública

Da política à comunidade: governar o Estado Social para produzir saúde

Tiago Correia, Professor de Saúde Pública Global, IHMT-NOVA, Coordenador, Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, Editor-Chefe, *European Journal of Public Health*

A lógica setorial para problemas complexos

Sabemos que a esperança de vida, a mortalidade evitável, a saúde mental, a autonomia na velhice ou a gestão das doenças crónicas não dependem apenas dos cuidados de saúde. São também moldadas pela escolaridade, habitação, rendimento, condições de trabalho, qualidade do ambiente, mobilidade, proteção social e pela forma como organizamos a vida coletiva.

Este conhecimento alterou a saúde pública. Alterou menos a forma como o Estado governa. Isto, mesmo considerando o princípio da Saúde em Todas as Políticas. A ideia é intuitiva: decisões tomadas fora do setor da saúde produzem ganhos ou perdas em saúde e, por isso, devem integrar essa dimensão quando são concebidas. Em Portugal, este princípio existe e tornou-se amplamente aceite. Poucos duvidam que políticas de habitação influenciam a saúde, tanto quanto intervenções clínicas.

Persistem, contudo, dificuldades em transformar esse conhecimento em ação política capaz de produzir resultados consistentes. Multiplicam-se estratégias nacionais, planos intersectoriais e programas de promoção da saúde. A qualidade técnica destes instrumentos melhorou. Ainda assim, perante desafios complexos, o funcionamento do Estado continua a revelar limitações. Não porque desconheça os determinantes da saúde, mas porque permanece organizado numa lógica setorial, enquanto os problemas cruzam diferentes áreas da ação pública. Este desfasamento merece atenção.

Cada organismo continua orientado pelos objetivos que lhe foram atribuídos, pelo orçamento que gere, pelos indicadores através dos quais é avaliado e pelas competências que a lei lhe confere. Quando um resultado depende da ação simultânea de várias instituições, tende a diluir-se a responsabilidade coletiva pela sua concretização. É aqui que reside uma das principais fragilidades do Estado Social contemporâneo.

A saúde como exemplo

A especialização administrativa continua indispensável, porque nenhum sistema público funciona sem definição de competências, sem diferenciação institucional e sem mecanismos de responsabilização. Porém, essa arquitetura revela limitações quando os resultados pretendidos deixam de corresponder a fronteiras administrativas.

A saúde tornou-se talvez o exemplo mais evidente desta limitação. Os fatores que condicionam a saúde das populações distribuem-se por praticamente toda a ação governativa. As políticas de habitação influenciam doenças respiratórias, saúde mental e vulnerabilidade ao calor extremo. As políticas educativas condicionam literacia em saúde, oportunidades de vida e capacidade de adoção de comportamentos preventivos. O ordenamento do território interfere na atividade física, na exposição à poluição e na adaptação às alterações climáticas. A proteção social reduz vulnerabilidades que, de outra forma, acabariam por se traduzir em maior procura de cuidados de saúde. Contudo, nenhuma destas políticas tem a saúde como finalidade exclusiva.

É neste ponto que importa rever o significado da própria expressão ***Saúde em Todas as Políticas***.

Durante muitos anos interpretámo-la como um esforço para introduzir preocupações de saúde em diferentes políticas públicas. Essa ambição mantém toda a sua relevância. Hoje, porém, já não parece suficiente. O desafio consiste em algo mais exigente. É necessário perguntar quem responde pelos resultados produzidos quando esses resultados dependem da ação conjunta de várias instituições.

Daí ser necessário distinguir coordenação de governação.

Da coordenação à governação

Coordenar significa criar mecanismos de diálogo entre organizações que mantêm objetivos, recursos e responsabilidades distintos. É uma condição necessária para melhorar a ação pública, mas raramente altera a forma como as decisões são produzidas. Governar implica um passo adicional. Significa definir resultados que pertencem simultaneamente a várias instituições e construir mecanismos através dos quais todas passam a responder por eles.

Esta alteração de perspetiva tem consequências profundas para o futuro do Estado Social.

A primeira prende-se com a implementação das políticas públicas. Existe uma tendência para encarar a implementação como uma fase administrativa, posterior à decisão política: primeiro decide-se, depois executa-se. Na prática, raramente é assim. Entre a decisão e os seus efeitos existe um processo contínuo de adaptação às condições locais, de resolução de problemas imprevistos, de negociação entre instituições e de aprendizagem organizacional. É neste processo que se determina o sucesso ou o fracasso de uma reforma.

As políticas encontram territórios diferentes, instituições com capacidades distintas, necessidades que variam entre comunidades e recursos que raramente correspondem ao desenho inicial das reformas.

Ignorar esta diversidade conduz a um paradoxo frequente: políticas tecnicamente sólidas produzem resultados modestos porque foram concebidas como se os contextos fossem equivalentes.

É neste ponto que o conhecimento dos profissionais assume uma importância, muitas vezes, subestimada. Médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, assistentes sociais, psicólogos, professores, técnicos municipais ou profissionais da proteção civil conhecem obstáculos, oportunidades e formas de cooperação que dificilmente podem ser identificados apenas através de indicadores administrativos ou relatórios de monitorização. Trabalham diariamente na intersecção entre instituições, interpretam políticas em contextos concretos e adaptam respostas às características das populações que acompanham.

Uma governação orientada para resultados comuns deve, por isso, incorporar sistematicamente aquilo que os processos de implementação permitem aprender. Não para substituir a decisão política por experiências locais, mas para tornar as políticas progressivamente mais inteligentes, adaptáveis e próximas das necessidades reais das populações.

O mesmo raciocínio aplica-se às comunidades. Durante muito tempo, a participação comunitária foi entendida como um princípio democrático ou como uma forma de aumentar a aceitação social das políticas públicas. Ambas as dimensões permanecem importantes. Contudo, perante problemas cuja solução depende fortemente do contexto local, a participação assume uma função adicional: melhorar a qualidade das próprias decisões.

As comunidades conhecem vulnerabilidades que frequentemente escapam às organizações públicas. Identificam barreiras de acesso aos serviços, reconhecem grupos socialmente isolados, percebem quais as respostas que deixaram de produzir efeitos e distinguem as instituições que continuam a merecer confiança. Esta experiência não substitui o conhecimento técnico ou científico. Acrescenta-lhe informação indispensável para compreender como as políticas são efetivamente vividas. Nos últimos anos foram introduzidas mudanças institucionais com potencial para alterar a forma como o Estado responde aos problemas de saúde das populações.

O exemplo das Unidades Locais de Saúde

A criação das Unidades Locais de Saúde em Portugal procurou aproximar cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários e saúde pública.

Ainda que esta transformação represente uma oportunidade, não constitui, por si só, uma reforma da governação.

Existe a expectativa de que alterar estruturas organizacionais produzirá automaticamente formas mais integradas de decisão. A experiência mostra o contrário. Integrar organizações não significa necessariamente integrar políticas. Da mesma forma, aproximar serviços não garante que diferentes setores passem a definir prioridades comuns ou a responder conjuntamente pelos resultados alcançados.

É isso que a criação das Unidades Locais de Saúde mostra. A sua criação pode procurar melhorar a continuidade dos cuidados e aproximar diferentes níveis de prestação. Contudo, os principais determinantes da saúde continuam a localizar-se muito para além do sistema de saúde. Uma governação verdadeiramente orientada para a saúde das populações exige que estas novas estruturas desenvolvam relações estáveis com outras políticas centrais, com os municípios, escolas, serviços sociais, instituições de solidariedade, organizações comunitárias e restantes atores do território. Caso contrário, o risco é substituir fragmentação entre serviços de saúde por uma integração que permanece confinada ao próprio setor.

A mudança de paradigma

Esta mudança de perspetiva conduz naturalmente a uma questão diferente daquela que habitualmente orienta a organização da administração pública. Em vez de perguntar que competências pertencem a cada organização, importa começar por identificar que resultados pretendemos alcançar e quais as instituições que terão necessariamente de contribuir para os produzir. A sequência altera-se. As estruturas deixam de determinar os objetivos e são os objetivos que passam a orientar a articulação entre estruturas.

Este princípio é particularmente importante quando pensamos nos desafios que irão marcar a próxima década. As alterações climáticas continuarão a aumentar a frequência de fenómenos extremos. O envelhecimento demográfico modificará profundamente a procura de cuidados e de respostas sociais. As desigualdades territoriais tenderão a

acentuar-se se não forem acompanhadas por políticas capazes de integrar desenvolvimento económico, proteção social e saúde. A transformação digital criará oportunidades, mas também riscos relacionados com exclusão, privacidade e literacia.

Prioridades para o futuro

A primeira prioridade consiste em integrar sistematicamente a saúde nos processos de decisão pública através de mecanismos formais de avaliação do impacto das políticas. Trata-se de garantir que os efeitos previsíveis sobre a saúde e sobre as desigualdades passam a fazer parte da fundamentação das escolhas políticas, tal como atualmente acontece com os impactos financeiros, ambientais ou jurídicos.

A segunda consiste em substituir a lógica de coordenação ocasional por mecanismos permanentes de governação orientados para resultados comuns. O Estado português dispõe de múltiplos espaços de articulação entre ministérios, serviços públicos, autarquias e outras entidades. O problema raramente reside na inexistência desses espaços. Reside no facto de, na maioria dos casos, funcionarem como fóruns de concertação entre organizações que continuam a responder exclusivamente pelos seus objetivos sectoriais.

A governação exige que diferentes instituições assumam responsabilidade conjunta por resultados que nenhuma conseguiria alcançar isoladamente. Isso implica definir objetivos partilhados, construir indicadores comuns, acompanhar regularmente a implementação e criar mecanismos de prestação de contas que ultrapassem as fronteiras administrativas de cada organização. Só assim a cooperação deixa de depender da vontade dos dirigentes ou da qualidade das relações pessoais entre instituições para passar a integrar o funcionamento normal do Estado.

A terceira prioridade consiste em reforçar as capacidades necessárias para sustentar esta transformação. A capacidade institucional deixou de depender apenas da disponibilidade de recursos financeiros ou da existência de estruturas administrativas adequadas. Depende igualmente da preparação das pessoas e da qualidade das organizações.

Trabalhar entre setores, interpretar evidência científica em contextos de incerteza, comunicar risco, negociar interesses divergentes, mobilizar comunidades e aprender continuamente com a implementação das políticas tornaram-se competências centrais da administração pública. Não representam atributos desejáveis de alguns dirigentes ou profissionais particularmente experientes. Constituem hoje parte integrante da capacidade do próprio Estado para responder a problemas cuja complexidade continuará a aumentar.

Esta perspetiva conduz igualmente a uma forma diferente de avaliar o sucesso das políticas públicas. Durante muito tempo, a administração pública concentrou-se na monitorização da execução: programas implementados, atividades realizadas, recursos utilizados ou metas específicas alcançadas por cada organismo. Esses indicadores continuam necessários, mas revelam apenas parte da realidade. À medida que os desafios se tornam mais interdependentes, torna-se igualmente necessário avaliar aquilo que nenhuma organização produz isoladamente.

A redução das desigualdades em saúde, a melhoria da saúde mental, a adaptação às alterações climáticas ou a proteção das populações mais vulneráveis constituem resultados coletivos. Avaliá-los apenas a partir do desempenho de uma única instituição significa ignorar a natureza do problema que se pretende resolver.

Esta mudança exige também estabilidade. Reformar a governação produz menos resultados imediatos do que lançar novos programas, aprovar estratégias ou reorganizar serviços. Os seus efeitos constroem-se progressivamente através da aprendizagem institucional, da consolidação de relações de confiança e da capacidade de diferentes organizações trabalharem de forma consistente ao longo do tempo. Trata-se de um investimento cujos benefícios raramente coincidem com os ciclos políticos, mas que determina a capacidade do Estado para responder aos desafios futuros.

Conclusão

O Estado Social foi construído para responder aos grandes problemas do século XX. Fê-lo com sucesso, também em Portugal, em muitos domínios, contribuindo decisivamente para melhorar os níveis de saúde, reduzir desigualdades e alargar a proteção social. Os desafios que hoje enfrenta são diferentes. Não resultam da ausência de instituições nem da falta de conhecimento científico. Resultam, sobretudo, da necessidade de produzir respostas coerentes perante problemas que atravessam simultaneamente dimensões sociais, económicas, ambientais e demográficas. A saúde é um teste à capacidade de as instituições produzirem resultados comuns perante problemas que nenhuma consegue resolver isoladamente. Durante décadas, procurámos colocar a saúde em todas as políticas. Essa continua a ser uma ambição necessária. Mas deixou de ser suficiente. O desafio consiste agora em construir uma governação capaz de alinhar políticas, instituições e territórios em torno de objetivos partilhados.

Se aceitarmos esta mudança de perspetiva, a saúde deixará de ser apenas uma responsabilidade do setor da saúde. Passará a constituir um dos principais critérios através dos quais avaliamos a capacidade do Estado Social para cumprir a sua função essencial: criar as condições que permitem às pessoas viver vidas mais longas, mais saudáveis, mais seguras e mais dignas.

Do conhecimento ao impacto na saúde: o papel da ciência nos desafios contemporâneos da saúde

Sónia Dias, Diretora e Professora Catedrática, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa

Nunca produzimos tanto conhecimento científico, tão rapidamente e com tanta capacidade de o partilhar. E, paradoxalmente, talvez nunca tenha sido tão importante refletir sobre o lugar da ciência nas nossas sociedades e, sobretudo, sobre a sua capacidade de responder aos desafios que enfrentamos. Mais do que um conjunto de conhecimentos acumulados, a ciência em saúde representa hoje uma infraestrutura crítica para a tomada de decisão, para a inovação e para a melhoria contínua dos cuidados, das políticas e dos sistemas de saúde.

Esta reflexão é particularmente relevante para a Saúde Pública. Entre a decisão política e a vida quotidiana das comunidades, a Saúde Pública ocupa um lugar essencial: transforma conhecimento em ação, dados em decisão, risco em prevenção e políticas em proteção efetiva das populações¹. É nesse espaço, simultaneamente técnico, institucional e comunitário, que se constrói um verdadeiro contrato para a saúde.

As últimas décadas transformaram profundamente a forma como fazemos ciência. O estado atual da ciência caracteriza-se por uma produção de conhecimento sem precedentes, sustentada por mais investigadores, mais instituições, mais redes colaborativas e projetos multidisciplinares. A revolução digital, a crescente capacidade de analisar grandes volumes de dados, os avanços da genómica e de outras ciências e a intensificação da colaboração científica internacional abriram possibilidades que seriam difíceis de imaginar há apenas uma geração. Na saúde, esta evolução permitiu com-

preender melhor as doenças e os seus determinantes, desenvolver novas formas de prevenção, diagnóstico e tratamento e aumentar extraordinariamente a capacidade de produzir e partilhar conhecimento.

A pandemia de COVID-19 tornou particularmente visível o valor dessa capacidade científica. Em tempo recorde, foi possível identificar um novo agente infeccioso, caracterizar a sua transmissão, desenvolver vacinas e produzir conhecimento que sustentou decisões em todo o mundo. Mas a pandemia mostrou também algo que a Saúde Pública conhece há muito: produzir conhecimento não significa, por si só, conseguir transformá-lo em melhores decisões, melhores políticas ou melhores resultados em saúde.

Durante muito tempo, uma das preocupações centrais neste domínio foi o chamado *knowledge-do gap*: a distância entre aquilo que sabemos e aquilo que efetivamente fazemos com esse conhecimento. Esta distância permanece e continua a justificar um investimento crescente na translação do conhecimento e na utilização sistemática da evidência na decisão². Mas, perante o crescimento extraordinário da produção científica, talvez seja necessário colocar uma pergunta anterior: estamos a produzir o conhecimento de que realmente precisamos?

Produzir mais ciência, mas mais ciência relevante

Esta distinção é importante. Uma coisa é produzir conhecimento relevante e não conseguir fazer che-

gar a evidência à decisão; outra, diferente, é produzir investigação cientificamente válida, mas que não responde suficientemente aos desafios prioritários para os sistemas de saúde, para os profissionais, para os decisores ou para as populações. A ciência contemporânea enfrenta, por isso, pelo menos dois desafios relacionados, mas distintos: aumentar a relevância do conhecimento que produz e melhorar a sua capacidade de o transformar em ação³.

Enfrentamos problemas cuja complexidade dificilmente pode ser respondida por uma única disciplina ou por soluções exclusivamente tecnológicas. Alterações climáticas, envelhecimento demográfico, doenças crônicas, resistência aos antimicrobianos, ameaças infecciosas, migrações, desigualdades sociais ou saúde mental resultam da interação entre fatores biológicos, sociais, económicos, ambientais, comportamentais e políticos. Perante esta realidade, a pergunta já não pode ser apenas quanto conhecimento conseguimos produzir. Temos também de perguntar que conhecimento estamos a produzir, para responder a que problemas e com que finalidade. Produzir mais ciência terá de significar também produzir ciência relevante, capaz não apenas de descrever os problemas, mas de contribuir para compreender os sistemas em que estes surgem, identificar soluções, avaliar intervenções em condições reais e perceber aquilo que funciona, para quem e em que circunstâncias⁴.

Isto não significa reduzir a ciência a necessidades imediatas, nem diminuir a importância da investigação fundamental. Muitas das descobertas que hoje sustentam a medicina e a Saúde Pública resultaram de investigação cujo impacto não poderia ser antecipado. Significa, antes, reconhecer que a relevância social deve fazer parte da reflexão sobre as prioridades científicas e que a liberdade de investigar pode coexistir com uma maior capacidade coletiva de identificar os grandes problemas para os quais necessitamos de conhecimento¹.

Esta perspetiva implica também repensar quem participa no processo científico. A investigação interdisciplinar é indispensável, mas a aproximação entre disciplinas não basta. A investigação participa-

tiva e diferentes modelos de coprodução do conhecimento procuram envolver profissionais, decisores, serviços, comunidades e cidadãos não apenas na divulgação dos resultados, mas também na identificação dos problemas, na definição das prioridades e na formulação das perguntas de investigação⁵. Quando é substantiva, esta aproximação aumenta a pertinência das perguntas, incorpora conhecimento sobre os contextos em que as intervenções terão de funcionar, antecipa barreiras à implementação e aproxima investigação e prática⁶. É também aqui que os médicos de Saúde Pública, pela sua formação e pelo seu posicionamento no sistema, assumem um papel singular na tradução entre evidência, decisão, serviços e comunidades.

Da evidência à decisão

Produzir conhecimento relevante é, contudo, apenas uma parte do problema. Mesmo quando dispomos de boa evidência, a distância entre conhecimento e decisão permanece muito real. Investigadores e decisores trabalham em contextos diferentes. Os tempos da investigação raramente coincidem com os tempos da decisão política ou da gestão dos serviços. Quem decide enfrenta restrições orçamentais, prioridades concorrentes, limitações institucionais e, frequentemente, a necessidade de agir quando a evidência é ainda incompleta.

É neste contexto que se compreende a evolução mais linear de uma ideia de *evidence-based policy* para o conceito de *evidence-informed policy-making*. A diferença não é meramente terminológica. A melhor evidência científica disponível deve informar a decisão, mas não pode determinar, por si só, essa decisão. Políticas e intervenções são construídas num determinado contexto e têm de considerar recursos, exequibilidade, valores, preferências, aceitabilidade, impactos distributivos e necessidades das populações. Esta perspetiva é particularmente relevante porque a evidência científica é apenas um dos elementos de um processo de decisão que é simultaneamente técnico, social e político². A ciência não substitui a decisão, mas o seu papel é reduzir a incerteza, tornar explícito aquilo que sabemos e aquilo que ainda não sabemos, permitir comparar alternativas

e consequências e criar melhores condições para decisões informadas e transparentes³.

É particularmente significativo, neste contexto, que a Organização Mundial da Saúde tenha publicado, em 2026, a primeira *Global Research Agenda on Knowledge Translation and Evidence-Informed Policy-Making*¹, que identifica 19 áreas prioritárias de investigação destinadas a compreender melhor as barreiras e os facilitadores da utilização da evidência, avaliar estratégias de translação do conhecimento e aperfeiçoar os métodos e instrumentos que ligam investigação, políticas e prática. Esta agenda responde também a lacunas importantes no conhecimento sobre como promover, de forma efetiva, a utilização da evidência pelos decisores^{2,3}. A própria existência de uma agenda global dedicada a esta matéria é muito significativa. A utilização do conhecimento deixou de ser entendida apenas como aquilo que acontece depois de terminada a investigação. Tornou-se, ela própria, objeto de investigação científica.

Equidade, confiança e impacto na ciência

Há, porém, uma terceira pergunta que importa acrescentar às anteriores. Não basta perguntar se produzimos conhecimento relevante e se conseguimos transformá-lo em decisão. É necessário perguntar também: quem beneficia do conhecimento que produzimos?

O *World Report on Social Determinants of Health Equity*, publicado pela OMS em 2025, voltou a mostrar a persistência de diferenças profundas, evitáveis e injustas na possibilidade de viver uma vida longa e saudável⁷. Conhecemos hoje muito melhor as causas das desigualdades em saúde, dispomos de intervenções eficazes e temos uma capacidade tecnológica sem precedentes. No entanto, os benefícios desse progresso não se distribuem automaticamente nem chegam necessariamente primeiro àqueles que mais deles necessitam.

Por isso, a equidade não deve ser entendida apenas como um resultado desejável das políticas de saúde. Deve estar presente na definição das prioridades científicas, na escolha das populações estudadas, na produção do conhecimento, na implementação das intervenções e na avaliação do seu impacto⁷. Esta

discussão conduz também à forma como avaliamos o sucesso da própria ciência. Publicações, citações, financiamento competitivo e reconhecimento pelos pares continuam a ser importantes, mas não captam, isoladamente, todo o valor social da investigação. Uma investigação pode ter menor visibilidade bibliométrica e, ainda assim, alterar uma política pública, modificar a organização de um serviço, melhorar uma estratégia de prevenção ou contribuir para reduzir uma desigualdade em saúde⁸.

Na Saúde Pública, o impacto científico começa na produção de conhecimento robusto, mas não termina necessariamente na sua publicação. Inclui também a produção de dados úteis para a decisão, a avaliação de políticas e programas, a investigação de implementação, a comunicação do conhecimento e a capacidade de trabalhar com serviços, decisores e comunidades⁸.

A confiança é outra dimensão central. A ciência comunica hoje num ecossistema em que publicações rigorosas circulam ao lado de opiniões, interesses comerciais, interpretações incorretas e campanhas deliberadas de desinformação. A *misinformation* e a *disinformation* constituem ameaças relevantes para a Saúde Pública e para a qualidade dos processos de decisão⁹. Responder a este fenómeno exige comunicar melhor, mas também preservar as condições que tornam a ciência credível: qualidade metodológica, transparência, escrutínio, reprodutibilidade, mecanismos eficazes de correção e sistemas de incentivos que não valorizem quantidade à custa de qualidade.

Produzir investigação de qualidade já não é suficiente. É igualmente necessário comunicar os resultados de forma transparente, acessível e compreensível. A promoção da literacia científica e a aproximação entre investigadores, profissionais de saúde, decisores e cidadãos são elementos fundamentais para garantir que o conhecimento produzido gera efetivamente impacto social e benefícios para a população^{6,9}.

O contributo da ENSP NOVA: conhecimento, colaboração e liderança em Saúde Pública

É também neste espaço que a ENSP NOVA tem afirmado historicamente a sua missão. Enquanto

instituição dedicada à formação, investigação e serviço à sociedade na área da Saúde Pública, a Escola transforma evidência científica em conhecimento útil para informar políticas, apoiar serviços, capacitar profissionais e responder a problemas concretos das populações. Esta missão assenta também numa capacidade crescente de produzir investigação de excelência em redes e grandes consórcios europeus e de mobilizar financiamento competitivo para responder a desafios complexos de Saúde Pública. O mesmo se reflete nos Centros Colaboradores da OMS coordenados pela Escola, nas parcerias com instituições nacionais e internacionais e nos projetos que procuram transformar evidência em políticas, práticas e soluções com impacto. Os *Knowledge Centers* da ENSP NOVA, em áreas como a prescrição social, a avaliação de políticas e intervenções, a literacia em saúde ou as ciências comportamentais, reforçam esta capacidade de aproximar conhecimento académico, decisão pública, entidades múltiplas, profissionais e necessidades reais da sociedade. A ENSP NOVA desempenha também um papel relevante no apoio técnico e científico a entidades governamentais e outras instituições, contribuindo para a análise de problemas, a definição de prioridades, a avaliação de políticas e programas e a construção de respostas baseadas na melhor evidência disponível.

A liderança em Saúde Pública exige transformação do conhecimento em ação e em valor para a sociedade. Impõe investigação de excelência, colaboração à escala internacional, capacidade para mobilizar recursos, formar pessoas e apoiar decisões com conhecimento independente e rigoroso. É nesta combinação entre ciência, capacidade e serviço à sociedade que a ENSP NOVA afirma o seu papel: contribuir para políticas, práticas e decisões mais informadas e para respostas que cheguem às comunidades de forma mais justa, efetiva e sustentável.

Ciência como compromisso com o futuro

Pensar sobre o estado da ciência exige olhar para além dos seus resultados imediatos. Uma pandemia, uma emergência ambiental ou uma nova ameaça tecnológica não começam quando os governos decidem transformá-las numa prioridade.

Quando uma crise acontece, a capacidade de resposta depende do conhecimento acumulado, das instituições, das infraestruturas, dos sistemas de informação e, sobretudo, das pessoas que foram formadas muito antes de essa crise existir. Financiar ciência apenas quando precisamos urgentemente dela é, nesse sentido, financiá-la demasiado tarde.

Esta reflexão é particularmente importante para países como Portugal, integrados num espaço científico europeu, mas com recursos necessariamente limitados. A capacidade científica é também uma forma de autonomia: permite aceder e interpretar dados, avaliar tecnologias, desenvolver inovação, participar em redes internacionais e tomar decisões informadas a partir de conhecimento próprio. Por isso, a resposta não passa apenas por procurar produzir mais ciência, mas por investir de forma sustentada em pessoas, formação, instituições e infraestruturas, criando melhores condições para transformar conhecimento em inovação, políticas e melhores práticas. Talvez o verdadeiro indicador da maturidade científica de uma sociedade não seja, por isso, apenas a quantidade de ciência que consegue produzir. Será também a sua capacidade de proteger a liberdade de investigar e a integridade científica, produzir conhecimento de excelência e relevante, atrair e reter talento, comunicar incerteza, aproximar investigadores, profissionais, decisores e populações e transformar conhecimento em melhores políticas, melhores serviços e mais saúde para todos.

Neste cenário, a ciência afirma-se não apenas como um instrumento de descoberta, mas como um recurso essencial para construir sociedades mais saudáveis, resilientes e sustentáveis. Num mundo em que nunca tivemos acesso a tanta informação e em que nunca produzimos conhecimento tão rapidamente, o desafio atual da ciência não é simplesmente saber mais. Será garantir que sabemos reconhecer o conhecimento em que podemos confiar, produzir aquele de que realmente necessitamos e transformar melhor o que sabemos em benefício de todos. É também este o sentido de um contrato para a saúde: renovar, com base na ciência, na confiança e na responsabilidade partilhada, o compromisso entre política, instituições, profissionais e comunidades.

Referências

1. World Health Organization. Global research agenda on knowledge translation and evidence-informed policy-making: prioritizing research for better decision-making. Geneva: World Health Organization; 2026.
2. Chapman E, Kolt B, Boaz A, Terry RF, Mandil A, Sharma T, et al. Advancing evidence-informed policy: outcomes of the global research agenda on knowledge translation. *Health Res Policy Syst.* 2026. doi:10.1186/s12961-026-01503-3.
3. Sarkies MN, Bowles KA, Skinner EH, Haas R, Lane H, Haines TP. The effectiveness of research implementation strategies for promoting evidence-informed policy and management decisions in healthcare: a systematic review. *Implement Sci.* 2017;12(1): 132. doi:10.1186/s13012-017-0662-0.
4. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gülmezoglu AM, et al. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *Lancet.* 2014;383(9912):156–165. doi:10.1016/S01406736(13)62229-1.
5. Peters S, Guccione L, Francis J, Best S, Tavender E, Curran J, et al. Evaluation of research co-design in health: a systematic overview of reviews and development of a framework. *Implement Sci.* 2024;19(1):63. doi:10.1186/s13012-024-01394-4.
6. Gobat N, Slack C, Hannah S, Salzwedel J, Bladon G, Garcia Burgos J, et al. Better engagement, better evidence: working in partnership with patients, the public, and communities in clinical trials with involvement and good participatory practice. *Lancet Glob Health.* 2025;13(4):e716–e731. doi:10.1016/S2214-109X(24)00521-7.
7. World Health Organization. World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025.
8. Cruz Rivera S, Kyte DG, Aiyegbusi OL, Keeley TJ, Calvert MJ. Assessing the impact of healthcare research: a systematic review of methodological frameworks. *PLoS Med.* 2017;14(8):e1002370. doi:10.1371/journal.pmed.1002370.
9. Ishizumi A, Kolis J, Abad N, Prybylski D, Brookmeyer KA, Voegeli C, et al. Beyond misinformation: developing a public health prevention framework for managing information ecosystems. *Lancet Public Health.* 2024;9(6):e397–e406. doi:10.1016/S2468-2667(24)00031-8.

Repensar o acesso aos cuidados de saúde: da barreira financeira à continuidade dos cuidados

Joana Alves, Investigadora Auxiliar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa

O Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa estabelece o direito à proteção da saúde e determina que este seja assegurado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), geral e universal e tendencialmente gratuito, e pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que o garantam¹. Contudo, este direito só se pode concretizar se houver capacidade de os cidadãos acederem quando precisam dos mesmos, uma vez que a simples existência de oferta de cuidados de saúde não garante a sua obtenção em tempo útil, de forma continuada e adequada à sua situação clínica e social.

A **Figura 1** apresenta dados da evolução da população com 16 ou mais anos que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado, com base nos dados do Inquérito às condições de vida e rendimento divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística².

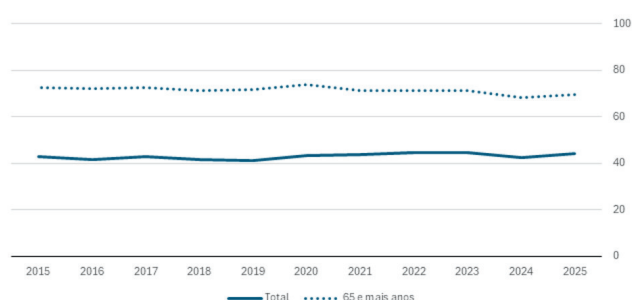


Figura 1. Evolução da proporção da população residente com 16 e mais anos de idade que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado (%) por grupo etário. **Fonte:** Elaboração própria com base em dados do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2025b).

Pela **Figura 1**, observa-se que a presença de doença crónica ou problema de saúde prolongada era bastante constante em Portugal, nos últimos 10 anos. Em 2025, cerca de quatro em cada 10 pessoas com 16 ou mais anos referiram ter um problema de saúde crónico ou prolongado. Entre os 65 ou mais anos, esta proporção subia para sete em cada 10 pessoas.

Esta evidência deve fazer-nos refletir sobre a forma como se pensa no acesso aos cuidados. Para quem vive com doença prolongada e crónica, atrasos, dificuldades no agendamento de consultas, interrupções na vigilância ou atrasos na renovação da terapêutica podem traduzir-se em agravamento clínico, perda de autonomia, descompensação e, consequentemente, maior utilização de serviços de urgência e internamento. De facto, de acordo com o *Patient-Reported Indicator Surveys* (PaRIS), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em Portugal, em 2024, entre os inquiridos que vivem com duas ou mais doenças crónicas, 86% referiram ser tratados em unidades de cuidados primários, com consultas programadas e de acompanhamento com duração superior a 15 minutos, mas apenas metade referiram ser seguidos pelo mesmo profissional nos cinco anos anteriores ao questionário³.

A **Figura 2** complementa esta análise, uma vez que apresenta a proporção da população com 16 ou mais anos que reportou uma necessidade não satisfeita de consulta médica nos últimos 12 meses. Este é um indicador que permite estudar as barreiras no acesso aos cuidados de saúde, identifi-

-cando eventuais situações em que o direito à saúde não se traduz em utilização dos serviços. O indicador tem como base os dados do inquérito às condições de vida e rendimento de 2025 divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística⁴ e mede a proporção da população que declarou ter necessitado de uma consulta médica, mas que não a realizou. Permite identificar ainda o grupo etário e as razões referidas, nomeadamente falta de disponibilidade financeira, existência de listas de espera ou outras razões. Mais uma vez, este indicador é autorreportado.

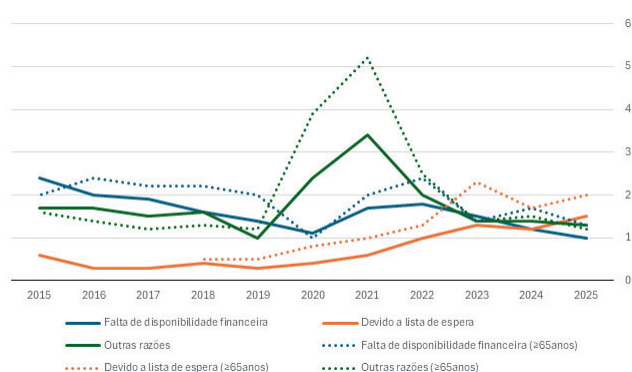


Figura 2. Evolução da proporção da população residente com 16 e mais anos de idade que referiu necessidade não satisfeita de consulta médica nos últimos 12 meses (%) por grupo etário e motivo. *Fonte:* Elaboração própria com base em dados do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2025a).

Os dados apresentados na **Figura 2** sugerem que as barreiras ao acesso se alteraram ao longo do tempo, observando-se uma mudança no perfil das necessidades não satisfeitas. A figura mostra ainda que as pessoas com 65 e mais anos estão em posição de maior vulnerabilidade e instabilidade, apresentando ao longo do período analisado, oscilações mais acentuadas e particularmente marcadas em momentos de crise, o que pode significar que estes ficam mais desprotegidos perante eventuais perturbações no funcionamento do sistema.

Em termos das razões apontadas para a falta de acesso, a falta de disponibilidade financeira diminuiu a sua importância ao longo do período. Isto pode refletir melhorias na proteção financeira no SNS, uma vez que em 2020 se eliminaram as taxas moderadoras no acesso a cuidados de saúde, com exceção de cuidados urgentes não referencia-

-dos. Ainda assim, esta barreira ao acesso não desapareceu completamente e, em 2025, 1% da população com 16 ou mais anos de idade continuava a reportar necessidades não satisfeitas de consulta médica por motivos financeiros.

Esta evidência é consistente com um estudo recente realizado com dados portugueses, que encontrou uma diminuição na incidência de despesas catastróficas em saúde (pagamentos diretos em saúde que, ao atingirem um determinado limiar, expõem as famílias a um risco de pobreza) no período entre 2005 e 2022⁵. O estudo encontra maior risco entre os agregados familiares mais envelhecidos ou com pelo menos uma pessoa idosa, sugerindo que embora a proteção financeira tenha sido melhorada globalmente, continuam a identificar-se lacunas em grupos mais vulneráveis, o que sugere uma cobertura insuficiente de cuidados em saúde para estes grupos.

Ao mesmo tempo que a razão de disponibilidade financeira diminuiu durante este período, as necessidades não satisfeitas devido a listas de espera ganharam peso. A incapacidade de o sistema responder no tempo adequado mostra que existe um preço a pagar, ainda que não monetário. Implicitamente, as listas de espera constituem um mecanismo de racionamento dos sistemas de saúde com financiamento público. Quando a capacidade de resposta não acompanha a procura por cuidados, o acesso pode passar a ser condicionado pelo tempo de espera, transformando-se este num custo suportado pelos cidadãos⁶.

O aumento de necessidades não satisfeitas por outras razões em 2020 e 2021 deve ser interpretado com particular atenção. Este período coincide com a pandemia por COVID-19, durante a qual se observaram disrupções na oferta de cuidados de saúde, incluindo cancelamento de consultas, mas também alterações na procura, com alterações de comportamentos, devido ao receio de recorrer aos serviços de saúde, ou dificuldades no uso de transportes. Tudo isto pode ter contribuído para maior dificuldade no acesso, sobretudo em pessoas idosas. A literatura nacional e internacional indica que as crises pandémicas não são sentidas por todos de igual forma e que são os grupos com maior

carga de doença, com maior vulnerabilidade económica, maior dependência ou isolamento social que podem ficar mais expostos quando o sistema reduz ou reorganiza a atividade assistencial^{7,8,9}.

Assim, deve haver um compromisso da sociedade para melhorar o acesso continuado aos cuidados de saúde.

Em primeiro lugar, não é suficiente ter cuidados gratuitos ou tendencialmente gratuitos. O aumento de barreiras no acesso devido a listas de espera demonstra que existe um outro preço a pagar. O custo de uma consulta tardia pode ser elevado, devido à incerteza, agravamento da doença e custos indiretos suportados pelas pessoas, famílias e sociedade. A doença crónica exige um acompanhamento atempado e regular, sendo essencial prevenção, vigilância, e para tal, consultas programadas. De facto, a importância da continuidade dos cuidados contrasta com a realidade de que a atribuição de médico de família continua a ser um problema para uma parte significativa da população. Futuras análises poderão explorar como se distribuem as razões apontadas para as necessidades não satisfeitas pela disponibilidade ou não de médico de família. Pretende-se que os cuidados de saúde primários ocupem uma posição central na prestação de cuidados, e para isso é importante o acesso a consultas, com o médico de família quando necessário, mas também com um conjunto de outros profissionais, que podem complementar a oferta e constituir pontos alternativos de acesso aos cuidados, como enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos. Deve ainda aprofundar-se a coordenação com cuidados hospitalares, continuados e apoio social.

Uma terceira dimensão a considerar deve ser a equidade. A igualdade formal de direito de proteção da saúde não garante acesso de acordo com as necessidades. Existem grupos mais vulneráveis que precisam de mais apoio para garantir que esse direito é efetivamente concretizado. Vimos aqui o exemplo dos idosos, que, pelas suas especificidades, como multimorbilidade, menor mobilidade, dependência de cuidador ou de ajuda no transporte, menor literacia digital para se mover no sistema, ou isolamento social, podem ficar mais excluídos do sistema. Pelo contrário, se todas as

pessoas forem tratadas da mesma forma, não tendo atenção às diferenças, poderão perpetuar-se as iniquidades no acesso aos cuidados. Para garantir este ponto é ainda essencial reforçar o compromisso com a recolha e divulgação de dados de acesso e utilização detalhados por nível etário, sexo e condição socioeconómica, de forma regular.

Por fim, a pandemia mostrou que os grupos mais vulneráveis podem ficar mais expostos em momentos em que o sistema se encontra sob pressão, reduzindo, reorganizando ou adiando cuidados de saúde. É necessário antecipar, definir planos de continuidade assistencial, canais de contacto acessíveis, acompanhamento de doentes crónicos e mecanismos de recuperação de cuidados adiados.

Em conclusão, o desafio do acesso aos cuidados de saúde em Portugal não pode ser analisado apenas através da perspetiva da proteção financeira. Embora exista um progresso importante neste âmbito, existem outras dimensões do acesso que assumem uma relevância crescente. Num contexto marcado pelo envelhecimento populacional e pelo peso substancial das doenças crónicas, garantir o direito à saúde é também assegurar que existe acesso atempado e continuidade dos cuidados, para que haja uma resposta adequada às necessidades das pessoas, particularmente, quando estas se encontram mais vulneráveis.

Referências

1. Portugal. Presidência da República. (1976). Constituição da República Portuguesa. Artigo 64.o - Saúde. Diário da República n.o 86/1976, Série I de 1976-04-10. Alterado pelo Artigo 37.o da Lei Constitucional n.o 1/97, pelo Artigo 36.o da Lei Constitucional n.o 1/89 e pelo Artigo 54.o da Lei Constitucional n.o 1/82.
2. Instituto Nacional de Estatística. (2025b). Proporção da população residente com 16 e mais anos de idade que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado (%) por Sexo e Grupo etário; Anual. Base de Dados.
3. OECD. (2025). Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). In Does Healthcare Deliver? OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/C8AF05A5-EN>
4. Instituto Nacional de Estatística. (2025a). Proporção da população residente com 16 e mais anos de idade que referiu necessidade não satisfeita de consulta médica nos últimos 12 meses (%) por Sexo, Grupo etário e Razão para necessidade não satisfeita de consulta; Anual. Base de Dados.
5. Tao, T. K., & Barros, P. P. (2026). Determinants of catastrophic healthcare spending in Portugal (2005–2022). *Health Policy Open*, 10. <https://doi.org/10.1016/j.hlopen.2026.100171>
6. Barros, P. P. (2009). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos* (2nd ed.). Almedina.
7. Alves, J., Soares, P., Rocha, J. V., Santana, R., & Nunes, C. (2021). Evolution of inequalities in the coronavirus pandemics in Portugal: an ecological study. *European Journal of Public Health*, 31(5), 1069–1075. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab036>
8. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/JECH-2020-214401>
9. Perelman, J. (2022). Pandemia Sindémica em Portugal: Desigualdade Social nos Fatores de Risco Associados à Mortalidade por COVID-19. *Acta Médica Portuguesa*, 35(6), 443–449. <https://doi.org/10.20344/amp.16031>

As doenças emergentes chegam a Portugal?

Joana Moreno, Médica de Saúde Pública, Unidade de Saúde Pública do SESARAM

Durante grande parte da história, as doenças infecciosas constituíram a principal ameaça à saúde das populações. A melhoria das condições higio-sanitárias, a vacinação e os avanços da medicina permitiram reduzir substancialmente o seu impacto, conduzindo a uma transição epidemiológica caracterizada pelo aumento relativo das doenças crónicas não transmissíveis. No entanto, esta evolução não se revelou linear, nem irreversível. Pelo contrário, a emergência de novos agentes patogénicos e o ressurgimento de doenças anteriormente controladas demonstram que as doenças infecciosas continuam a revelar-se um desafio, particularmente num contexto marcado pela diminuição da adesão à vacinação em alguns grupos populacionais¹.

As doenças emergentes são infeções que surgem pela primeira vez numa população ou que apresentam um aumento significativo da sua incidência, distribuição geográfica ou impacto². A emergência destas doenças pode ocorrer através de diferentes mecanismos. Um dos mais frequentes consiste na introdução de agentes patogénicos já conhecidos em novas áreas geográficas, frequentemente associada às alterações climáticas, às modificações ambientais ou à expansão dos vetores responsáveis pela sua transmissão. Noutros casos, o fenómeno resulta da adaptação de um agente infeccioso a uma nova espécie hospedeira, consequência de alterações genéticas do agente patogénico ou de mudanças nas interações entre seres humanos, animais domésticos e fauna selvagem. A emergência pode ainda decorrer da identificação de um agente previamente desconhecido, colocando desafios acrescidos aos sistemas de vigilância epidemiológica, diagnóstico e resposta em saúde pública³. Por sua vez, as doenças

reemergentes referem-se a doenças cuja ocorrência diminuiu substancialmente ao longo do tempo, mas que voltam a adquirir relevância epidemiológica².

O **Quadro 1** apresenta alguns exemplos de doenças emergentes e reemergentes baseada na lista de agentes patogénicos identificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi atualizada em 2024⁴. As listas de patógenos anteriormente publicadas, em 2017 e 2018, procuravam identificar os agentes patogénicos considerados prioritários para a investigação e desenvolvimento, tendo em conta o seu potencial para causar surtos de elevada gravidade e a disponibilidade limitada de medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Contudo, a experiência acumulada nos anos seguintes, particularmente durante a pandemia de COVID-19, evidenciou as limitações de uma abordagem centrada num conjunto restrito de agentes previamente identificados. Em 2024, a OMS adotou uma metodologia mais abrangente, passando a considerar famílias inteiras de agentes patogénicos e a distinguir agentes prioritários de agentes protótipo, com o objetivo de promover uma preparação mais ampla para futuras ameaças, epidemias ou pandemias⁴.

A maioria das doenças emergentes apresenta origem zoonótica, resultando da transmissão de agentes patogénicos entre animais e seres humanos. Estima-se que cerca de 75% dos agentes associados a doenças emergentes tenham origem animal, evidenciando a estreita relação entre a saúde humana, a saúde animal e o ambiente. Esta realidade levou ao desenvolvimento do conceito One Health, que defende uma abordagem integrada e multidisciplinar da saúde, reconhecendo que a prevenção e o controlo destas doenças

Quadro 1: Exemplos de doenças emergentes e reemergentes. Adaptado de Ukoaka⁴

Doença	Agente patogénico	Classificação	Transmissão principal
Febre do Nilo Ocidental	Vírus do Nilo Ocidental	Reemergente	Transmitida por vetores
Síndrome pulmonar por hantavírus	Hantavírus	Emergente	Zoonótica
Dengue	Vírus da dengue	Reemergente	Transmitida por vetores
Doença por vírus Zika	Vírus Zika	Reemergente	Transmitida por vetores
Febre amarela	Vírus da febre amarela	Reemergente	Transmitida por vetores
Encefalite japonesa	Vírus da encefalite japonesa	Reemergente	Transmitida por vetores
Doença por vírus Marburgo	Vírus Marburgo	Reemergente	Zoonótica
Febre do Vale do Rift	Vírus da febre do Vale do Rift	Reemergente	Transmitida por vetores
Ébola	Vírus Ébola	Reemergente	Zoonótica
Febre de Lassa	Vírus Lassa	Reemergente	Zoonótica
Infeção por vírus Hendra	Vírus Hendra	Emergente	Zoonótica
Infeção por vírus Nipah	Vírus Nipah	Emergente	Zoonótica
Gripe aviária	Vírus influenza H5N1/H7N9	Emergente	Zoonótica
SARS	SARS-CoV	Emergente	Pessoa a pessoa
MERS	MERS-CoV	Emergente	Zoonótica
COVID-19	SARS-CoV-2	Emergente	Pessoa a pessoa
Gripe pandémica de 2009	Vírus influenza H1N1	Emergente	Pessoa a pessoa
Febre de Oropouche	Vírus Oropouche	Emergente	Transmitida por vetores
Doença de Lyme	<i>Borrelia spp.</i>	Emergente	Transmitida por vetores
Cólera	<i>Vibrio cholerae</i>	Reemergente	Transmitida pela água
Peste	<i>Yersinia pestis</i>	Reemergente	Transmitida por vetores
Difteria	<i>C. diphtheriae</i>	Reemergente	Pessoa a pessoa
Febre tifoide	<i>Salmonella Typhi</i>	Reemergente	Alimentar e hídrica
Tuberculose multirresistente	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Reemergente	Pessoa a pessoa
Malária resistente a medicamentos	<i>Plasmodium spp.</i>	Reemergente	Transmitida por vetores

dependem da articulação entre os setores da saúde humana, veterinária e ambiental. Embora muitas zoonoses consigam infectar seres humanos, apenas uma parte adquire a capacidade de se transmitir de forma sustentada entre pessoas. A superação destas barreiras biológicas constitui um dos fatores determinantes para o potencial epidémico ou pandémico de um agente patogénico³.

O aparecimento e a disseminação de doenças emergentes e reemergentes resultam da interação complexa de múltiplos fatores biológicos, ambientais e sociais. Entre os principais determinantes encontram-se as alterações climáticas e ambientais, incluindo a desflorestação, as mudanças na utilização dos solos e os fenómenos meteorológicos extremos, que podem modificar a distribuição geográfica de vetores e reservatórios de agentes infecciosos. O aumento da temperatura global, associado a alterações nos ciclos hidrológicos, secas, inundações e períodos de precipitação intensa, tem criado condições favoráveis à expansão de mosquitos e outros vetores, aumentando o risco de transmissão de doenças em áreas anteriormente não afetadas. Paralelamente, a urbanização crescente, sobretudo quando associada a elevada densidade populacional, condições habitacionais precárias e défices de saneamento, pode favorecer a propagação de infeções respiratórias e de doenças transmitidas por água ou alimentos contaminados⁵.

A crescente mobilidade internacional constitui igualmente um fator determinante. O aumento das viagens associado ao turismo, ao comércio global, às migrações e aos conflitos regionais permite que agentes infecciosos circulem rapidamente entre continentes. Este fenómeno é frequentemente descrito através do conceito de tráfego microbiológico, que traduz a capacidade dos agentes patogénicos de ultrapassarem barreiras geográficas e ecológicas, alcançando novas populações hospedeiras através da deslocação de pessoas, mercadorias, animais, vetores e reservatórios³. Neste contexto, doenças anteriormente consideradas tropicais ou exóticas podem surgir em regiões onde não eram habitualmente observadas. Além da deslocação de pessoas infectadas, a introdução acidental de vetores, como mosquitos, pode contribuir para o

aparecimento de doenças em novas áreas geográficas. Um exemplo recente ocorreu no aeroporto de Frankfurt, onde, em julho de 2026, foram identificados novos casos de malária em trabalhadores, presumivelmente associados à introdução de mosquitos infectados através do transporte aéreo⁶.

Também as transformações nos sistemas alimentares têm contribuído para o risco de emergência de doenças. A rápida urbanização e a globalização das cadeias de abastecimento modificaram os hábitos de consumo e a forma como os alimentos são produzidos, processados e distribuídos. Atualmente, os produtos alimentares percorrem frequentemente longas distâncias antes de chegarem ao consumidor, aumentando o potencial de disseminação de agentes patogénicos através de cadeias de distribuição internacionais. Simultaneamente, a produção alimentar em larga escala pode amplificar o impacto de episódios de contaminação, permitindo que um único evento origine surtos envolvendo um elevado número de pessoas⁵. Um exemplo recente é o surto multinacional de *Salmonella* Stanley associado ao consumo de noodles aromatizados de uma mesma marca, que entre novembro de 2025 e maio de 2026 afetou mais de uma centena de pessoas em 12 países da União Europeia/EEE e no Reino Unido. A investigação identificou um provável ponto comum de contaminação ao nível da produção, evidenciando como a ampla distribuição de um produto alimentar pode facilitar a propagação internacional de surtos de origem alimentar⁷.

Portugal não está à margem do risco associado às doenças emergentes e reemergentes. A elevada mobilidade internacional de pessoas e mercadorias, associada às ligações aéreas com regiões endémicas ou onde decorrem surtos, facilita a introdução de agentes infecciosos. Este risco é particularmente relevante nas doenças com períodos de incubação prolongados, como o Ébola ou o sarampo, uma vez que uma pessoa infectada pode chegar ao país ainda assintomática.

A localização geográfica de Portugal acrescenta também uma importante componente marítima. A extensa linha costeira e a circulação de navios comerciais, cruzeiros e outras embarcações consti-

tuem potenciais vias de introdução de agentes infecciosos através de pessoas, mercadorias, animais ou vetores.

Como referido anteriormente, a integração de Portugal nas cadeias internacionais de distribuição alimentar constitui igualmente uma potencial via de introdução e disseminação de agentes patogénicos. A experiência com a mpox demonstra como uma doença, anteriormente concentrada em determinadas regiões, pode adquirir rapidamente expressão internacional. Portugal esteve entre os primeiros países, fora das áreas tradicionalmente endémicas, a identificar casos no surto multi-nacional iniciado em 2022, tendo-se posteriormente estabelecido cadeias de transmissão no território nacional⁸.

As doenças transmitidas por vetores constituem outra possibilidade. A presença de vetores competentes em Portugal, incluindo *Aedes aegypti* na Madeira e *Aedes albopictus* no continente, cria condições para que a introdução de determinados vírus possa, em circunstâncias favoráveis, originar transmissão local, como demonstrado pelo surto de dengue na Madeira em 2012⁹.

Assim, mais do que questionar se as doenças emergentes podem chegar a Portugal, é importante reconhecer que a sua introdução é uma possibilidade constante num contexto de elevada mobilidade internacional.

A monitorização de agentes patogénicos emergentes tornou-se, por isso, uma prioridade de saúde pública. A deteção precoce de surtos permite implementar medidas de controlo atempadas e reduzir o risco de propagação de doenças com potencial epidémico ou pandémico. No entanto, a vigilância nem sempre é simples. Muitos surtos ocorrem em simultâneo com crises humanitárias, catástrofes naturais ou conflitos, situações que dificultam a recolha de informação e a resposta efetiva das equipas. Um exemplo recente ocorreu na Faixa de Gaza, onde um caso de poliomielite foi identificado após 25 anos sem casos registados. O conflito levou à destruição de infraestruturas de saúde, à deslocação da população e à diminuição da cobertura vacinal, criando condições favoráveis ao reaparecimento da doença. Este caso evidencia como situações de instabilidade podem favorecer o ressurgimento de infeções anteriormente controladas¹⁰.

A pandemia de COVID-19 constituiu um exemplo paradigmático do impacto que uma doença emergente pode exercer sobre os sistemas de saúde e sobre a sociedade em geral. Para além do aumento da mortalidade e dos anos de vida perdidos, a crise revelou vulnerabilidades estruturais que, até então, eram pouco evidentes em muitos países. A rápida propagação do vírus, associada às medidas de mitigação adotadas para controlar a transmissão, gerou uma pressão sem precedentes sobre os serviços de saúde, condicionando a prestação de cuidados em várias áreas clínicas. Consequentemente, consultas, rastreios e tratamentos de diversas patologias foram adiados ou interrompidos, produzindo efeitos que se prolongaram para além da fase aguda da pandemia. Paralelamente, os impactos económicos e sociais foram significativos, consequência não apenas da doença em si, mas também das restrições implementadas para conter a sua disseminação¹¹.

Além da pandemia da COVID-19, outros eventos recentes têm demonstrado como é difícil prever qual será o próximo agente responsável por uma epidemia ou pandemia. Exemplos recentes são o surto de infeção por Hantavírus a bordo do navio de cruzeiro e o amplo surto de Ébola pelo vírus Bundibugyo^{12,13}. Por esse motivo, muitos países têm investido no reforço dos sistemas de vigilância epidemiológica, na preparação dos serviços de saúde e na cooperação internacional. O Regulamento Sanitário Internacional, juridicamente vinculativo para 196 Estados Partes, constitui um dos principais instrumentos globais para a deteção, notificação e resposta a emergências de saúde pública com potencial impacto internacional. Este estabelece que os eventos de saúde pública potencialmente relevantes sejam notificados à OMS nas 24 horas seguintes à avaliação¹⁴.

Em suma, a emergência e a reemergência de doenças infecciosas resultam de uma combinação dinâmica de fatores biológicos, ambientais e sociais, num mundo cada vez mais interligado e marcado pela intensa mobilidade de pessoas e mercadorias. Perante a impossibilidade de prever qual será a próxima ameaça, a capacidade de deteção precoce, vigilância, preparação e resposta assume um papel fundamental na mitigação do seu impacto.

Neste contexto, Portugal deve garantir que dispõe das condições necessárias para identificar estas ameaças e responder de forma atempada e efetiva quando surgirem.

Referências

1. Wahdan MH. The epidemiological transition. Eastern Mediterranean Health Journal. 1996;2(1):8-20.
2. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO EMRO). Emerging diseases [Internet]. Cairo: WHO EMRO; Disponível em: <https://www.emro.who.int/health-topics/emerging-diseases/>
3. Silva LC, Dourado AM, Dourado FJO, Ortoni GE, Bohórquez KFF, Euclides KLLC, et al. Doenças emergentes e reemergentes: uma revisão de literatura. Europub Journal of Health Research. 2024;5(1). doi:10.54747/ejhrv5n1-004.
4. Ukoaka BM, Okesanya OJ, Daniel FM, Ahmed MM, Udam NG, Wagwula PM, et al. Updated WHO list of emerging pathogens for a potential future pandemic: Implications for public health and global preparedness. Infez Med. 2024;32(4):463-477. doi:10.53854/liim-3204-5. D
5. Church DL. Major factors affecting the emergence and re-emergence of infectious diseases. Clin Lab Med. 2004;24(3):559-586. doi:10.1016/j.cl.2004.05.008.
6. Rhoden-Paul A. Two German airport workers die of malaria after 'mosquito arrives on plane' [Internet]. BBC News. 26 Agosto 2026. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/articles/cz6zwgg9y8go>
7. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Salmonellosis outbreaks [Internet]. Stockholm: ECDC; Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-diseases-and-public-health/salmonellosis/threats-and-outbreaks>
8. Perez Duque M, Ribeiro S, Martins JV, Casaca P, Leite PP, Tavares M, et al. Ongoing monkeypox virus outbreak, Portugal, 29 April to 23 May 2022. Euro Surveill. 2022;27(22):2200424. doi:10.2807/15607917.ES.2022.27.22.2200424.
9. Serrano D. Dengue na Ilha da Madeira. Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas. 2021;16(2):48-53.
10. World Health Organization (WHO). Humanitarian pauses vital for critical polio vaccination campaign in the Gaza Strip [Internet]. Geneva: WHO; 2024 Aug 16 [citado em 2026 set 3]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/16-08-2024-humanitarian-pauses-vital-for-critical-polio-vaccination-campaign-in-the-gaza-strip>
11. Zavras D. Challenges That Health Care Systems Faced During and After the COVID-19 Pandemic. Healthcare. 2026;14(17):2731. doi:10.3390/healthcare14172731.
12. World Health Organization (WHO). Hantavirus cluster linked to cruise ship travel, Multi-country [Internet]. Disease Outbreak News. Geneva: WHO; 4 maio 2026. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON599>
13. World Health Organization (WHO). Ebola disease caused by Bundibugyo virus - Democratic Republic of the Congo [Internet]. Disease Outbreak News. Geneva: WHO; 28 agosto 2026. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON616>
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). International Health Regulations [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 20 março 2026. Disponível em: <https://www.cdc.gov/global-health/topics-programs/ihr.html>

PACK VIAJANTE

MÁXIMA PROTEÇÃO DE FORMA EFICAZ E SEGURA

PARA A PELE

NEWELL MOSKOUT
REPELENTE DE MOSQUITOS
CRIANÇA +6

Eficaz contra o Mosquito Tigre

Eficaz contra o Mosquito Tigre

Spray sem álcool e sem corantes

100% Eficaz

Bebês +6 MESES e CRIANÇAS

Proteção até 6 HORAS

NEWELL MOSKOUT
REPELENTE DE MOSQUITOS
FAMILIAR

Eficaz contra o Mosquito Tigre

Eficaz contra o Mosquito Tigre

Spray para Adultos e Crianças

100% Eficaz

Crianças +3 ANOS, GRÁVIDAS e LACTANTES

Proteção até 10 HORAS

PARA A ROUPA

NEWELL MOSKOUT
REPELENTE DE MOSQUITOS
MOSQUIT

Eficaz contra o Mosquito Tigre

Eficaz contra o Mosquito Tigre

Spray para Adultos e Crianças

100% Eficaz

Bebês +6 MESES, GRÁVIDAS e LACTANTES

Proteção até 30 DIAS ou 5 LAVAGENS

Eficaz contra o MOSQUITOS, PIOLHOS, CARRAÇAS, PULGAS e ÁCAROS

SEM CHEIRO e NÃO MANCHA

NEWELL MOSKOUT®

Grupo: SDHC
info@moskout.com
Rua Cidade de Bolama, 14E - 406 | 1800-079 Lisboa

Alterações climáticas: ainda há um longo caminho a percorrer em Portugal?

Miguel Paiva, Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: o fim do futuro condicional

Durante muitos anos, quando falávamos de alterações climáticas, éramos levados para considerações sobre zonas longínquas, efeitos quase ficcionais e projeções de um futuro distante. Pensávamos nas próximas gerações, nas projeções para o final do século e em fenómenos que pareciam ainda relativamente distantes: temperaturas mais elevadas, subida do nível do mar, períodos de seca mais prolongados ou maior ocorrência de incêndios florestais.

Essa realidade mudou. Os efeitos das alterações climáticas já são sentidos por todos nós, com impacto na saúde das populações e colocando desafios que os serviços de saúde têm de enfrentar no presente. Ondas de calor, incêndios, inundações, alterações na qualidade do ar e da água e mudanças na distribuição de determinadas doenças são hoje questões de saúde pública e não apenas preocupações ambientais.

No Relatório Especial da COP26 sobre Mudanças Climáticas e Saúde, lançado a 11 de outubro de 2021, a Organização Mundial da Saúde reconhece as alterações climáticas como a maior ameaça à saúde humana no século XXI. Os seus efeitos podem ser diretos, através de fenómenos meteorológicos extremos, ou indiretos, através da degradação da qualidade do ar, da escassez ou contaminação da água, da insegurança alimentar e da alteração da distribuição de doenças infecciosas e transmitidas por vetores.

Portugal não está afastado deste problema. Pelo contrário, apresenta uma vulnerabilidade significati-

va a vários dos impactos associados às alterações climáticas. São vários os exemplos recentes que o demonstram, como foram os casos dos incêndios de 2017, da tempestade Leslie em 2018 ou da tempestade Kristin no início do corrente ano, só para citar alguns.

A existência de estratégias nacionais, planos de contingência e sistemas de vigilância demonstra que o país tem vindo a desenvolver respostas importantes. A questão que se coloca agora é outra: será que essas respostas estão suficientemente preparadas para a realidade que temos pela frente? A resposta não é simples. É verdade que Portugal já percorreu um caminho importante no reconhecimento político, científico e institucional do problema. Existem estratégias de adaptação, instrumentos de planeamento e mecanismos de vigilância em saúde pública. Apesar disso ainda persiste alguma distância entre aquilo que é definido nos documentos estratégicos e aquilo que efetivamente acontece no terreno. No mínimo, podemos constatar que a implementação dessas estratégias e planos é implementada de forma desigual e com resultados diferentes ao longo do território.

É precisamente nessa passagem do planeamento para a ação que as Unidades Locais de Saúde (ULS) podem assumir uma importância particular. Pela sua capacidade de articular diferentes níveis de cuidados e de trabalhar diretamente com as populações, podem contribuir para aproximar a resposta de saúde pública das necessidades concretas de cada território.

Portugal não parte do zero: o legado do planeamento

Seria injusto afirmar que Portugal não dispõe de políticas ou instrumentos de adaptação às alterações climáticas. Ao longo das últimas décadas foram sendo criadas estratégias destinadas a integrar a adaptação em diferentes áreas, incluindo a saúde, a agricultura, a biodiversidade e o ordenamento do território.

Na área da saúde existe também uma experiência relevante na resposta às temperaturas extremas. O trabalho de desenvolvimento incremental que o SNS fez a partir de meados da década anterior, na construção de planos que definissem estratégias para enfrentar as ondas de calor no verão e os picos de infeções respiratórias no inverno, conduziram à sua sistematização num instrumento hoje consolidado: o Plano de Contingência para as Temperaturas Extremas Adversas, integrado na plataforma Saúde Sazonal.

Fazendo confluir num mesmo instrumento informações de cariz meteorológico, epidemiológico, populacional, social, organizacional, entre outros, conseguiu-se que a passasse a considerar os efeitos que o calor e o frio têm na saúde como um todo, através da análise de indicadores como a morbilidade, a mortalidade e a procura dos serviços de saúde.

Esta evolução foi importante. Saber que vai ocorrer uma onda de calor é apenas o primeiro passo. É igualmente necessário perceber quem está mais exposto, onde se encontram as pessoas mais vulneráveis e que capacidade de resposta existe nos serviços de saúde.

Um mesmo fenómeno meteorológico tem consequências muito diferentes consoante o território e as condições sociais da população. Por isso, a mitigação dos seus impactos só pode ser plenamente alcançada se conjugamos o conhecimento da informação meteorológica com informação epidemiológica, social e assistencial, atuando em conformidade com a identificação dos principais focos de vulnerabilidade encontrados.

O problema é que os riscos estão a mudar rapidamente. Os planos existentes precisam de acompanhar essa mudança e, sobretudo, de ser traduzidos em respostas concretas a nível local.

Neste ponto, questões como a monitorização, o financiamento e a capacidade de intervenção no território tornam-se particularmente importantes.

O modelo ULS como instrumento de resposta territorial

As alterações climáticas não respeitam as fronteiras administrativas dos serviços ou dos ministérios. Os seus efeitos chegam simultaneamente aos cuidados de saúde primários, aos hospitais, à saúde pública e aos restantes serviços da comunidade.

Uma onda de calor prolongada pode agravar doenças cardíacas e respiratórias, aumentar a procura dos serviços de urgência e contribuir para um aumento da mortalidade. Os incêndios podem deteriorar rapidamente a qualidade do ar e agravar problemas respiratórios. A alteração das condições ambientais pode também favorecer a presença de determinados vetores e aumentar o risco de doenças que anteriormente tinham pouca expressão no território.

Perante esta realidade, a organização das ULS pode constituir uma oportunidade. A integração dos cuidados de saúde primários e hospitalares facilita a articulação entre diferentes níveis de cuidados e pode permitir uma resposta local mais ágil e mais coordenada perante situações de risco.

Como profissionais de saúde, focamo-nos prioritariamente no acompanhamento dos doentes crónicos - não apenas pela sua vulnerabilidade, mas também por representarem o maior consumo de recursos. São estes os utentes com maior probabilidade de sofrer agudizações e de necessitar de cuidados hospitalares durante uma onda de calor ou outro fenómeno extremo. Perante este cenário, as ULS dispõem hoje de ferramentas de estratificação de risco que permitem identificar, em tempo real, as vulnerabilidades específicas de cada utente e agir precocemente para evitar descompensações.

Neste modelo o objetivo é que, quando seja emitido um alerta meteorológico, as equipas que coordenam a implementação dos Planos de Contingência acionem, em função dos riscos específicos a que está exposto cada subgrupo da população, as equipas de cuidados mais indicadas para a situação concreta, sejam elas dos cuidados

de saúde primários, de cuidados hospitalares ou mesmo compostas por elementos de ambos os níveis. A intervenção precoce e coordenada pode reduzir a pressão posterior sobre os serviços de urgência e evitar muitas situações de agravamento.

Neste modelo, a Unidade de Saúde Pública integrada na ULS assume também uma função pivotal essencial. A sua intervenção não deve limitar-se à produção de informação ou à emissão de pareceres. A Saúde Pública local pode contribuir para juntar informação meteorológica, epidemiológica e territorial, permitindo identificar áreas e grupos populacionais particularmente vulneráveis e, tendo uma visão abrangente, ser importante na articulação das intervenções a realizar.

Esta capacidade de cruzar informação e de trabalhar em articulação com os restantes serviços e com a comunidade é uma das principais vantagens de uma abordagem territorializada.

Equidade, justiça social e desigualdades

Os efeitos das alterações climáticas não são distribuídos de forma igual pela população. Este é talvez um dos aspetos que mais deve preocupar quem trabalha em saúde pública.

Uma onda de calor pode atingir uma cidade inteira, mas as suas consequências serão diferentes de pessoa para pessoa. Um idoso com várias doenças crónicas, que vive sozinho num apartamento antigo, sem isolamento térmico adequado e com dificuldades económicas ou de mobilidade, estará naturalmente mais exposto do que uma pessoa jovem, com boas condições habitacionais e uma rede familiar ou social próxima.

Estes tipos de situações demonstram claramente que a resposta promovida pelas organizações do setor da saúde, ainda que coordenada, pode não ser suficiente. Importa, pois, que seja envolvida a comunidade, através dos seus representantes.

As ULS têm ótimas condições dar esse passo agregador adicional. Assim, além de juntarmos os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e a Saúde Pública, é importante que associemos os municípios, as juntas de freguesia e os organismos da rede social para que se possam definir formas de intervenção adequadas para a situação de pessoas e áreas que apresentem maior vulnerabilidade.

A criação de redes locais de apoio, a identificação de espaços que possam funcionar como abrigo em períodos de calor extremo, por exemplo, e o acompanhamento das pessoas mais vulneráveis são exemplos de medidas que podem fazer uma diferença real.

Neste contexto, a territorialização da Saúde Pública não deve ser entendida apenas como uma questão organizacional. É também uma questão de equidade. Conhecer melhor o território permite dirigir os recursos para quem mais precisa deles.

Resiliência interna: infraestruturas, profissionais e descarbonização

A adaptação climática não depende apenas da capacidade de proteger a população. As próprias organizações de saúde precisam de estar preparadas para continuar a funcionar em condições adversas.

Um sistema de saúde resiliente deve conseguir responder a um aumento súbito da procura, mas também manter as suas infraestruturas e os seus profissionais operacionais perante situações de stress ambiental.

Um dos principais prende-se com as condições de muitos dos edifícios onde funcionam as nossas unidades de saúde. Apesar dos fortes investimentos realizados nos últimos anos, muitos deles alavancados por fundos comunitários, a verdade é que ainda subsistem muitas instalações de saúde em edifícios antigos e complexos, cuja adaptação às novas condições climáticas não foi ainda assegurada. É necessário garantir condições térmicas adequadas, assegurar a continuidade do fornecimento de energia e água e avaliar a capacidade dos edifícios para responder a situações extremas.

Agora que terminou a execução do PRR, concretizada com sucesso, importante que o caminho de modernização dos sistemas de climatização e a melhoria da eficiência energética dos nossos edifícios não seja interrompido. Não se trata apenas de conforto para utentes e profissionais. Em determinadas circunstâncias, a capacidade de manter condições adequadas de funcionamento pode ser essencial para a continuidade dos cuidados.

Outro aspeto importante, e menos vezes abordado, prende-se com a consciencialização e mesmo capacitação dos profissionais para estes temas. Os profissionais de saúde também precisam de estar preparados para mudanças nos padrões de doença associados às alterações climáticas.

Para além do óbvio processo de comunicação eficaz dos Planos e das Políticas das instituições relativamente a estas matérias, algo muitas vezes esquecido, deve apostar-se fortemente em formação que inclua, entre outros aspetos, o reconhecimento de doenças relacionadas com novos vetores, os efeitos dos fenómenos extremos na saúde e as consequências psicológicas de acontecimentos como incêndios, inundações ou outras catástrofes.

A formação contínua será particularmente importante à medida que alguns problemas, anteriormente pouco frequentes em determinadas regiões, possam tornar-se mais comuns.

Neste particular das alterações climáticas, não podemos deixar de referir algo que, só por si, justificaria um artigo autónomo, que é o próprio impacto ambiental causado pelo funcionamento das instituições de saúde.

A resposta das ULS não pode limitar-se à adaptação. Sendo um dos principais emissores de gases de efeitos de estufa para a atmosfera, o próprio setor da saúde tem também responsabilidade na redução do seu impacto ambiental.

As ULS são organizações de grande dimensão, com consumos significativos de energia, produção de resíduos e necessidades logísticas consideráveis. Existe ampla margem para melhorar a eficiência energética, aumentar a utilização de energias renováveis, reduzir desperdícios, diminuir a produção de resíduos, diminuir deslocações desnecessárias e incorporar critérios de sustentabilidade nas compras e nos contratos públicos.

A transição ecológica do setor da saúde deve ser encarada como uma oportunidade para melhorar simultaneamente a eficiência das organizações e a sua capacidade de resposta aos desafios ambientais.

Conclusão: clima e saúde em todas as políticas

Esta análise vem demonstrar que, tal como se refe-

riu acima, o nosso país já percorreu um caminho relevante na identificação das alterações climáticas como um dos principais desafios sociais com que estamos confrontados e na definição de políticas e estratégias para as enfrentar.

No setor da saúde esse percurso também está a ser seguido, com o papel orientador da Direção Geral da Saúde, visando mitigar os seus impactos na saúde pública.

Uma das principais expressões do trabalho que o setor da saúde realiza, em permanência, é a existência dos Planos de Contingência para Temperaturas Extremas adversas, nos módulos calor e inverno. Englobando a recolha de muita informação, estes planos visam dotar as instituições do SNS de dados que permitam antecipar a procura por cuidados, dando-lhes desta forma a possibilidade de intervir e de se reorganizarem a cada momento para responderem com acrescida eficácia em função da realidade com que são confrontadas.

O papel das Unidades Locais de Saúde neste percurso tem sido muito importante. A capacidade de poderem intervir sobre toda a cadeia de prestação de cuidados e de integrarem a saúde pública como elemento com forte capacidade de planeamento, dá-lhes a capacidade de pensar, estruturar respostas e de agir. Para além disso, as ULS, fruto da forma como estão integradas na comunidade e da relação privilegiada que estabelecem com as autarquias locais e a rede social permite-lhes adicionar uma camada de articulação de respostas que estão para lá do setor da saúde, mas que têm forte impacto sobre a saúde.

Acreditamos que este trabalho concreto, já realizado, faz com que ganhem a cada dia maior consciência do que verdadeiramente significa o postulado tantas vezes referido de que é necessário incluir a “Saúde em Todas as Políticas”. As alterações climáticas e a expressão dos seus impactos através de tempestades, cheias, violentos incêndios demonstra que, só dessa forma integrada conseguiremos mitigar as referidas consequências e garantir que não só sobreviveremos melhor à realidade atual mas, principalmente, daremos passos para procurarmos inverter a tendência de aumento da temperatura global.

É BOM TER OPÇÕES

As vacinas de base proteica assentam numa **tecnologia comprovada**, fundamentando a tomada de decisão dos profissionais de saúde.



▼ **BIMERVAX®** XFG.1.1

Reconsidere as vacinas de tecnologia proteica



Para mais informações deverá contactar o titular da AIM e consultar o RCM de BIMERVAX® XFG.1.1¹

Informações essenciais em conformidade com o RCM estarão disponíveis mediante solicitação.

Este medicamento está sujeito a receita médica.

(▼) Este medicamento está sujeito a monitorização adicional; é prioritária a notificação de suspeitas de reações adversas associadas a este medicamento.

HIPRA HUMAN HEALTH PORTUGAL, PRODUTOS FARMACÊUTICOS, LDA.
Portela de Mafra e Fontinha, Abrunheira, 2665-191 Malveira. NIPC 518157571.

HH-PM-26-0005-PT (setembro 2026)

Vantagens da vacina



Imunogenicidade para XFG.1.1 alargada a outras sublinhagens descendentes de JN.1, particularmente LP.8.1 e NB.1.8.1²



Segurança e eficácia mantidas em coadministração com vacina da gripe^{2,3}



Bem tolerada e menos reatogénica que a vacina *mRNA*^{2,4-6}



Imunogenicidade de longa duração até 1 ano^{2,7,8}

Informações essenciais do BIMERVAX® XFG.1.1

Indicação: Indicada como reforço da imunização ativa para prevenção da COVID-19 em indivíduos ≥ 12 anos¹

Pronta a Usar: Disponível em seringa pré-cheia de dose única (0,5 mL), sem necessidade de diluição ou reconstituição¹

Dosagem e Administração: Seringa de 0,5 mL contendo 40 µg de substância ativa adjuvada com SQBA, administrada por via intramuscular¹

Conservação: Armazenamento e transporte em cadeia de frio padrão entre 2°C e 8°C. Antes de utilização, a vacina pode ser mantida fora do frigorífico, uma única vez, por um período máximo de 24h, a uma temperatura $\leq 25^{\circ}\text{C}$ ¹

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes (fosfato dissódico dodeca-hidratado, fosfato monopotássico, cloreto de sódio, cloreto de potássio, água para preparações injetáveis). Consulte a secção 6.1¹

Efeitos indesejáveis: Muito frequentes (dor de cabeça, mialgia, dor no local da injeção e fadiga); frequentes (linfadenopatia, diarreia, vômitos, náuseas, inchaço, eritema e endurecimento no local da injeção, eritema, febre e dor axilar). Consulte a secção 4.8¹

Advertências e precauções especiais de utilização: Consulte a secção 4.4¹



Referências

1. RCM de BIMERVAX® XFG.1.1. **2.** Dados HIPRA em ficheiro. **3.** Riera-Sans L et al. Poster 419 in 18th Vaccine Meeting. 2024, Lisbon. **4.** Corominas J et al. Lancet Reg Health Eur. 2023; 28:100613. **5.** Lopez MJ et al. Vaccines. 2024; 12(8):840. **6.** Martínez GR et al. Poster P5186 at European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID). 2026, Munich. **7.** Natalini Martínez S et al. Arch Clin Biomed Res. 2024; 8:326-342. **8.** Moros A et al. Poster in 24th Annual World Vaccine Congress – Europe. 2023, Barcelona.

Preparação e resposta a emergências de saúde pública: lições da tempestade Kristin

Rui Passadouro da Fonseca, Médico de Saúde Pública, Delegado de Saúde Coordenador da ULS Região de Leiria

Como podemos preparar-nos melhor para emergências de Saúde Pública e catástrofes? A pergunta não é nova, mas ganhou uma urgência particular num tempo em que os fenómenos meteorológicos extremos são mais frequentes, os riscos se tornam mais interdependentes e os sistemas de saúde são chamados a responder em contextos de elevada incerteza¹⁻⁶.

A tempestade Kristin, que atingiu Portugal a 28 de janeiro de 2026, teve um impacto particularmente severo na região de Leiria, e constituiu um dos mais relevantes testes à capacidade de preparação e resposta dos serviços de Saúde Pública perante uma situação crítica. As falhas prolongadas no fornecimento de energia elétrica, água e comunicações, associadas aos constrangimentos na mobilidade e aos danos em infraestruturas críticas, comprometeram serviços essenciais e colocaram desafios significativos às instituições e às comunidades.

A experiência recordou que uma tempestade não é apenas um fenómeno meteorológico. Torna-se uma emergência de Saúde Pública quando compromete a saúde das pessoas, interrompe serviços essenciais ou dificulta respostas básicas, como o acesso a cuidados, água segura, energia, medicamentos ou informação fiável. Preparar melhor implica, por isso, não limitar a análise ao momento crítico, mas considerar também o que poderia ter sido antecipado, mitigado e recuperado com maior rapidez^{1,2}.

Uma emergência de Saúde Pública pode ser entendida como qualquer acontecimento capaz de produzir impactos significativos na saúde das populações ou comprometer a capacidade dos serviços essenciais responderem às suas necessidades¹⁻³.

Esta perspetiva permite integrar fenómenos naturais, acidentes tecnológicos, crises ambientais ou ameaças biológicas numa abordagem comum de gestão do risco.

As alterações climáticas constituem um exemplo paradigmático da interdependência entre saúde humana, animal e ambiental, traduzindo os princípios do *One Health*³. O Plano Nacional de Saúde 2030 e o Pacto Saúde Sustentável reforçam igualmente a necessidade de integrar políticas públicas, serviços de saúde e comunidades na proteção da saúde das populações^{7,8}.

Neste contexto, as Autoridades de Saúde e as equipas multidisciplinares de Saúde Pública, nomeadamente Médicos de Saúde Pública, Técnicos de Saúde Ambiental e Enfermeiros, desempenham um papel particularmente relevante na vigilância epidemiológica e ambiental, na avaliação e na comunicação do risco e na articulação entre diferentes setores, contribuindo para reduzir os impactos das emergências na Saúde Pública⁹⁻¹¹.

Responder a uma emergência exige liderança técnica, confiança institucional e capacidade de decidir com informação incompleta. Muitas vezes, é nesse espaço entre a incerteza e a necessidade de agir que a Saúde Pública é chamada a intervir: transformar sinais dispersos em conhecimento útil e esse conhecimento em medidas concretas de proteção. Neste quadro, a Autoridade de Saúde assegura, em nome do Estado, uma intervenção oportuna perante situações de grave risco para a Saúde Pública, podendo determinar medidas proporcionais de proteção da população e apoiar a coordenação da resposta em Saúde Pública¹⁰.

Preparação: conhecer o território e antecipar vulnerabilidades

A preparação condiciona, de forma decisiva, a qualidade da resposta. Quando o território é conhecido, as vulnerabilidades estão identificadas e os planos são realistas, a intervenção tende a ser mais rápida, mais seletiva e mais proporcional aos riscos existentes^{1,2}.

A avaliação do risco deve ir além da probabilidade de ocorrência de um acontecimento. Deve considerar também o que esse acontecimento pode provocar nas populações, nos serviços essenciais e nos determinantes da saúde. Identificar previamente hospitais, centros de saúde, farmácias, estruturas residenciais para pessoas idosas, unidades de cuidados continuados, sistemas de abastecimento de água, redes de frio para vacinas e grupos vulneráveis permite definir prioridades antes de a pressão da crise reduzir a margem de decisão.

A tempestade Kristin tornou esta necessidade particularmente evidente. As falhas no fornecimento de energia, água e comunicações recordaram que acontecimentos aparentemente exteriores ao setor da saúde podem ter efeitos muito diretos sobre a Saúde Pública, sobretudo quando condicionam serviços essenciais ou atingem populações mais vulneráveis.

A preparação exige igualmente planos operacionais atualizados, simulacros regulares, formação dos profissionais e mecanismos de comunicação eficazes. Estes instrumentos devem ser dinâmicos e regularmente revistos à luz da experiência adquirida^{1,2,11}.

As Unidades Locais de Saúde oferecem uma oportunidade relevante para reforçar esta preparação, favorecendo a articulação entre Saúde Pública, os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares, facilitando a circulação da informação necessária à tomada de decisão.

Importa igualmente reconhecer que a preparação para emergências não constitui uma responsabilidade exclusiva das instituições de saúde. Comunidades informadas, participativas e socialmente coesas apresentam maior capacidade para proteger os grupos vulneráveis, apoiar a recuperação e reduzir os impactos das crises na Saúde Pública^{7,8,12}.

Preparar uma emergência não é produzir um plano para arquivar. É manter ativo um ciclo de gestão do risco: prevenir, preparar, detetar, responder, recuperar e voltar a melhorar. É nesta continuidade, mais do que em documentos isolados, que se constrói a capacidade de adaptação dos serviços e das comunidades.

A **Figura 1** sintetiza o modelo conceptual de preparação e resposta, evidenciando a transição de uma abordagem centrada na resposta operacional para um paradigma de resiliência em Saúde Pública.



Figura 1 - Modelo conceptual da preparação e resposta às emergências de Saúde Pública. Fonte: Elaboração com apoio de ferramenta de inteligência artificial, revista e validada pelo autor.

Responder em rede: coordenação, decisão e comunicação

Nenhuma instituição responde sozinha a uma emergência complexa. A coordenação entre entidades é, por isso, uma condição prática para reduzir impactos em Saúde Pública e evitar respostas fragmentadas.

Na região de Leiria, a tempestade Kristin evidenciou essa interdependência desde as primeiras horas. A monitorização da qualidade da água, a proteção de populações vulneráveis, a manutenção da cadeia de

frio das vacinas, a vigilância epidemiológica, a comunicação do risco e a continuidade dos cuidados exigiram articulação estreita entre serviços de saúde, proteção civil, autarquias e instituições da comunidade.

Neste contexto, as Autoridades de Saúde e as equipas multidisciplinares de Saúde Pública acrescentam valor quando conseguem reunir informação dispersa, interpretar riscos e apoiar decisões orientadas para a proteção da população. A comunicação do risco é parte central desse processo. Tem de ser atempada, clara e consistente, mas também suficientemente próxima para ser compreendida e seguida. Em emergência, comunicar bem não significa apenas emitir recomendações; significa criar condições para que pessoas, instituições e comunidades tomem decisões mais seguras.

A eficácia deste processo depende, igualmente, de capacidades transversais, nomeadamente modelos de governação claros, sistemas de comunicação eficazes, recursos humanos preparados e mecanismos de monitorização e avaliação contínua. A confiança construída antes da emergência constitui um dos principais determinantes da adesão da população às recomendações emitidas durante a crise.

Proteger populações vulneráveis e serviços essenciais

O principal objetivo da resposta às emergências consiste em proteger as populações e assegurar a continuidade das funções essenciais do sistema de saúde^{1,2}.

A tempestade Kristin tornou particularmente visível a vulnerabilidade de pessoas idosas, doentes crónicos, pessoas dependentes de equipamentos médicos, residentes em instituições e indivíduos socialmente isolados. A proteção destes grupos deve ser uma prioridade explícita da intervenção em Saúde Pública. Nestes contextos, a equidade não é apenas um princípio ético; é uma condição operacional para reduzir danos, porque os acontecimentos extremos tendem a ampliar desigualdades já existentes^{1,2,5}.

A proteção dos serviços essenciais assume igualmente importância estratégica. O abastecimento de

água para consumo humano, a conservação de medicamentos e vacinas, o funcionamento das instituições prestadoras de cuidados e a acessibilidade aos serviços de saúde representam componentes fundamentais da resposta^{1,2,4}.

A manutenção da rede de frio das vacinas e a vigilância da qualidade da água durante a tempestade Kristin ilustram a importância da antecipação, da coordenação e da monitorização contínua para reduzir impactos adicionais na Saúde Pública.

Por isso, o sucesso da resposta não deve ser medido apenas pelos danos imediatos que se conseguiram evitar. Deve também considerar a capacidade de prevenir efeitos secundários, reduzir desigualdades e manter em funcionamento as componentes essenciais do sistema de saúde.

Aprender com a crise para reforçar a resiliência

As emergências de Saúde Pública raramente terminam quando desaparece o fenómeno que lhes deu origem. Os efeitos podem prolongar-se, expor fragilidades e revelar dependências que, em tempo normal, passam despercebidas.

Por isso, cada emergência deve deixar aprendizagem concreta. Avaliar o que funcionou, identificar falhas, atualizar planos, formar profissionais e reforçar mecanismos de cooperação não são tarefas posteriores ou acessórias; fazem parte da própria proteção da saúde das populações^{1,2}.

A experiência adquirida durante a tempestade Kristin reforçou igualmente a importância da integração entre a Saúde Pública, os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, a proteção civil, as autarquias e as instituições sociais. A preparação das comunidades é também uma forma de proteção. Populações informadas, redes locais ativas e instituições habituadas a cooperar respondem melhor quando os circuitos habituais falham. Esta capacidade coletiva está alinhada com o lema do VII Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública: “Da política à comunidade: um pacto para a saúde”.

Os **Quadros 1** e **2** sintetizam, respetivamente, o ciclo de gestão das emergências de Saúde Pública e as principais lições retiradas da tempestade Kristin.

Quadro 1: Ciclo de gestão das emergências de Saúde Pública. Fonte: adaptado da Reunião Nacional das Autoridades de Saúde (Castelo de Vide, 22/06/2026)

Fase	Principais objetivos
Prevenção e preparação	Identificar riscos, planear respostas e reforçar capacidades
Deteção e avaliação	Vigilância, alerta precoce e avaliação do risco
Resposta	Implementação de medidas de proteção da Saúde Pública
Recuperação	Restabelecimento dos serviços, avaliação de impactos e lições aprendidas

Quadro 2: Lições da tempestade Kristin

Domínio	Lição principal	Implicação para a Saúde Pública
Território	A resposta depende do conhecimento prévio das vulnerabilidades locais	Manter mapas atualizados de riscos, de recursos críticos e das populações vulneráveis
Coordenação	A resposta depende de coordenação intersectorial e comunicação atempada	Formalizar circuitos entre Saúde Pública, proteção civil, autarquias, instituições sociais e estruturas da ULS
Serviços essenciais	Falhas em energia, água e comunicações têm impacto direto na saúde	Preparar planos de contingência para água segura, rede de frio, medicamentos, continuidade de cuidados e comunicações
Populações vulneráveis	Os eventos extremos ampliam desigualdades já existentes	Definir prioridades de contacto, apoio e proteção para grupos vulneráveis. Base de dados de doentes críticos em domicílio
Aprendizagem	A melhoria contínua depende da avaliação pós-evento e da incorporação da experiência	Rever planos, realizar simulacros e incorporar a experiência
Comunicação do risco	A confiança constrói-se antes e durante a emergência	Comunicar a uma só voz, com transparência, linguagem clara e mensagens baseadas na evidência para capacitar a população na tomada de decisões seguras

Conclusão

A preparação para emergências começa nas políticas públicas, ganha forma nas instituições e mede-se, em última análise, na capacidade de proteger as comunidades.

A tempestade Kristin mostrou que preparar e responder melhor a emergências de Saúde Pública exige mais do que gerir o acontecimento enquanto decorre. Exige antecipar riscos, reconhecer vulnerabilidades, coordenar respostas e apoiar a recuperação das comunidades afetadas.

Uma emergência de Saúde Pública não se caracteriza pela natureza do acontecimento que lhe dá origem, mas pela magnitude dos impactos que produz na saúde das populações e na capacidade dos serviços essenciais responderem às suas necessidades.

Estas situações exigem sistemas de saúde integrados, instituições capazes de trabalhar em rede, decisões sustentadas na melhor evidência disponível e comunidades informadas e participativas. Exigem também que as Autoridades de Saúde e as equipas multidisciplinares de Saúde Pública mantenham um papel ativo na vigilância, avaliação do risco, comunicação e articulação entre setores. Para além destas funções técnicas, importa reconhecer o papel próprio da Autoridade de Saúde enquanto entidade com competência legal para desencadear medidas excecionais de defesa da Saúde Pública.

Num contexto de alterações climáticas e crescente complexidade dos riscos, o *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework* da Organização Mundial da Saúde, a Declaração de Sendai, os princípios *One Health*, o Plano Nacional de Saúde 2030 e o Pacto Saúde Sustentável oferecem um enquadramento estratégico consistente para esta transformação¹⁻⁸.

Reforçar a preparação e a capacidade de resposta significa transformar experiência em políticas mais ajustadas, práticas mais consistentes e comunidades mais protegidas. Este é um contributo essencial da Saúde Pública perante os desafios do século XXI.

Mais do que responder melhor às crises, importa construir sistemas e comunidades capazes de as antecipar, resistir, adaptar-se e recuperar, reduzindo simultaneamente as desigualdades em saúde.

Referências

1. World Health Organization. Health emergency and disaster risk management framework. Geneva: WHO; 2019.
2. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. Geneva: UNDRR; 2015.
3. World Health Organization. One Health Joint Plan of Action (2022-2026). Geneva: WHO; 2022.
4. World Health Organization. Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems. Geneva: WHO; 2023.
5. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change 2023: Synthesis Report. Geneva: IPCC; 2023.
6. European Environment Agency. European Climate Risk Assessment. Copenhagen: EEA; 2024.
7. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030. Lisboa: DGS; 2022.
8. Direção-Geral da Saúde. Pacto para a Saúde Sustentável (PaSSus). Lisboa: DGS; 2025. Consultado em jul 2026.
9. Assembleia da República. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde. Diário da República. 2019.
10. Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril. Regime jurídico das Autoridades de Saúde. Diário da República. 2009.
11. European Centre for Disease Prevention and Control. Recommendations for preparedness planning for public health threats. Stockholm: ECDC; 2025. Consultado em jul 2026.
12. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015.

O papel comunitário da saúde

Lara Pinheiro Guedes, Médica de Saúde Pública, Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

“Como realizar o papel comunitário da saúde?”, foi este o desafio que me lançaram como mote para começar a escrever. Antes de responder, importa refletir sobre qual é “o papel comunitário da saúde” e se a sua “realização” é um fator necessário para a melhoria da saúde. Surge, então, uma nova pergunta: o que entendemos por “melhoria da saúde”? Será que a saúde melhora quando há maior acesso ao SNS? Quando desce a taxa de reinternamentos a 30 dias? Quando diminui a mortalidade? Quando se multiplicam as campanhas de literacia? Quando se comparticipa um novo fármaco? Quando abre uma resposta privada onde antes não havia nenhuma?

Cada uma destas respostas poderá ser plausível, mas nenhuma, isoladamente, é suficiente. Face à complexidade da questão, a forma como medimos saúde torna-se crucial para definir o que priorizar, onde investir e, no limite, o que entendemos ser o nosso papel na melhoria da saúde.

A saúde produz-se, sobretudo, fora do seu setor

Os epidemiologistas conhecem bem a evidência, mas a organização do sistema ainda não a traduziu em pleno. A saúde produz-se, sobretudo, fora do seu setor, na habitação, no emprego, na escola, nas redes sociais e de vizinhança, isto é, nos locais onde as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem¹. Não nos deixemos, porém, enganar, pois quando a doença se instala, é nos cuidados de saúde que encontramos resposta.

As duas premissas são verdadeiras ao mesmo tempo, sem se anularem, sendo a dupla verdade uma das responsáveis por tornar a solução complexa. Tal como a saúde, também a doença é multifatorial - esse palavrão que nada mais significa do que “ocorrer devido a vários fatores” (uns que a propiciam, outros que a previnem). Alguns chamam-lhe sorte ou lotaria genética e social.

É fácil, então, perceber o vasto leque de estratégias que podemos ter pela frente quando pensamos em melhorar a saúde. Será que o mais correto é optar por evitar riscos e impedir que se gere doença, ou diminuir a doença quando esta se instala, prevenindo complicações? Ou antes promover e ampliar o que nos mantém saudáveis e nos permite viver melhor? Ou todas? Surpreendentemente, a lógica da doença tem prevalecido (mesmo, ou especialmente, fora do setor da saúde). A saúde tende a ser esquecida até surgir a doença. E é nesse esquecimento que germinam mal-entendidos, teorias da conspiração, fórmulas mágicas para viver, oportunidades de lucro com produtos milagrosos e, no extremo oposto, o ceticismo de profissionais que foram, na sua maioria, ensinados a tratar e um pouco menos a prevenir.

A epidemiologia mostra-nos que os fatores de risco que mais pesam na carga de doença são na sua maioria comportamentais e modificáveis - falo da dieta inadequada, do uso de tabaco, do álcool, do sedentarismo e da ausência de prática de atividade física (duas condições distintas), da poluição atmosférica...² Ou mesmo de outros determinantes que só agora começamos a levar mais a sério, como a solidão e o isolamento social. Numa meta-análise de 2023, publicada na *Nature Human Behaviour*, que incluiu 90 coortes prospetivas e mais de 2,2 milhões de pessoas, a solidão associou-se a um aumento de cerca de 14% no risco de morte por todas as causas e o isolamento social a um aumento de 32%³. São fatores de risco importantes que se produzem inteiramente fora do hospital, tal como outros haverá que ainda não reúnem evidência robusta⁴.

Ora, os determinantes de saúde (entre os quais, os demográfico-sociais e económicos, os ambientais, os comportamentais e também os comerciais, digitais e outros) atuam sobretudo na comunidade,

fora das paredes do hospital, do centro de saúde e das organizações do setor. E a nossa Saúde Pública, ainda muito institucional e reativa, tem falhado em trabalhá-los, continuando muito centrada na vigilância epidemiológica e sanitária, extremamente necessárias, mas insuficientes para conter a onda que cresce desde a transição epidemiológica.

A transição epidemiológica e o que ainda não conseguimos mudar

Há mais de meio século, Omran descreveu esta transição, explicando que, à medida que as populações controlam a fome, a infeção e envelhecem, o padrão dominante de doença desloca-se das causas infecciosas e agudas para as causas crónicas e degenerativas⁵. A Europa atravessou-a ao longo da segunda metade do século XX e, atualmente, as doenças não transmissíveis representam já cerca de 90% de todas as mortes na União Europeia, sendo uma boa parte delas prevenível. E esta tendência não parece estar a diminuir já que, entre 1990 e 2023, no conjunto da OCDE, a prevalência da diabetes disparou 86% e a das doenças cardiovasculares mais de 27%⁶. Juntemos-lhe o desafio do recrudescimento das doenças transmissíveis e os riscos climáticos e temos o cocktail perfeito para a Saúde Pública. Como dar resposta? Construímos um sistema para dar resposta à doença aguda e continuamos a lutar contra a epidemia lenta de doença crónica, cuja origem está a montante e cuja resposta não cabe, sozinha, a jussante.

Da execução à criação de capacidade coletiva

Os parceiros comunitários podem ajudar-nos neste desafio: as autarquias, por exemplo, na promoção da utilização da água e saneamento públicos, na criação de espaços verdes, na gestão de eventos, acesso a substância e acesso a espaços publicitários municipais, na gestão do edificado e promoção da resiliência comunitária; o técnico da IPSS, na promoção da autonomia e funcionalidade dos utentes; o professor, na literacia de crianças, jovens e até pais; a família, na promoção dos hábitos certos; o empresário, na promoção de ambientes laborais mais saudáveis, física e mentalmente. Cada um na sua área de competência, todos na mesma direção.

E nós, médico de saúde pública, sabemos pedir essa ajuda, encontrar o nosso parceiro? Somos bem recebidos? Perante problemas que sabemos intersetoriais, tendemos ainda a criar respostas ainda muito centradas no setor da saúde: identificamos um problema, desenhamos um projeto, procuramos parceiros, definimos atividades, monitorizamos indicadores e, passado algum tempo, recomeçamos. Mas as equipas de Saúde Pública têm recursos finitos e se tentarmos responder diretamente a todos os problemas de saúde com um projeto novo, rapidamente esgotamos a nossa capacidade antes de produzir impacto.

De modo a operacionalizar a mudança necessária para enfrentar o envelhecimento e aumento da prevalência de doença crónica, o papel da saúde terá, portanto, que ser mais preventivo, mais comunitário e em parceria. Talvez não passe por prestar na comunidade todos os cuidados (embora a proximidade importe), nem por intervir diretamente sempre que surja um problema embora também seja necessário), mas sim por cada vez mais gerir, em rede, um conjunto de respostas; pela promoção de uma visão comum; pela governação e coordenação partilhadas - perseguindo o tal sistema local de saúde de que tanto se fala.

Não será fácil, mas será um caminho a trilhar. A necessidade de mudança parte de uma consciencialização incómoda, mas libertadora: temos necessidades não colmatadas e não controlamos tudo (às vezes também expresso como “ninguém faz nada sozinho”). O clínico não controla os estilos de vida que trazem o doente à consulta, o Conselho de Administração não controla a organização clínica, a Saúde Pública não controla o município que lança mais uma campanha isolada, nem o hospital que compra mais uma solução que não vai funcionar para quem dela realmente precisa. Talvez sejam estas as consequências de operarmos dentro de um sistema adaptativo complexo, em que o resultado emerge da interação de agentes autónomos e no qual a resposta raramente será “controlar mais”, mas antes criar as condições para que o conjunto se comporte melhor⁷.

O nosso trabalho talvez passe, por isso, por criar condições para que os projetos que já são, ou

venham a ser, executados sejam de maior qualidade e produzam melhores resultados em saúde, para além de atuar em resposta a problemas. A mudança passa de “produzir mais” para “obter melhores resultados”, também na Saúde Pública. É, no fundo, a lógica da gestão populacional da saúde⁸: segmentar a população, estratificar o risco, alocar esforço onde o retorno em saúde é maior, articular com quem já está no terreno, assegurar respostas aos mais vulneráveis e gerir um portefólio de intervenções que já se sabe funcionarem, em vez de desenhar novas iniciativas desarticuladas. Teremos que apostar mais na mudança de ambientes e de incentivos do que no imediatismo. E, num sistema adaptativo complexo, os indicadores são também intervenções sobre o próprio sistema, uma vez que aquilo que medimos, incentivamos e premiamos altera o próprio comportamento dos agentes.

Tal como a medicina abandonou o paternalismo de “o médico sabe o que é melhor”, também o modelo sectorializado da saúde tenderá a cair e a abordagem Health in All Policies deverá permitir que se reconheça que decidir em habitação, educação, ambiente, mobilidade ou proteção social pode produzir ou dirimir ganhos em saúde^{9,10}. Precisamos uns dos outros.

O papel comunitário da saúde terá, então, que passar por escolher os indicadores certos e aumentar a capacidade de todos os atores que já intervêm na comunidade.

O que medimos e o que fica por medir

Para trabalharmos em conjunto, temos que garantir que todos sabemos por que objetivo trabalhamos e que o decisor decide com a informação mais adequada. Para que haja uma atuação em rede, é necessário identificar e comunicar claramente quais os problemas que temos em mãos e quais os objetivos a alcançar. Embora a própria saúde seja um conceito multidimensional, o progresso tem sido monitorizado através da redução da mortalidade, da doença e da incapacidade, procurando-se simultaneamente aumentar os anos de vida vividos com saúde e o bem-estar^{11,12}.

Precisamos, portanto, de indicadores que meçam a doença, mas também a saúde e as suas componentes. Nas instituições de saúde, o que se

mede habitualmente passa (compreensivelmente, mas de forma insuficiente) pelo desempenho do sistema: acesso e cobertura, atividade produzida, qualidade e segurança, eficiência na utilização dos recursos e integração, experiência e participação¹³, procurando os enquadramentos contemporâneos medir mais resultados em saúde, centralidade nas pessoas, proteção financeira e equidade¹⁴. Ora, os Diagnósticos, Perfis e os Planos da Saúde Pública caracterizam a população exatamente nos termos que muitas vezes faltam, da morbimortalidade aos seus determinantes, mas há ainda muito que não conseguimos medir - e muito que conseguimos e não medimos, nomeadamente no que toca a determinantes de saúde.

“Conhecer, conectar, capacitar”

A Saúde Pública portuguesa não sofre de falta de diagnóstico, nem de método no planeamento em saúde. Temos processos robustos e postos em prática há décadas, sendo o ciclo de Imperatori e Giraldes e a tradição de Pineault e Daveluy, do planeamento por necessidades, exemplos do que é feito a nível técnico^{15,16}. O que falta é talvez equilibrar um pouco melhor as capacidades técnicas, políticas e de gestão, para que o planeamento em saúde se enraíze verdadeira-mente no território e se converta em resultados e melhoria - “conhecer, conectar e capacitar” (**Figura 1**). Estes verbos tratam-se no fundo da resposta à pergunta “O que faz a Saúde Pública para que o ciclo de planeamento produza mudança e não apenas documentos?”. Quanto maior a nossa capacidade de conhecer, conectar e capacitar, maior o impacto que nós (e os parceiros) conseguimos produzir, juntos.

Conhecer é a função menos visível e talvez a mais estruturante. Implica saber que população servimos, como esta se distribui e caracteriza, como está a sua saúde e doença, onde se concentram as necessidades e as desigualdades em saúde, que recursos existem e o que já foi tentado (sobretudo, com que resultados, barreiras e facilitadores). Implica, para lá de conhecer o externo, conhecer também a nossa organização interna e que oportunidades pode haver de âmbito institucional. Em muitos territórios, o problema é sobretudo falta de sistematização do que já se faz e não tanto falta de recursos ou capacidade. Há projetos semelhan-



Figura 1. As três funções do papel comunitário da Saúde Pública. Elaboração própria, a partir das funções essenciais de Saúde Pública e da adaptação da abordagem de gestão da saúde populacional contemporânea ("know, connect, prevent").

tes que se ignoram, bases de dados dispersas. Sistematizar é uma forma de tornar reutilizável o que já aprendemos, facilitar decisões e poupar tempo futuro. Numa época em que os *dashboards* se multiplicam, sem governação nem validação, o valor deixa de estar em produzir mais um painel de indicadores e passa a estar em garantir a qualidade dos dados e que a informação sistematizada é útil para quem decide. Não importa acumular muitos indicadores, importa garantir que os que existem traduzem a realidade com qualidade, sem esquecer o que não está a ser medido.

Conectar. Num território coexistem, quase sempre, uma autarquia com capacidade de intervenção, uma instituição social com proximidade às populações vulneráveis, unidades no terreno, escolas e associações com poder de mobilização, equipas clínicas com ideias promissoras e institutos com capacidade metodológica. O problema é que estes recursos raramente partilham dificuldades ou soluções. As parcerias são a resposta, mas, como todas as relações, exigem tempo, dedicação e reciprocidade, não sendo passíveis de obrigar por decreto ou de ativar no momento de necessidade.

Mas vale a pena "perder" esse tempo, pois a decisão não é um processo meramente racional e técnico, considerando em regra três dimensões: os resultados prováveis (o que se produz e que impa-

cto gera), a receita (eficiência e sustentabilidade) e a reputação (legitimidade e confiança)¹⁷. As nossas estratégias e planos de atuação precisam, então, de traduzir melhor o objetivo de saúde nos termos em que cada decisor opera, mostrando que agir sobre o problema em mãos serve, ao mesmo tempo, a missão do decisor e a saúde da população¹⁸. Vale a pena lembrar que aproximar as ULS dos municípios e dos parceiros (e estes das ULS) deverá respeitar a autonomia de cada um, uma vez que para construir pontes não precisamos de anexar parceiros, tal como também nós procura-mos não ser anexados. Será, talvez, a diferença entre participar na coordenação e comandar, sabendo que quem tenta comandar o que não controla pode perder capital e arrisca não produzir mudança^{19,20}.

Devemos procurar perceber o que podemos fazer juntos que nenhum de nós faria sozinho, aquilo que conseguimos atingir em conjunto que a soma das partes não conseguiria. E, como os ciclos políticos podem ser curtos e instáveis, as parcerias mais sólidas devem ser ancoradas em estruturas e compromissos que sobrevivam a quem os inicia, convertendo vontade conjuntural em capacidade instalada. Temos oportunidades por explorar, por exemplo, nas representações que já ocupamos e subutilizamos cronicamente, como os Conselhos Municipais de Saúde, as várias comissões municipais, pontos focais e outras estruturas de representação e nomeação, a nível local ou supra-local, no setor da saúde ou em outros setores. Conectar tem que ser feito interna e externamente à nossa instituição.

Capacitar separa a atividade do impacto. Uma equipa clínica identifica um problema de saúde não clínico (falta de adesão terapêutica, solidão ou outro): podemos ajudá-la a caracterizá-lo, perceber se já há parceiros no terreno com respostas adequadas e ajudar a melhorar a articulação, antes de pensar em desenhar algo novo. Um profissional tem uma ideia promissora: devemos refletir nas perguntas que decidem se vale a pena avançar (funciona? para quem? em que condições? é exequível, sustentável, replicável? já alguém o faz, podemos articular-nos?). A ciência da implementação pode e deve apoiar esta função. Sabemos hoje que a eficácia de uma intervenção num estudo não garante a sua adoção no terreno,

nem a sua sustentabilidade no tempo²¹. Antes de criar de novo, importa conhecer o que já resulta noutros lugares (e no nosso território) e adaptar localmente. É esta a capacidade que devemos criar no território. Modelos como o RE-AIM lembram-nos que uma intervenção eficaz num ensaio pode ser irrelevante para a saúde populacional²².

O futuro do planeamento em saúde

Temos também que repensar o planeamento em saúde, ainda demasiado preso a documentos, diagnósticos, planos e relatórios. Ainda que estes sejam cruciais, não garantem por si a influência da decisão, nem resultados em saúde. Podemos aproximar-nos da lógica do *learning health system*, em que dados, decisão e avaliação se realimentam de forma contínua, com pragmatismo e procurando garantir a sua utilidade²³. O ciclo do planeamento deverá ganhar uma cadência mais regular e uma orientação para a decisão (**Quadro 1**).

O que torna tudo isto possível

Há condições que podem tornar a construção de capacidade coletiva mais provável (**Quadro 2**). A boa notícia é que nem tudo é novo, havendo várias dinâmicas em marcha e experiência acumulada ao longo dos anos, que importa agora consolidar, estruturar e operacionalizar, a todos os níveis administrativos. Temos apostas em respostas de maior proximidade e modelos de cuidados integrados a nascer nas Unidades Locais de Saúde, capacidade de inovação e transformação digital num Portugal a preparar-se para o Espaço Europeu de Dados, um financiamento cada vez mais assente no risco populacional (ainda que distante da comunidade), propostas para atuação coordenada entre as várias instituições do setor da saúde e entre as do setor e os restantes setores, bem como uma tradição histórica de organização multinível e multissetorial na Saúde Pública.

Será necessário operacionalizar as intenções que temos vindo a partilhar ao longo dos anos. Podemos ter mais dados e instrumentos, novos dashboard e inteligência artificial, mas continuar a não saber qual é a prioridade de saúde do nosso território, a duplicar trabalho ou a desperdiçar recursos em intervenções sem potencial de impacto. Mais informação não produz, por si só, melhores decisões.

A Saúde Pública que podemos construir

O futuro do papel comunitário da Saúde Pública talvez não esteja em fazer muitos projetos-piloto, mas em construir em conjunto um ambiente mais propício à saúde, exponenciando e melhorando os projetos que já existem, implementando os que fazem falta, capacitando interlocutores e parceiros para os que hão de vir e estabelecendo objetivos partilhados entre saúde, autarquia, parceiros e comunidade. Não temos de fazer tudo. Temos de fazer com que mais coisas certas aconteçam.

Quadro 1: Do planeamento como documento ao planeamento como sistema de aprendizagem. *Fonte:* Elaboração própria

Lógica tradicional	Lógica de aprendizagem
Diagnóstico periódico	Monitorização de base populacional contínua + diagnóstico periódico
Novos projetos isolados	Projetos-piloto + programas continuados e coordenados com parceiros
Indicadores para monitorização	Indicadores para monitorização + indicadores para decisão
Avaliação final	Avaliação integrada na implementação + adaptação
Dados dispersos	Informação sistematizada, qualidade e catálogos de dados
"O projeto da Saúde Pública"	"O nosso problema"
Documentos como produto	Planeamento como ciclo de aprendizagem pragmático

Quadro 2: Princípios de atuação para a construção de capacidade coletiva. Fonte: elaboração própria, com base nas referências referidas ao longo do texto.

Princípios de atuação	Tradução prática
Objetivos comuns	Definir objetivos comuns de saúde e equidade em saúde
Responsabilidades distribuídas e mecanismos de coordenação institucionais e multinível	Organizar as funções pelo nível onde podem ser desempenhadas com maior eficácia; assegurar responsabilidades distribuídas; garantir mecanismos de monitorização e coordenação entre os níveis nacional e subnacional
Recursos	Formar em competências técnicas e também comportamentais, abrangendo as Funções Essenciais de Saúde Pública
Financiamento orientado por necessidades	Associar prioridades a linhas de financiamento nacionais; avaliar a robustez de índices de necessidades (por exemplo, através de análises de sensibilidade aos indicadores e pressupostos utilizados)
Trabalho integrado	Criar mecanismos regulares de coordenação e trabalho conjunto; aproximar programas e funções interdependentes; reduzir fragmentação, duplicação e exigências administrativas desnecessárias; apoiar a atuação através de instrumentos e recursos comuns
<i>Health in All Policies</i>	Integrar considerações de saúde nas decisões de outros setores; monitorizar a ação em determinantes de saúde modificáveis pelos vários setores; utilizar e reforçar espaços de representação já existentes (conselhos, comissões e outras estruturas intersectoriais, aos vários níveis); definir compromissos e ações concretas; estabelecer canais de comunicação
Cocriação e respostas articuladas em rede	Ativar e articular respostas formais e informais, dentro e fora do setor da saúde, fortalecendo capacidades e recursos já existentes e aproximando a ação das comunidades
Informação para a decisão	Monitorizar regularmente um conjunto de indicadores selecionado e orientado por resultados e para a decisão; avaliar e declarar a qualidade dos dados; enquadrar o que os indicadores explicam e não explicam; definir e cumprir referenciais de reporte nacionais e internacionais; cruzar fontes institucionais e populacionais; recorrer a métodos qualitativos quando necessário; valorizar fontes de informação atualmente subutilizadas; atualizar indicadores
Aprendizagem e adaptação	Criar ciclos de reflexão, aprendizagem e adaptação; documentar e partilhar boas práticas, dificuldades e falhas; testar soluções, avaliar resultados e ajustar a atuação (melhorar, manter, escalar ou desinvestir)

Referências

1. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 behavioural, environmental, occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223-49.
3. Wang F, Gao Y, Han Z, et al. A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nat Hum Behav*. 2023;7(8):1307-19.
4. WHO Regional Office for Europe. Addressing health determinants in a digital age: project report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.
5. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*. 1971;49(4):509-38.
6. European Parliament. Report on non-communicable diseases (2023/2075(INI)). A9-0366/2023. Brussels: European Parliament; 2023.
7. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323(7313):625-8.
8. Kindig D, Stoddart G. What is population health? *Am J Public Health*. 2003;93(3):380-3.
9. World Health Organization. Adelaide statement on Health in All Policies. Geneva: World Health Organization; 2010.
10. World Health Organization. Helsinki statement on Health in All Policies. Geneva: World Health Organization; 2013.
11. World Health Organization. Global Health Estimates: life expectancy and leading causes of death and disability. Geneva: World Health Organization.
12. World Health Organization. Achieving well-being: a global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach. Geneva: World Health Organization; 2024.
13. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Direção Executiva do SNS (DE-SNS). Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2026. Lisbon: ACSS; 2026.
14. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022.
15. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Montreal: Éditions Nouvelles; 1995.
16. Moore MH. Creating public value: strategic management in government. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1995.
17. Porter ME, Kramer MR. Creating shared value. *Harv Bus Rev*. 2011;89(1-2):62-77.
18. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ*. 2001;323(7315):746-9.
19. Van den Oord S, Kenis P, Raab J, Cambré B. Modes of network governance revisited: assessing their prevalence, promises, and limitations in the literature. *Public Adm Rev*. 2023;83(6):1564-98.
20. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(2):65-76.
21. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1322-7.
22. Institute of Medicine. Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. Washington (DC): National Academies Press; 2013.

