

Março 2022

## Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas



**SNS**  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

Nuno Azevedo e Mónica Machado  
ESCOLA SECUNDÁRIA CAMILO CASTELO BRANCO

## Índice

Introdução.....	1
Sumário executivo.....	2
1. Indicadores populacionais e demográficos.....	11
2. Programas de saúde prioritários.....	12
3. Outros programas e iniciativas de saúde.....	19
Cuidados de saúde hospitalares.....	29



## Introdução

O presente relatório dá cumprimento ao disposto no n.º 1 do artigo 30.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que visa a consolidação dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, concretizando a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que salvaguarda as especificidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). De forma complementar, este instrumento avalia o posicionamento das instituições em relação ao cumprimento do disposto no artigo 1.º da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que publica a carta de direitos de acesso e que define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência. O Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2019 apresenta informação relativa à evolução da estrutura de prestação de cuidados e ao desempenho das instituições do SNS em termos de acesso aos cuidados de saúde. Em 2019 procedeu-se a uma atualização da estrutura do Relatório de forma a concentrar todos os conteúdos sobre um mesmo tema num só capítulo, procurando facilitar a leitura e clareza da sua organização. O Relatório divide-se, assim, em 18 Capítulos, apresentando, de forma transparente, clara e rigorosa, uma análise da evolução temporal do acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e convencionados no âmbito do sistema de saúde em Portugal, para o horizonte 2010 a 2019, sempre que exista informação disponível e comparável para este período. A informação constante do presente documento é proveniente quer dos dados recolhidos dos sistemas de informação implementados no SNS, quer dos resultados apresentados pelas várias entidades do Ministério da Saúde em relação a algumas áreas específicas do acesso aos cuidados de saúde que são aqui analisadas (e.g. informação dos programas de saúde prioritários).

O Portal do SNS, acessível desde 2016 ([www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)), permite consultar informação complementar àquela que é apresentada neste relatório anual, com um nível de detalhe maior e atualizada para períodos inferiores de tempo (diária, semanal ou mensal), contribuindo para que todos os cidadãos possam dispor da informação relacionada com o acesso ao SNS, nomeadamente os tempos de resposta para a atividade programada (com

destaque para as consultas e as cirurgias) e para a atividade não programada (realizada nos serviços de urgências). O Portal contém, ainda, informação sobre (i) a forma de acesso aos serviços garantidos pelo Estado aos cidadãos; (ii) o funcionamento dos serviços de saúde; (iii) a utilização dos recursos disponíveis; (iv) o desempenho de cada entidade do SNS, seja em termos de evolução individual, seja em comparação com as outras. Este exercício de responsabilidade e de prestação de contas sobre o acesso aos cuidados de saúde no SNS segue as opções políticas definidas na nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) e enquadra-se na política de saúde dos XXI e XXII Governos Constitucionais, os quais convergiram na prioridade atribuída à redução das desigualdades e à qualificação do acesso à saúde, em conjunto com o reforço da motivação dos profissionais e o investimento na rede do SNS.

## Sumário executivo

Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2019 é integrado por 18 Capítulos. O primeiro capítulo dedica-se à análise dos indicadores populacionais e demográficos disponíveis para os últimos anos, que apontam para uma evolução positiva no que respeita à saúde dos cidadãos residentes no território nacional. Os dados do Instituto Nacional de Estatística estimam que, em 2019, residiam em Portugal cerca de 10.295.909 habitantes, mais 19.292 face a 2018. A população residente no continente, e por isso abrangida diretamente pelo SNS, era de 9.798.859 em 2019, mais 19.033 do que em 2018. No que se refere à taxa de mortalidade infantil (até ao primeiro ano de vida), registou-se uma descida de 3,3 (2018) para 2,8 óbitos por cada mil nados-vivos, resultado que continua a colocar Portugal como um dos países com melhores resultados a nível mundial. No total, verificaram-se 246 óbitos infantis (-41 que os registados em 2018). Ao contrário do que havia sido registado no ano de 2018, em 2019 o indicador de natalidade é negativo, totalizando 86.579 nados-vivos, ou seja, -1% face ao ano anterior. O segundo capítulo é dedicado aos Programas de Saúde Prioritários, que integram três plataformas de intervenção: a plataforma de prevenção e gestão das doenças crónicas, a plataforma da prevenção e gestão das doenças transmissíveis e a plataforma dedicada à saúde mental. De entre

as iniciativas, medidas e ganhos mais paradigmáticos do ano de 2019, destacam-se:

1. No âmbito do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável, (i) a formalização e assinatura de protocolos com a indústria de distribuição alimentar com o objetivo de reformulação do perfil nutricional de mais de 2 mil produtos alimentares no que concerne aos teores de açúcar, sal e ácidos gordos trans; (ii) a introdução de restrições à publicidade de alimentos e bebidas dirigidas a menores de 16 anos; (iii) a criação do projeto “Alimentação mais Saudável no Ensino Superior” que pretende distinguir as instituições de ensino superior que cumpram um conjunto de requisitos base na área da alimentação saudável; (iv) a implementação sistemática e generalizada da avaliação do risco nutricional em instituições hospitalares do SNS; (v) a publicação de um manual dedicado à alimentação saudável do 0 aos 6 anos; (vi) a reavaliação/redefinição dos produtos alimentares disponibilizados aos beneficiários do Programa Operacional de Apoio às Pessoas mais Carenciadas da Segurança Social; (vii) a promoção da literacia alimentar e nutricional.

2. No âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, (i) a promoção da avaliação da atividade física nos cuidados de saúde primários; (ii) o aumento da utilização das ferramentas digitais de avaliação e aconselhamento da atividade física; (iii) a emissão de guias de aconselhamento para a atividade física emitidos através da PEM; (iv) a avaliação do nível de sedentarismo e atividade física dos utentes.

3. No âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo, (i) o aumento do número de locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica.

4. No âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, (i) o aumento da atividade de vigilância epidemiológica de incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde; (ii) o aumento do número de unidades de saúde que monitorizam as boas práticas na higiene das mãos, no uso e gestão adequada de luvas e nas auditorias periódicas a precauções básicas em controlo de infeção; (iii) a redução das resistências aos antimicrobianos na maior parte dos microrganismos estudados, com exceção das resistências à bactéria *Klebsiella pneumoniae*; (iv)

o desenvolvimento de ações de promoção de literacia na área da Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

5. No âmbito do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, (i) a manutenção da tendência de diminuição do número de óbitos por doenças cerebrovasculares e por doenças isquémicas do coração em 2018 face a 2017; (ii) a intervenção na prevenção da doença e promoção da saúde, nomeadamente na área do controlo da Hipertensão Arterial, sobretudo numa abordagem de proximidade efetuada pelos cuidados de saúde primários; (iii) a liderança de projetos de desenvolvimento de reabilitação cardíaca e de reabilitação no âmbito das doenças cerebrovasculares, essenciais para a melhoria da funcionalidade dos doentes; (iv) o trabalho desenvolvido em conjunto com o INEM de monitorização e otimização das Vias Verdes coronárias e do AVC; (v) o enfoque no tratamento da Insuficiência Cardíaca em total alinhamento com as guidelines internacionais.

6. No âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes, (i) a manutenção de uma tendência crescente no rastreio da Retinopatia Diabética e na avaliação do risco de pé diabético; (ii) a tendência decrescente da mortalidade por diabetes; (iii) o alargamento do acesso aos sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina a todos os jovens elegíveis com idade igual ou inferior a 18 anos; (iv) a aprovação do regulamento de enquadramento do apoio às crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na Escola; (v) a revisão do Plano de Saúde Individual para Crianças e Jovens com Diabetes tipo 1; (vi) a publicação do Manual de Formação sobre Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1, para apoio aos profissionais de Saúde e de Educação.

7. No âmbito do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, (i) a continuidade dada à expansão dos rastreios oncológicos de base populacional implementados a nível nacional (mama, colo do útero e cólon e reto), com taxas de cobertura geográfica de 82,8%, 98,4% e 78,1%.

8. No âmbito do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, (i) a melhoria do acesso à espirometria nos cuidados de saúde primários; (ii) a melhoria da capacidade diagnóstica da asma nos cuidados de saúde primários; (iii) a evolução da implementação da prescrição eletrónica médica para os

cuidados respiratórios domiciliários com resultados ao nível do controlo do processo de prescrição; (iv) o aumento do número de utentes aos quais foram prescritos tratamentos de cuidados respiratórios domiciliários; (v) o aumento da prescrição de câmaras expansoras.

9. No âmbito do Programa Nacional para as Hepatites Virais, (i) o aumento do rastreio e diagnóstico, através do aumento do número de testes de hepatite B e C; (ii) a implementação de 39 protocolos de tratamento, em contexto prisional, das pessoas que vivem com VIH, VHB e VHC; (iii) a cura em 96,5% dos doentes VHC nos casos em que foi possível avaliar a Resposta Viroológica Sustentada.

10. No âmbito do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, (i) o conhecimento de que Portugal tinha cumprido as três metas estipuladas pelas ONUSIDA para o combate à infeção por VIH e SIDA; (ii) o aumento dos materiais preventivos dispensados; (iii) o aumento do número de testes rápidos (VIH) realizados nos cuidados de saúde primários; (iv) a continuidade do trabalho na melhoria dos sistemas de informação de suporte; (v) a implementação da estratégia de Profilaxia Pré-Exposição ao VIH, dirigida às pessoas com risco acrescido de aquisição de infeção VIH, inicialmente através de um Programa de Acesso Precoce e atualmente já com medicamentos financiados para esta indicação; (vi) a continuidade ao projeto TARV – dispensa de terapêutica anti retrovírica combinada nas farmácias comunitárias.

11. No âmbito do Programa Nacional para Tuberculose, (i) a diminuição da incidência da tuberculose em Portugal; (ii) o desenvolvimento de ações de literacia dirigidas a esta patologia; (iii) a monitorização do número de formas graves de tuberculose em crianças com idade inferior a 5 anos e as estratégias conjuntas entre o Programa Nacional para a Tuberculose e o Programa Nacional de Vacinação de forma a promover a correta identificação das crianças elegíveis para BCG.

12. No âmbito do Programa Nacional de Saúde Mental, (i) a preparação para a constituição das equipas-piloto comunitárias de saúde mental; (ii) o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença mental, envolvendo todos os escalões etários, populações vulneráveis e muito especialmente indivíduos com doença mental grave.

O terceiro capítulo, integra informação sobre outros programas e iniciativas de saúde, de entre os quais se destacam:

1. O Programa Nacional de Vacinação, em que se verifica (i) manutenção de elevadas coberturas vacinais do PNV recomendado; (ii) os aumentos na administração da VASPR e da vacina HPV; (iii) uma cobertura vacinal, para a VASPR, muito elevada para todas as coortes até aos 18 anos de idade (98% a partir dos 8 anos de idade); (iv) o cumprimento dos objetivos nacionais e internacionais do Programa de Eliminação do Sarampo (com efeitos na eliminação do sarampo e da rubéola; (v) o aumento da cobertura vacinal para o esquema completo da vacina HPV; (vi) a avaliação favorável do PNV cumprido; (vii) a elevada ( $\geq 86\%$ ) adesão ao cumprimento da idade recomendada até aos 12 meses de idade; (viii) a elevada adesão da vacinação da grávida contra a tosse convulsa (88%).

2. O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, em que se observou (i) o aumento, em 1,7%, de utentes com acesso a este programa (462.059 utentes); (ii) a emissão de mais de 680 mil cheques/referenciações para higienista oral e para consulta de medicina dentária nos cuidados de saúde primários (+8,2% em relação a 2018); (iii) a existência de 110 gabinetes de medicina dentária em 91 concelhos inseridos em 47 Agrupamentos de Centros de Saúde, situando-se a percentagem de cobertura por ACES nos 87%.

Neste terceiro capítulo, enquadram-se, também, conteúdos relativos ao Programa Nacional de Vigilância da Gripe, do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, da Unidade de Apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergência em Saúde Pública, da Pessoa com doença rara e da Procriação Medicamente Assistida.

O quarto capítulo é dedicado aos cuidados de saúde primários. O investimento feito nos últimos anos em capacitar este nível da prestação de cuidados, que se constitui como o ponto de acesso primordial dos cidadãos ao SNS, é notório e observável em indicadores como a evolução do número de cidadãos com médico de família, o número de unidades funcionais do tipo Unidade de Saúde Familiar, a evolução das consultas médicas, de enfermagem e de outros profissionais de saúde ou o aumento da procura de consulta hospitalar referenciada através do programa Consulta a Tempo e Horas. Neste

contexto, destacam-se, desde já, os seguintes resultados de 2019: (i) a existência de mais 32 novas Unidades de Saúde Familiar face a 2018, com o modelo USF a abranger 63,2% da população inscrita nos cuidados de saúde primários; (ii) a existência de 264 UCC, assegurando a cobertura de 95,9% dos residentes no continente; (iii) a existência de 92,7% de cidadãos inscritos nos CSP com médico de família atribuído; (iv) a existência de 85,6% de cidadãos inscritos nos CSP com enfermeiro de família atribuído; (v) a continuação da concretização de medidas que visam melhorar a capacidade resolutiva dos cuidados de saúde primários, como a implementação de novas respostas de saúde oral e de medicina dentária no SNS, o alargamento dos rastreios (nas áreas da retinopatia diabética e dos cancros da mama, do colo do útero e do cólon e reto) ou a disponibilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica nos centros de saúde; (vi) a realização de mais de 31,5 milhões de consultas médicas, de mais de 19 milhões de consultas de enfermagem e (vii) a evolução positiva nos principais indicadores associados aos programas de saúde contratualizados com as unidades funcionais dos cuidados de saúde primários.

O quinto capítulo trata dos cuidados de saúde hospitalares. Nesta área, o trabalho de resposta a uma procura crescente passou pela evolução das respostas assistenciais (destacando-se a hospitalização domiciliária e o reforço dos mecanismos de telessaúde), mas também das respostas organizacionais (com a operacionalização dos Centros de Responsabilidade Integrados, o reforço dos processos de trabalho cooperativo e em rede no SNS, ou o reforço da articulação entre os hospitais e os cuidados de saúde primários no âmbito da adequação da resposta às situações de doença aguda e de utilização evitável dos serviços de urgência e emergência). Assim, e apesar da manutenção da oferta disponível de camas para internamento de doentes agudos, relativamente estável (existindo 21.251 camas nos hospitais do SNS no final de 2019), observou-se um aumento da produção hospitalar realizada. No que concerne ao volume e tempestividade dos cuidados prestados a nível hospitalar, são de destacar (i) o aumento das consultas externas realizadas (+1,9%), designadamente das primeiras consultas (+2,2%); (ii) o contínuo crescimento do total de intervenções cirúrgicas que, pela primeira vez nos últimos 9 anos,

ultrapassou as 700 mil intervenções cirúrgicas realizadas no SNS; (iii) o aumento da cirurgia de ambulatório, com as vantagens inerentes em termos de qualidade da prestação e satisfação dos utentes; (iv) o crescimento em 3,2% dos pedidos de primeira consulta solicitadas pelos cuidados de saúde primários através do sistema Consulta a Tempo e Horas; (v) a realização de 1.343.513 consultas referenciadas pelo médico de família através do CTH, o valor mais elevado de sempre no SNS, representando um aumento de 2,5% face ao ano anterior (+33.348); (vi) a manutenção da média nacional de consultas realizadas dentro do TMRG nos 70%; (vii) o crescimento do número de operados no âmbito do SIGIC face ao ano de 2018 (+5,6%), com um total de 628.282 utentes operados no SNS, tendo-se ultrapassado, pela primeira vez, a barreira dos 600 mil doentes operados no SNS; (viii) a manutenção da mediana de tempo de espera da LIC nos 3,5 meses no final de 2019 para um TMRG de 6 meses na prioridade normal, calculado de acordo com a legislação em vigor desde 1 de janeiro de 2018; (ix) o atendimento de 74,3% de episódios de urgência dentro do tempo previsto no protocolo de triagem de Manchester (+0,6 pp face ao ano anterior).

O sexto capítulo centra-se nos cuidados continuados integrados sendo de destacar, do trabalho desenvolvido nesta área, (i) o aumento em 5,4% do número de camas de internamento na RNCCI face a 2018, contabilizando um total de 9.013 camas, divididas entre 8.867 das tipologias UC, UMDR e ULDM, 17 referentes a UCIP nível 1 e 129 na área da saúde mental; (ii) a existência de 286 ECCI no final de 2019 (+1,4% em relação a 2018), com 5.651 lugares domiciliários da RNCCI, cerca de 39% da totalidade dos lugares da rede geral (14.833 camas/lugares no total da RNCCI); (iii) o atendimento de 50.473 utentes, mais 3,7% que em 2018.

O sétimo capítulo foca os cuidados paliativos nos quais Portugal tem definido estratégias de aumento destas respostas quer a nível hospitalar quer a nível comunitário. Das atividades prosseguidas e resultados alcançados em 2019 destacam-se: (i) o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019-2020; (ii) a existência de 44 Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos; (iii) a criação de mais três EIHS-CP-Pediátricas; (iv) a existência de 25 equipas comunitárias ou domiciliárias de suporte em cuidados paliativos e de 28 Unidades de Cuidados

Paliativos; (v) A taxa de ocupação das UCP-RNCCI foi de 89% e o número de doentes admitidos aumentou cerca de 8% relativamente a 2018; (vii) a cobertura geográfica total de cuidados paliativos, ao nível distrital.

O oitavo capítulo aborda a ação no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, demonstrando que se têm vindo a verificar ganhos em saúde, em especial (i) a descida sustentada dos indicadores relacionados com as infeções por VIH e SIDA, associadas à toxicodependência; (ii) a continuidade de programas a nível nacional de acesso e prestação de cuidados de saúde específicos nesta área, como o Programa de Troca de Seringas e os Programas de Substituição de Heroína por Metadona; (iii) os sinais de evolução positiva comprovada pelos resultados disponibilizados sobre as principais tendências relativas a comportamentos aditivos entre os jovens através do Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos (ECATD -CAD) – 2019, um estudo nacional de referência para a população escolar, realizado de 4 em 4 anos, entre alunos do ensino público, dos grupos etários dos 13 aos 18 anos que contou com a participação de mais de 26 mil alunos de 734 escolas do país, incluindo, pela primeira vez, as Regiões Autónomas.

O nono capítulo dedica-se à área do Sangue e Transplantação, em que se verifica (i) a diminuição no número de doadores e dádivas de sangue, em linha com a diminuição das necessidades de consumo de sangue para transfusão; (ii) o aumento no número total de transplantes realizados (877 transplantes), sendo que o número de transplantes provenientes de dador falecido foi de 792 transplantes realizados, (+5% que em 2018); (iii) o aumento do número de doadores em morte cerebral (320 doadores falecidos), refletindo uma diminuição no número de órgãos colhidos.

O décimo capítulo foca a emergência médica área na qual se observou, em 2019, (i) o aumento dos acionamentos de meios de emergência geridos pelo INEM em +0,6% face a 2018 (1.331.307 vezes); (ii) o atendimento de 1.414.858 chamadas de emergência pelo CODU do INEM, o que se traduz numa média diária de 3.876 chamadas.

Do décimo primeiro ao décimo sétimo capítulos abordam-se diversas áreas relacionadas com o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, quer pelo

facto de se constituírem como potenciais barreiras ao acesso, quer por se tratar de matérias instrumentais ao acesso. Assim, neste capítulo destacam-se1. O transporte não urgente de doentes, no qual se verificou, em 2019, (i) um acréscimo de 23,7% no número de transporte de doentes não urgentes registados na plataforma existente para o efeito (SGTD); (ii) um aumento de 4,3% das prestações de saúde a que os utentes registados no SGTD tiveram acesso em 2019. 2. As taxas moderadoras em que, no ano de 2019, (i) se observou que os rendimentos dos serviços e instituições do SNS se situaram em cerca de 169 milhões de euros; (ii) se observou o alargamento dos benefícios a mais utentes, registando-se um aumento em quase todas as categorias de isenção e dispensa (e.g. utentes com incapacidade igual ou superior a 60%). 3. A articulação com o setor social e convencionado, em que se verificou (i) um acréscimo no total de encargos de 7% face ao valor faturado ao SNS em 2018, (sem incluir as áreas da hemodiálise e do SIGIC); (ii) um aumento do número de doentes em programa de tratamento de hemodiálise em ambulatório, atingindo-se um total de 12.179 doentes; (iii) uma diminuição de 8,9% dos utentes operados na rede convencionada com o SNS no âmbito do SIGIC (28.204 doentes). 4. Os acordos internacionais para a prestação de cuidados de saúde em que, em 2019, (i) se verificou o aumento do número de doentes e de deslocações no âmbito da Assistência Médica no Estrangeiro; (ii) diminuiu o número de doentes evacuados dos PALOP para o SNS face a 2018. 5. O acesso ao medicamento, em que se destacam (i) o aumento dos encargos do SNS com medicamentos de ambulatório (+ 5,8% face a 2018); (ii) o aumento dos encargos dos utentes com medicamentos (+3,1% face a 2018) ; (iii) o aumento do volume de embalagens disponibilizadas (+2,4%, em relação ao período homólogo); (iv) uma percentagem significativa de unidades de medicamentos genéricos no total de medicamentos comparticipados pelo SNS (48,7%); (v) o aumento muito significativo da quota de biossimilares, que passou de 42% em 2018, para 55% em 2019; (vi) a introdução de cerca de 70 medicamentos inovadores, com destaque para as áreas da oncologia, cardiologia, doenças infecciosas e do sistema nervoso central. O décimo oitavo capítulo refere-se ao SNS Digital, no qual se destaca o Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde - SNS 24 salientando-se que, em 2019, (i) foram atendidas cerca de um milhão e trezentas mil chamadas por enfermeiros no Centro de Contacto do Serviço Nacional de

Saúde – SNS 24, numa média diária de 3.648 chamadas (+22,1% face à média diária de 2018); (ii) no Serviço de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento, 308.068 dos utentes foram encaminhados para Autocuidados, 277.847 para observação em Cuidados de Saúde Primários e 394.698 encaminhados para Serviço de Urgência Hospitalar; (iii) na sequência do encaminhamento para Autocuidados, foram efetuadas 235.596 chamadas de seguimento, o que correspondente a 645 seguimentos por dia.; (iv) Foram atendidas cerca de 150 mil chamadas de cariz administrativo, numa média diária de 422

## 1. Indicadores populacionais e demográficos

Os indicadores populacionais e demográficos são frequentemente utilizados para aferir o estado de saúde de uma população e para conhecer de forma sumária as suas necessidades em saúde. Natalidade e mortalidade. Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) estimam que, em 31 de dezembro de 2019, residiam em Portugal cerca de 10.295.909 habitantes, mais 19.292 face a 2018. A população residente no continente, e por isso abrangida diretamente pelo SNS, ascendia a 9.798.859 em 2019 (mais 19.033 residentes do que em 2018). Este resultado traduziu-se numa taxa de crescimento positiva de 0,2%, sendo o resultado do aumento do saldo migratório, que não se verificava desde 2009 (de 11.570 em 2018 para 44.506 em 2019). O saldo natural manteve-se, no entanto, com valor negativo (-25.214). No que se refere à taxa de mortalidade infantil (até ao primeiro ano de vida), registou-se uma descida de 3,3 (2018) para 2,8 óbitos por cada 1.000 nados-vivos. No total, verificaram-se 246 óbitos infantis (-41 que os registados em 2018). Ao contrário do que havia sido registado no ano de 2018, em 2019 o número de nados-vivos diminuiu ligeiramente, 86.579 nados-vivos em 2019, ou seja, -0,5% do que em 2018 e +5,1% do que em 2014 (ano com o valor mais baixo do período analisado). Segundo os dados do INE, o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se, tendo o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingido o valor de 163,2 idosos por cada 100 jovens em 2019. A Região Autónoma dos Açores registou o menor índice de envelhecimento (97,2 idosos por 100 jovens), mantendo-se a única região onde

o número de jovens excede o número de idosos. Em 2019, a idade média da população residente em Portugal situou-se em 45,5 anos, tendo aumentado cerca de 4 anos na última década

Esperança média de vida Em Portugal, a esperança média de vida à nascença encontra-se em linha com os valores registados no período anterior, situando-se agora nos 80,93 anos (2017-2019) para o total da população, sendo de 77,95 anos para os homens e 83,51 anos para as mulheres. Estes valores representam um ganho de 1,5 anos para os homens e de 0,8 meses para as mulheres, quando comparados com o triénio 2016-2018. Os dados do INE indicam que, numa década, se verificou um aumento de cerca de 2 anos na esperança de vida para o total da população: 2,11 nos homens e 1,64 nas mulheres. Enquanto no sexo feminino esse aumento resultou, essencialmente, da redução da mortalidade nas idades iguais ou superiores a 60 anos, no sexo masculino, o acréscimo continua a ser maioritariamente proveniente da redução da mortalidade em idades inferiores a 60 anos

## 2. Programas de saúde prioritários

O programa para a Saúde do XXI Governo Constitucional, definiu como prioridade a promoção da saúde através de uma nova ambição para a saúde pública. Neste âmbito, assume especial relevância a concretização das medidas previstas nos programas de saúde que visam responder às principais necessidades em saúde da população. É neste contexto global que a Direção-Geral da Saúde desenvolve, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, 12 Programas Nacionais de Saúde Prioritários (conforme Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, alterado pelo Despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro), nas seguintes áreas:

1. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável
2. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
3. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
4. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
5. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

6. Programa Nacional para a Diabetes
7. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
8. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
9. Programa Nacional para as Hepatites Virais
10. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA
11. Programa Nacional para a Tuberculose

12. Programa Nacional para a Saúde Mental Os programas de saúde prioritários encontram-se organizados em três plataformas integradas de intervenção prioritária em saúde (a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas, a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Transmissíveis e a Plataforma para a Saúde Mental), com o objetivo de harmonizar e potenciar as estratégias das diferentes intervenções em saúde, quer sejam desenvolvidas pelos profissionais de saúde, quer pelos demais intervenientes da sociedade, na perspetiva de contribuírem para o alcance das metas do Plano Nacional de Saúde 2012- 2016, com extensão a 2020.

Os programas prioritários para a prevenção e controlo do tabagismo, a promoção da alimentação saudável, a promoção da atividade física, a diabetes, as doenças cérebro cardiovasculares, as doenças oncológicas e as doenças respiratórias, integram a plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas. Os programas prioritários para as hepatites virais, a infeção VIH/SIDA, a tuberculose e a prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos integram a plataforma para a prevenção e gestão das doenças transmissíveis O programa prioritário da saúde mental integra uma plataforma dedicada, que inclui, a comissão de acompanhamento do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável - O Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável tem por objetivo promover o consumo alimentar adequado e a conseqüente melhoria do estado nutricional dos cidadãos, considerado o potencial impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade). O PNPAS possui cinco objetivos gerais:

1. Aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências.

2. Modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos.

3. Informar e capacitar os cidadãos para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis, em especial os grupos mais desfavorecidos.

4. Identificar e promover ações transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros sectores.

5. Melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, podem influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar.

Medidas e resultados atingidos em 2019 O ano de 2019 ficou marcado por um conjunto de iniciativas e medidas que concorrem para a promoção de uma alimentação mais saudável, junto de diferentes setores da sociedade e de diferentes públicos-alvo. Assim, destaca-se a continuação dos trabalhos com vista à reformulação do perfil nutricional de algumas categorias de alimentos, no que concerne aos teores de açúcar, sal e ácidos gordos trans. Em 2019, formalizou-se a assinatura de protocolos com várias associações do setor da indústria e da distribuição alimentar, permitindo a reformulação nutricional de mais de 2 mil produtos (como batatas fritas, snacks salgados, cereais de pequeno-almoço, refeições prontas a consumir, iogurtes, refrigerantes, néctares de fruta, entre outros). Por outro lado, é de realçar a implementação generalizada (desde agosto de 2019) da avaliação sistemática do risco nutricional a todos os utentes internados, nos hospitais do SNS, por períodos superiores a 24 horas, determinada pelo Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, numa tentativa de combate à desnutrição hospitalar, condição associada a um pior prognóstico clínico dos utentes e a maiores tempos de internamento. Também neste ano, procedeu-se à redefinição dos cabazes alimentares a distribuir a pessoas/famílias em situação de carência económica no âmbito do Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas da Segurança Social. Esta

reavaliação dos cabazes permitiu uma maior proximidade dos hábitos e preferências de consumo dos beneficiários do programa, uma redução do desperdício e da não utilização dos produtos. A promoção da alimentação saudável junto dos mais novos foi também alvo de atuação, através da introdução de restrições à publicidade de alimentos e bebidas dirigida a menores de 16 anos (Lei n.º 30/2019 de 23 de abril), tendo o PNPAS definido o perfil nutricional dos alimentos aos quais estas restrições devem ser aplicadas. Reconhecendo que alimentação nos primeiros mil dias de vida assume um papel fundamental na prevenção da obesidade e de outras doenças crónicas, o PNPAS lançou um manual subordinado à temática da alimentação dos 0 aos 6 anos<sup>3</sup>. Neste contexto foram também considerados os estudantes universitários, tendo sido desenvolvido um projeto intitulado “Alimentação Saudável no Ensino Superior”. Este projeto pretende distinguir, através da atribuição de um selo de excelência, instituições de ensino superior que implementem estratégias de promoção de alimentação saudável. Em 2019, candidataram-se a este selo 11 instituições do ensino superior, que representam 89 escolas/faculdades, com o potencial de atingir cerca de 168 mil estudantes. De forma a capacitar os cidadãos para a importância da adoção de uma alimentação saudável, foi ainda desenvolvida uma campanha nacional sob o mote “Comer melhor, uma receita para a vida”, com uma forte presença em diversos meios como mupis, televisão, rádio, transportes públicos, imprensa regional e redes sociais. Ainda em 2019, o PNPAS publicou o relatório do exercício Health Impact Assessment sobre rotulagem nutricional, com o apoio da OMS. Este relatório assume extrema importância ao mostrar que 40% da população portuguesa não consegue compreender a informação nutricional presente nos rótulos dos alimentos.

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física - O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física tem como propósito alcançar uma população residente em território nacional com baixos níveis de inatividade física em todo o ciclo de vida. Este desígnio terá de ser alavancado por níveis elevados de literacia física e inserido num ambiente físico e sociocultural facilitador de estilos de vida fisicamente ativos e menos sedentários nos seus diferentes contextos. Assim, a atuação do PNPAF desenvolve-se a quatro níveis:

1. Comunicação e sensibilização: procurando promover a sensibilização, a literacia física e a prontidão de toda a população face à prática de atividade física regular e redução do tempo sedentário.

2. Sistema e serviços de saúde: procurando promover a generalização da avaliação, aconselhamento e referenciação da atividade física nos cuidados de saúde primários.

3. Ambientes e contextos de vida: procurando incentivar ambientes promotores da atividade física nos espaços de lazer, no trabalho, nas escolas, nas universidades, nos transportes e nos demais contextos de vida, valorizando e divulgando as boas práticas na área da promoção da atividade física.

4. Vigilância e monitorização: procurando a promoção da vigilância e monitorização na área da atividade física, designadamente no âmbito da tomada de decisão e definição de ações e políticas informadas.

Medidas e resultados atingidos em 2019 – A promoção da atividade física através dos sistemas e serviços de saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, é fortemente recomendada a nível internacional. Com efeito, ao nível do Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030 da OMS, já havia sido considerada como estratégia custo-efetiva, a implementação de modelos de avaliação sistemática da atividade física e aconselhamento breve nos cuidados de saúde primários, articulando os cuidados de saúde prestados neste âmbito com os recursos de atividade física da comunidade e promovendo a capacitação dos profissionais de saúde para o aconselhamento nesta área. No SNS, e com especial ênfase nos cuidados de saúde primários, a avaliação do nível de atividade física, bem como o aconselhamento breve a este nível realizado pelos profissionais de saúde, é agora possível com o apoio de ferramentas digitais desenvolvidas especificamente para o efeito, com base em princípios e técnicas validadas de modificação comportamental, disponíveis no SClinico – Cuidados de Saúde Primários e na Prescrição Eletrónica Médica desde o final de 2017. A monitorização periódica da utilização destas ferramentas pelos profissionais de saúde revela uma evolução bastante positiva dos dados ao longo do tempo. Ao nível da ferramenta digital de avaliação do nível de atividade física, disponível no SClinico – Cuidados de Saúde Primários, a última monitorização efetuada aponta para (Gráfico 3): Um incremento de

740% na sua utilização, entre maio de 2018 e março de 2020. A última monitorização, aqui descrita, corresponde aos dados existentes a 31 de março de 2020. Na ausência da disponibilização de dados de monitorização a 31 de dezembro de 2019, foram utilizados aqueles que remetem à data mais próxima, neste caso, os do primeiro trimestre do ano seguinte – 31 de março de 2020.

## 2. PROGRAMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS 32 RELATÓRIO ANUAL DO ACESSO 2019 MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Um incremento de 162% na sua utilização, no período concreto entre dezembro de 2018 e março de 2020.

- Uma taxa de avaliação de 2.430 por 100 mil utentes dos CSP, por mais de 150 mil profissionais de saúde, desde a disponibilização da ferramenta. Ao nível da utilização da ferramenta digital de apoio ao aconselhamento breve para a atividade física, disponível na PEM (Gráfico 4), os números refletem:

- Um incremento de 217% na sua utilização, entre maio de 2018 e março de 2020. • Um incremento de 112% entre dezembro de 2018 e março de 2020.

- 137 em cada 100 mil indivíduos residentes no país (com idade igual ou superior a 15 anos) receberam guias de aconselhamento breve emitidos através desta ferramenta digital em contexto de consulta com o seu médico assistente, num total de 30.563 guias emitidos durante este período, desde a disponibilização da ferramenta. Os níveis de atividade física registados para os utentes adultos (idade superior ou igual a 18 anos), através da ferramenta de avaliação do SClínico – Cuidados de Saúde Primários, revelam que:

- No global, menos de um quarto dos utentes avaliados (23%) atinge a recomendação de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada. No entanto, nas idades mais jovens (18-29), 36% dos utentes avaliados cumpre essa recomendação (Gráfico 5). • O nível médio de atividade física dos utentes avaliados é de 89 minutos por semana.

- Em média, a atividade física realizada decorre 2 vezes por semana.
- Nos dias em que ocorre prática de atividade física, esta é realizada durante cerca de 21 minutos, em média.

- O nível médio de atividade física semanal é inferior nas mulheres e diminui com o aumento da idade em ambos os sexos (Gráfico 6).

- Para todas as classes etárias, quer nos homens, quer nas mulheres, mais de um quarto dos utentes adultos avaliados passa entre 3 a 7 horas por dia sentado, constituindo, para todos os casos, a categoria de comportamento sedentário com maior prevalência (Gráfico 7). Na amostra total de adultos avaliada, a duração média de cada período sentado é de 2,3 horas por dia.

Há a assinalar, contudo, que para 47% da amostra de adultos avaliada através da ferramenta, não foi registado o nível de comportamento sedentário (apenas de atividade física), o que poderá estar a influenciar os resultados de comportamento sedentário encontrados. O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo foi criado em 2012. Em 2017 (último ano com dados disponíveis), segundo estimativas elaboradas pelo Institute of Health Metrics and Evaluation, morreram em Portugal cerca de 13 mil pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco, ou seja, uma morte a cada 40 minutos.

Com o intuito de aumentar a esperança de vida saudável da população portuguesa e reduzir as desigualdades em saúde, o PNPCT assume como principais objetivos até 2020:

1. Reduzir a prevalência de fumadores na população com 15 ou mais anos para um valor inferior a 17%.

2. Travar o aumento do consumo de tabaco nas mulheres.

3. Eliminar a exposição ao fumo ambiental do tabaco.

4. Reduzir as desigualdades na proporção de fumadores entre as regiões do país. Medidas e resultados atingidos em 2019 Em 2019, o número de locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica (237) registou um acréscimo de 7,2% face a 2018, assegurando-se assim que todos os ACES ofereciam pelo menos uma consulta de cessação tabágica. De notar o aumento do número de locais de consulta registado na ARS de Lisboa e Vale do Tejo (+8,1%) e na ARS Norte (+4,3%).

De acordo com os dados fornecidos pelas ARS, em 2019 foi realizado um total de 41.651 consultas de apoio intensivo à cessação tabágica em ACES e serviços hospitalares, o que representou um decréscimo de 5,6% face a 2018, e 12.578 primeiras consultas, menos 3,0% do que as realizadas no ano anterior,

ou seja, apesar da maior oferta ocorreu menor procura. Analisando os dados por região, destaca-se que a ARS Algarve registou um aumento de 10,3% no número de utentes atendidos (primeiras consultas), seguida da ARS Norte com um aumento de 2,5%. A ARS Alentejo registou um decréscimo de 23,1%. Na ARS de Lisboa e Vale do Tejo houve uma diminuição de 2,2%, fundamentalmente devida à redução do movimento das consultas hospitalares. No que se refere ao uso de medicamentos de apoio à cessação tabágica, em 2019 assistiu-se a um ligeiro aumento do número de embalagens de nicotina (0,8%) colocadas nas farmácias pelos grossistas/armazenistas em Portugal Continental, e a uma ligeira quebra (2,5%) no número de embalagens de Vareniclina, comparativamente ao ano anterior. O Bupropiom total com indicação no tratamento de situações de depressão, não necessariamente relacionadas com o tabagismo, registou o maior aumento (15,9%). Com base nos dados fornecidos pelo Centro de Controlo e Monitorização do SNS, o medicamento compartilhado e dispensados em regime de ambulatório aos utentes do SNS, em Portugal Continental, registou um aumento de 12,1% no número de embalagens dispensadas no que se refere ao Bupropiom total e um decréscimo de 0,7% no que se refere à Vareniclina. Os substitutos de nicotina são de venda livre, não estando sujeitos a comparticipação, pelo que não foram incluídos nesta análise

### 3. Outros programas e iniciativas de saúde

O Programa Nacional de Vacinação é um programa universal, gratuito e acessível a toda a população residente em Portugal. As vacinas que integram o PNV são selecionadas com base na epidemiologia das doenças, na evidência científica do seu impacto, na sua relação custo-efetividade e na sua disponibilidade no mercado. O PNV é regularmente revisto e atualizado pela Direção-Geral da Saúde, após proposta de uma Comissão Técnica de Vacinação em função das vacinas disponíveis, da frequência e distribuição dessas doenças no nosso país, e da evolução social e dos serviços de saúde. A coordenação tem o desafio de garantir todo o processo de introdução de vacinas seguras e eficazes no plano, desde a análise técnico-científica até ao ato vacinal, estando dependente da disponibilidade, no mercado nacional e internacional, de vacinas em quantidade suficiente e em tempo útil e por outro lado, da adesão da

população à vacinação. 2019 foi um ano marcado pela avaliação exaustiva de novas estratégias vacinais, pela renovação da coordenação do PNV a nível nacional e regional e pelo crescente investimento na interação com a sociedade civil. A avaliação do cumprimento do PNV realiza-se, anualmente, para verificar se as suas metas estão a ser cumpridas: 1. 85% de cobertura vacinal para a vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano. 2. 95% de cobertura vacinal para as restantes vacinas/idades alvo. As coberturas vacinais representam a proporção (em percentagem) de utentes vacinados em determinadas coortes de nascimento (correspondentes a idades-chave para a avaliação). Para realizar a avaliação da cobertura vacina em 2019, importa considerar o seguinte:

- PNV esquema recomendado: percentagem de utentes das coortes de 2019, 2018, 2017, 2013, 2012, 2008 e 2005 (que nasceram em 2019 ou completaram, nesse ano, respetivamente, 1 ano, 2 anos, 6 anos, 7 anos, 11 anos e 14 anos de idade), vacinados de acordo com o esquema vacinal recomendado. Decorrente da alteração das idades-chave para vacinação, imposta pelo PNV 2017, apresentam-se pela primeira vez os resultados das coberturas vacinais para as coortes que completaram em 2019, 6 e 7 anos de idade, nascidos respetivamente em 2013 e 2012 e 11 e 14 anos de idade, nascidos respetivamente em 2008 e 2005;
- PNV esquema cumprido: percentagem de utentes das coortes de 2018, 2017, 2013, 2012, 2008, 2005, 1994, 1974, 1954 (que completaram, neste ano, respetivamente, 1 ano, 2 anos, 6 anos, 7 anos, 11 anos, 14 anos, 25 anos, 45 anos e 65 anos de idade), vacinados de acordo com os esquemas vacinais recomendados (geral e de recurso);
- Vacinação contra o sarampo: percentagem de utentes aos 2 e aos 6 a 18 anos de idade (coortes de 2017 e 2013 a 2001) que cumpriram o esquema vacinal recomendado para a vacina VASPR (Vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola), de acordo com a idade;
- Vacinação contra infeções por vírus do Papiloma humano: percentagem de utentes entre os 11 e os 14 anos de idade (coortes de 2008 a 2005) que cumpriram o esquema vacinal recomendado para a vacina HPV (1 e 2 doses);
- Vacinação contra a tosse convulsa na gravidez: estimada a partir do número de mulheres em idade fértil (15-54 anos de idade) vacinadas com Tdpa7 (vacina combinada contra a tosse convulsa, o tétano e a difteria, em doses reduzidas), comparado com o número de nascimentos em 2019 ;
- Vacinação atempada (idade recomendada):

percentagem de utentes da coorte de 2019 vacinada até 1 mês após a idade recomendada, com a 1ª dose das vacinas contra *S. pneumoniae* 13 e contra tosse convulsa (até aos 3 meses de idade); percentagem de utentes da coorte de 2017 vacinados com a 1ª dose das vacinas contra sarampo e contra *N. meningitidis* C (até aos 13 meses de idade).

Avaliação do PNV PNV esquema recomendado Todas as vacinas e doses avaliadas até aos 7 anos de idade (coortes de 2019 a 2012) atingiram o objetivo de 95% de cobertura, excetuando a 5.ª dose das vacinas contra tétano, difteria e tosse convulsa (94%) na coorte de 2013 (6 anos de idade). Aos 7 anos de idade, a vacinação com estas vacinas ultrapassou os 96% (Gráfico 18). Nas coortes de 2008 e 2005, as coberturas são ligeiramente mais baixas, atingindo-se os 94% aos 14 anos de idade (Gráfico 18). PNV esquema cumprido. Em todas as coortes até aos 7 anos de idade, 95% a 99% das crianças cumpriu os esquemas vacinais recomendados (geral e de recurso) para todas as vacinas (Gráfico 18). Os reforços da vacina contra o tétano e difteria ao longo da vida apresentam coberturas de 92% a 97% até aos 25 anos de idade e de 80% e 82% aos 45 e 65 anos de idade, respetivamente (Gráfico 19).

Vacinação contra infeções por HPV Esta vacina é administrada a utentes do sexo feminino desde 2008. Todas as coortes analisadas atingiram uma cobertura vacinal superior ou igual a 93% para a 1ª dose da vacina HPV. Para a 2ª dose, só a coorte de 2008 (vacinação ainda em curso) ainda não atingiu a meta dos 85% (Gráfico 21). A partir dos 12 anos de idade (coorte de 2007 e anteriores), 91% a 95% das raparigas já completou o esquema recomendado (Gráfico 21). Vacinação contra a tosse convulsa na gravidez. Estima-se que, em 2019, cerca de 88% das mulheres grávidas tenham sido vacinadas com a vacina Tdpa, no âmbito do PNV. Vacinação atempada – Idade recomendada. Aos 3 meses de idade, 97% das crianças já tinham cumprido o esquema recomendado para as vacinas em estudo - 1ª dose das vacinas contra *S. pneumoniae* 13 e contra tosse convulsa (Gráfico 22). Aos 13 meses de idade, 14% das crianças ainda não estavam protegidas contra o sarampo, nem contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do tipo C (Gráfico 22)

Programa Nacional de Vigilância da Gripe O Programa Nacional de Vigilância da Gripe, desenvolvido pelo INSA, tem como objetivos caracterizar a

atividade gripal em Portugal, em termos de intensidade, distribuição geográfica, gravidade e impacto, identificar e caracterizar os vírus da gripe em circulação em cada época, bem como, identificar precocemente vírus emergentes com potencial pandémico e que constituam um risco para a saúde pública. As informações resultantes da vigilância permitem a orientação de medidas de prevenção e controlo da doença. Os dados recolhidos contribuem para os estudos da efetividade da vacina contra a gripe, que são partilhados com o Centro Europeu para o Controlo de Doenças e com a Organização Mundial de Saúde, um forte contributo para a vigilância europeia da gripe e para a escolha das estirpes a serem incluídas em cada inverno na vacina contra a gripe. Para além da vigilância, caracterização antigénica e genética dos vírus da gripe em circulação no território nacional, o PNVG permite a identificação e caracterização de outros vírus respiratórios com importante impacto na morbilidade sazonal. O PNVG assenta em várias redes (Sentinela e não Sentinela) de médicos de família, Serviços de Urgência e Hospitais, distribuídos por todo o território continental. Inclui ainda a vigilância da gripe com apresentação de doença grave e no grupo de risco das grávidas, contando com a colaboração de unidades de cuidados intensivos e de serviços de obstetria de hospitais do SNS.

A Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética do Departamento de Genética Humana do INSA é o braço laboratorial do PNRN. Nesta Unidade, para além do rastreio neonatal dos bebés nascidos em Portugal (cerca de 350 recém-nascidos/dia) efetua-se a confirmação bioquímica/enzimática e molecular das patologias rastreadas nos casos identificados. Os Despachos nº 3653/2016, de 11 de março e nº 6669/2017, de 2 de agosto, designaram os Centros de Referência Nacional de Tratamento das Doenças Hereditárias do Metabolismo e da Fibrose Quística para onde são orientados os casos positivos que são identificados no PNRN.

### 3.4. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral institui uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais.

Este programa desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e visa a diminuição da incidência e da prevalência da cárie dentária, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade

na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens e a grupos populacionais com necessidades de saúde especiais. O PNPSO prevê a atribuição de cheques dentista aos utentes beneficiários, nomeadamente as grávidas seguidas no SNS, os beneficiários do complemento solidário para idosos, as crianças e jovens com idade inferior a 16 anos, os utentes portadores de VIH/SIDA e os utentes com lesão suspeita de cancro oral. As atividades do programa articulam-se, em especial, com as dos programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil, saúde materna e vigilância da saúde do idoso. O XXI Governo Constitucional assumiu o objetivo de tornar a Saúde Oral acessível a todos os Portugueses, pelo que, ao abrigo do Despacho n.º 8591-B/2016, de 29 de junho, o PNPSO foi ampliado, passando a contemplar consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários. No ano de 2019 tiveram acesso ao PNPSO 462.059 utentes, mais 1,7% que no ano anterior. Foram emitidos mais de 680 mil cheques/referenciações para higienista oral e para consulta de medicina dentária nos cuidados de saúde primários, tendo havido um aumento de 8,2% em relação a 2018. Até ao final de 2019, os idosos e os utentes portadores de VIH/SIDA, eram os grupos com a mais elevada taxa de utilização dos cheques (88% e 85%, respetivamente). No projeto de saúde oral nos cuidados de saúde primários, a taxa de utilização situou-se nos 28,9%, valor que se estima aumentar nos próximos anos face ao reforço progressivo de médicos dentistas nos cuidados de saúde primários. A taxa de utilização de todos os projetos situou-se perto dos 70%

Unidade de apoio à Autoridade de Saúde Nacional e à Gestão de Emergências em Saúde pública Autoridade de Saúde Nacional - No ano de 2019, na área de apoio à ASN, desenvolveram-se esforços nas respostas às questões, pedidos e exposições enviados pelos cidadãos, sobretudo em questões de insalubridade e sanitárias, mas também sobre Atestados Médicos para a carta de condução e procedimentos para obtenção de Atestado Médico de Incapacidade Multiusos. É de salientar o trabalho desenvolvido ao nível da avaliação de Recursos Hierárquicos de Juntas Médicas de Incapacidade, que tem grande peso nas atividades da Unidade, uma vez que tem aumentado o número de processos, tendo praticamente duplicado em relação à média dos anos anteriores. A ASN integrou o Grupo de Trabalho que visa estabelecer o

regime jurídico das características técnicas que os equipamentos de cremação devem observar na sua instalação e funcionamento (Regulamentação do Art.º 18º do Decreto-Lei nº 411/98, de 30 de dezembro). Foi também assegurada a representação da DGS no Conselho Nacional Antidopagem, órgão consultivo da Autoridade Antidopagem de Portugal

Centro de Emergências em Saúde Pública A criação do CESP enquadra-se, a nível internacional, no âmbito do reforço do Regulamento Sanitário Internacional e das recomendações da Comissão Europeia, no contexto da Decisão N.º 1082/2013/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de outubro de 2013. Desde 2016, o CESP tem vindo a consolidar o seu papel no âmbito de Epidemic Intelligence, no que diz respeito à deteção precoce de ameaças à saúde pública, monitorização de indicadores, eventos e alertas, com a elaboração semanal do Boletim RONDA, cuja lista de distribuição tem vindo a ser alargada a cada ano. Este boletim permitiu acompanhar a evolução das principais ameaças de saúde pública, continuando a destacar-se o surto de Ébola na República Democrática do Congo. À semelhança do ano anterior, foram realizadas várias atividades de preparação para emergências de saúde pública a nível nacional. No âmbito do apoio do CESP à monitorização e resposta a emergências de saúde pública, destacam-se, em Portugal, as toxinfecções alimentares coletivas (listeriose, brucelose, salmonelose, botulismo) e, no resto do mundo, os surtos de poliomielite pelo vírus derivado da vacina (Moçambique e Angola), a crise humanitária originada pelo Furacão Idai (Moçambique) e o surto de doença pulmonar grave entre pessoas que usam produtos de cigarros eletrónicos (vaping). Para além disto, o CESP colaborou também na avaliação, gestão e comunicação de risco, elaboração de documentos técnicos e resposta direta a questões de cidadãos, tendo vindo a ser progressivamente reforçado o seu papel como facilitador da articulação interinstitucional, a nível nacional e internacional, designadamente com a OMS e o ECDC. Em termos de preparação e resposta a emergências de saúde pública, foi reforçada a capacidade de trabalho intersetorial, através do desenvolvimento de iniciativas com parceiros de vários setores.

A título de exemplo, destaca-se a colaboração com a ASAE, INSA, DGAV no âmbito do desenvolvimento de um Plano Nacional de Gestão de Incidentes

Alimentares. O CESP participou em vários exercícios de simulação, incluindo: • CASCADE19, desenvolvido pela ANEPC para testar a ativação do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil numa situação de multiriscos e catástrofe. • CELULEX19, em colaboração com o Exército português, no âmbito da preparação e resposta ao Ébola. • RSI-INFOSAN: exercício de comunicação para membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa. • JADE (Joint Assessment and Detection of Events) Exercise: organizado pela OMS Europa. • MEDEVAC: organizado pela Comissão Europeia para testar Standard Operating Procedures em caso de pedido de evacuação médica de profissionais de saúde infetados por febre hemorrágica viral

São de destacar, igualmente, as Joint Actions europeias “Healthy GateWays” e SHARP, em que Portugal participou através da DGS em diferentes work packages, sob a coordenação do CESP. No âmbito da Joint Action “Healthy GateWays”, com vista a reforçar as capacidades dos Estados Membros nos pontos de entrada, o CESP coordenou a participação de peritos nacionais nos cursos sobre preparação e resposta a eventos de saúde pública em portos e em aeroportos. Relativamente à Joint Action SHARP (Strengthened International Health Regulations and Preparedness in the EU), implementada em abril de 2019, para reforçar a implementação do Regulamento Sanitário Internacional e a preparação e resposta a ameaças sanitárias, o CESP participou e contribuiu tecnicamente no desenvolvimento das iniciativas europeias.

São de destacar, igualmente, as Joint Actions europeias “Healthy GateWays” e SHARP, em que Portugal participou através da DGS em diferentes work packages, sob a coordenação do CESP. No âmbito da Joint Action “Healthy GateWays”, com vista a reforçar as capacidades dos Estados Membros nos pontos de entrada, o CESP coordenou a participação de peritos nacionais nos cursos sobre preparação e resposta a eventos de saúde pública em portos e em aeroportos. Relativamente à Joint Action SHARP (Strengthened International Health Regulations and Preparedness in the EU), implementada em abril de 2019, para reforçar a implementação do Regulamento Sanitário Internacional e a preparação e resposta a ameaças sanitárias, o CESP participou e contribuiu tecnicamente no desenvolvimento das iniciativas europeias.

À semelhança de anos anteriores, o Despacho nº 1174-B/2019, de 1 de fevereiro, estipulou o número de USF modelo A a constituir durante o ano de 2019 (20), bem como o número de USF a transitar do modelo A para o modelo B no mesmo período (até 20). No mesmo ano, foi ainda considerada a possibilidade de constituição de um número adicional de até 20 novas unidades de saúde familiar de modelo A, através do Despacho n.º 12485/2019, de 20 de dezembro. Recorde-se que foi prioridade da política de saúde na legislatura a criação de 100 novas USF como forma de expandir e melhorar a capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários às necessidades em saúde da população. A inauguração da centésima Unidade de Saúde Familiar da legislatura ocorreu em julho de 2019

No final de 2019, as 564 USF em atividade abrangiam 63,2% do total de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, um aumento de cobertura de 3,1 p.p. da população inscrita em USF, face a 2018. Por sua vez, as 264 UCC existentes a 31 de dezembro de 2019 asseguravam a cobertura de 95,9% dos residentes no continente (um aumento de 0,5 p.p. em relação a 2018).

Percentagem de utentes com médico de família atribuído face aos inscritos nos cuidados de saúde primários O indicador referente à população inscrita no SNS com médico de família atribuído atingiu, em 2019, os 92,7%, o correspondente a 9.551.178 utentes, em linha com o ano anterior. Em 2019 foram contratados 381 especialistas em Medicina Geral e Familiar e aposentaram-se 189, pelo que existiu um saldo positivo global de 192. Por outro lado, e em linha com o que tem vindo a suceder nos últimos anos, em 2019, o número de utentes inscritos aumentou em 112.304 utentes face a 2018

Percentagem de utentes com médico de família atribuído face à população residente. Considerando a população residente no continente (9.798.859 habitantes em 2019, segundo dados atualizados pelo INE a 15 de junho de 2020), é possível aferir que a relação entre os utentes com médico de família atribuído e os residentes é de 97,5%. Note-se que o diferencial entre a população inscrita nos CSP e a população residente poderá ficar a dever-se a fatores como a manutenção da inscrição ativa no SNS, por parte dos cidadãos nacionais residentes no estrangeiro, ou estrangeiros em estadas temporárias

Cobertura regional. Num contexto regional, verifica-se que as regiões de saúde do Norte e do Centro tinham, em 2019, uma cobertura de utentes inscritos com médico de família atribuído superior a 96% (98,4% e 96,8%, respetivamente). A região do Alentejo apresentava um valor de 93,9%. É, ainda, de referir que, no mesmo indicador, a região de saúde de Lisboa Vale do Tejo registou um aumento de 0,5 p.p. face ao período homólogo (situando-se nos 85,6% no final de 2019). Quanto à região de saúde do Algarve, a cobertura de utentes inscritos situou-se nos 86,7%.

Considerando os utentes inscritos nos CSP com médico de família atribuído face à população residente por ARS, as regiões Norte, Centro e Alentejo apresentaram em 2019 uma cobertura superior a 100%, sendo que as regiões do Algarve e Lisboa e Vale do Tejo mantiveram os valores acima dos 96% e 88%, respetivamente. Evolução do número de utentes sem médico de família atribuído. Da análise efetuada ao número de utentes sem médico de família atribuído verifica-se um total de 730.232 utentes sem médico de família, no final de 2019.

Enfermeiro de família nos cuidados de saúde primários A figura do enfermeiro de família tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países da região europeia da OMS. Portugal acompanha esta tendência, tendo vindo a reforçar a presença dos especialistas de enfermagem nos cuidados de saúde primários, cujo papel é essencial para a promoção da saúde e prevenção da doença. No final de 2019, mais de 85% dos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários tinham um enfermeiro de família atribuído

Qualificação das respostas nos cuidados de saúde primários O ano de 2019 continuou a demonstrar a expansão e a melhoria da capacidade de resposta da rede de cuidados de saúde primários, com o objetivo de aumentar a capacidade de resolução deste nível de cuidados.

Saúde oral - No ano de 2019, passaram a efetuar-se consultas de medicina dentária em 110 gabinetes de Saúde Oral, em 91 centros de saúde, de 47 ACES, de todas as regiões do país, promovendo desta forma a equidade no acesso. Ao longo do ano, e conforme detalhado no quadro seguinte, realizaram-se 85.875 consultas de saúde oral no SNS, tendo sido referenciados 67.383 utentes, no âmbito do projeto de saúde oral.

Saúde visual - O Rastreio da Saúde Visual Infantil, em 2019, estava implementado em 36 ACES e abrangeu uma população de 64.696 crianças em Portugal Continental. O Rastreio da Retinopatia Diabética estava implementado em 81,5% dos ACES (44 dos 54), abrangendo uma população de 688.394 pessoas com diabetes (Tipo I e Tipo II). Foram rastreados 224.793 utentes e detetados 7.507 casos positivos

Telerrastreio Dermatológico - O programa de telerreferenciação dermatológica visa contribuir para o diagnóstico precoce de lesões dermatológicas e do cancro de pele, assim como para melhorar o acesso às consultas de dermatologia, contribuindo para o cumprimento dos TMRG e para uma resposta mais cómoda para o utente. Esta forma de referenciação consiste na inscrição, pelo médico de medicina geral e familiar, de um pedido de consulta para a especialidade de dermatologia no âmbito do programa Consulta a Tempo e Horas, com anexação de imagem e de dados clínicos relevantes, seguindo-se uma análise por parte do especialista hospitalar que estuda o caso clínico e, em função dessa análise, efetua o diagnóstico e a intervenção terapêutica adequada. Em 2018, o Despacho n.º 6280/2018, de 28 de junho, determinou que a referenciação para a primeira consulta de especialidade hospitalar de dermatovenereologia, realizada pelos cuidados de saúde primários do SNS, fosse efetuada obrigatoriamente através da utilização de telerrastreio dermatológico, salvo nos casos em que o doente não tenha manifestado o seu acordo. Em 2019, 45% dos pedidos de primeira consulta na área da dermatologia foram resolvidos através do Rastreio Teledermatológico. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica A integração entre níveis de prestação de cuidados é essencial para a melhoria da prestação centrada no utente. O desenvolvimento de mecanismos facilitadores da articulação entre níveis de prestação de cuidados tem relevância na eficiência e minimização de tempos médios de espera para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Durante o ano de 2019 continuaram em vigor diversos protocolos estabelecidos entre ACES e hospitais do SNS que permitem a realização de diversos MCDT, especialmente da área da patologia clínica, da imagiologia e da anatomia patológica, vertidos na plataforma de Gestão Partilhada de Recursos no SNS (GPR SNS), entretanto criada. Em termos gerais, a plataforma GPR SNS

encerrou o ano 2019, com 1.866 registos de disponibilidades e 5.314 registos de necessidades, o que correspondeu, respetivamente, a um crescimento de 10,7% e de 27,3%, face ao ano 2018, distribuídas pelas seguintes áreas de MCDT: • Análise clínicas: 45,7% • Medicina nuclear: 23,7% • Radiologia: 11,5% • Gastroenterologia: 6,0% • Pneumologia: 4,0% • Outras: 9,1% Unidades móveis de saúde. As unidades móveis de saúde existentes nos vários ACES do SNS são, em regra, constituídas por uma viatura que dispõe de um gabinete de consulta e de uma sala de exames e tratamentos, encontrando-se equipadas com tecnologia de ponta, a nível de diagnóstico, com condições para prestar cuidados de saúde primários aos utentes do SNS, nomeadamente, na área clínica e de enfermagem, apoio domiciliário, saúde escolar, vigilância do estado de saúde dos idosos que vivem isolados, rastreios, campanhas de vacinação. A atividade das unidades móveis de saúde visa incrementar as respostas de proximidade e assegurar a continuidade de cuidados aos utentes do SNS, na medida em que são facilitadoras da implementação efetiva de programas de promoção da saúde e de prevenção da doença, de vigilância do estado de saúde, assim como da prestação de cuidados médicos e de enfermagem a grupos populacionais com maior dificuldade de acesso à saúde ou mais isolados, quer pela distância, quer por dificuldade de transportes, quer por serem grupos mais vulneráveis (idosos ou deficientes).

## Cuidados de saúde hospitalares

A oferta hospitalar portuguesa é um ativo significativo e um dos mais importantes investimentos realizados nas últimas décadas na construção de um SNS de acesso universal para responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais sofisticada e exigente. Os hospitais do SNS têm respondido positivamente ao aumento crescente da procura, implementando diversas medidas de reorganização interna que permitem obter melhores resultados em saúde para os utentes e promovem elevados níveis de eficácia e eficiência a par de uma maior transparência, responsabilização e prestação de contas. As melhorias da resposta tiveram por base várias reformas com incidência na organização interna dos hospitais, destacando-se a implementação de diversos mecanismos de responsabilização e avaliação, a garantia da melhoria da informação clínica e de gestão, o aprofundamento das relações de parceria e

complementaridade entre as várias estruturas do SNS, o reforço da coordenação e a articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes. Em 2019 o SNS integrava um total de 49 instituições hospitalares, conforme demonstra o gráfico seguinte, correspondente à distribuição das instituições hospitalares do SNS por estatuto jurídico, sendo que, em agosto desse ano uma das entidades com gestão em Parceria Público-Privada foi revertida para a gestão pública.

**Redes Europeias de Referência** As Redes Europeias de Referência reúnem prestadores de cuidados de saúde de toda a Europa, com vista a facilitar o debate sobre doenças raras ou complexas, que requerem cuidados altamente especializados, e de concentrar os conhecimentos e os recursos disponíveis. A iniciativa das RER é impulsionada principalmente pelos países da UE. O Conselho de Estados-Membros é a entidade responsável pela aprovação de propostas de rede, bem como pela composição e cessação de uma rede, tal como previsto na decisão de execução da Comissão. O Conselho de Estados-Membros é constituído por representantes dos 28 países da UE e dos países do EEE. As primeiras redes europeias de referência foram lançadas em março de 2017, com a participação de mais de 900 unidades de saúde altamente especializadas, pertencentes a mais de 300 hospitais. As 24 redes europeias de referência trabalham sobre questões temáticas, nomeadamente, as doenças ósseas, o cancro infantil e a síndrome da imunodeficiência. A infografia que se segue ilustra as unidades de saúde de Portugal que se constituem como membros nas diferentes redes europeias de referência. No Anexo 2 encontra-se a informação mais detalhada quanto às diferentes especialidades Redes de Referência Hospitalar. As Redes de Referência Hospitalar visam regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional. Estas redes promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, designadamente: diagnóstico e terapêutica; formação; investigação e colaboração interdisciplinar. Atualmente, encontram-se em processo de criação/revisão as RRH de Patologia Clínica, Saúde Materna e Infantil, Genética Médica e Cirurgia Maxilo-Facial. Em processo prévio à aprovação final, estão as Redes de Referência Hospitalar de

Endocrinologia e Nutrição, Medicina Interna, Ortopedia, Dermatovenereologia, Radiologia e Neurorradiologia. Processos de afiliação e de trabalho cooperativo e em rede. Durante o ano de 2019 vigoraram diversos protocolos de afiliação entre instituições hospitalares do SNS, com o objetivo de melhorar a articulação interinstitucional, maximizar a capacidade instalada e permitir obter ganhos de acesso e de qualidade para os utentes e de eficiência para o SNS.

Estes protocolos de afiliação abrangem diversas áreas, com especial destaque para a cooperação técnica entre os vários serviços e profissionais de saúde, para a partilha de documentação e conhecimento, para a formação e especialização, para investigação e para prestação de serviços de saúde comuns, que abrangem áreas tão diversas como anatomia patológica, psiquiatria, oncologia, radioterapia, ortopedia, dermatologia, urologia/litotricia, hematologia, cirurgia vascular, entre outras. Para além destes processos de afiliação hospitalar, consolidou-se, em 2019, o desenvolvimento do sistema de Gestão Partilhada de Recursos do Serviço Nacional de Saúde (GPR SNS) já referido anteriormente. Centros de Referência Os Centros de Referência são qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico, tratamento ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas. No final de 2019 estavam oficialmente reconhecidos pelo Ministério da Saúde 112 CRe, cuja lista poderá ser consultada no Anexo 3 deste relatório. Durante o ano de 2019, a Comissão Nacional para os Centros de Referência avançou com a primeira fase do processo de avaliação dos Centros de Referência, nos termos do disposto da alínea a), do n.º 2 do art.º 4º da Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, visando garantir o cumprimento das condições gerais e específicas pelos quais foram reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde. Simultaneamente, em colaboração com a Direção-Geral da Saúde, foi estabelecido o processo para a avaliação/auditoria presencial (in loco) de todos os centros de referência. Este processo terá em conta cinco fases:

1. Elaboração de um caderno de auditoria para cada uma das áreas definidas pelos avisos de abertura de candidaturas, previamente emitidos por uma equipa constituída por membros do Departamento de Qualidade da DGS e por elementos da CNCR;

2. Criação das equipas de auditoria, constituídas por um especialista com a adequada formação indicado pelo Departamento de Qualidade da DGS, um membro da CNCR e um a três especialistas da respetiva área de conhecimento indicados pela Ordem dos Médicos;

3. Calendarização das auditorias a realizar no terreno (in loco);

4. Realização das auditorias e elaboração dos respetivos relatórios de auditoria;

5. Análise dos relatórios de auditoria pela CNCR e emissão de parecer a enviar à tutela para decisão final.

Prevê-se que este processo decorra durante os anos de 2020 e 2021 (em função da calendarização previamente realizada). Centros de Responsabilidade Integrados Os Centros de Responsabilidade Integrados, cujo modelo de regulamento está previsto na Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro, alterada pela Portaria n.º 71/2018, de 8 de março, são estruturas de gestão intermédia, integradas nas unidades hospitalares EPE. Os CRI são dotados de autonomia funcional e técnica, baseando-se num compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro podendo os seus profissionais aceder a incentivos institucionais e financeiros diretamente relacionados com o desempenho alcançado. A criação dos CRI é formalizada através de Deliberação do Conselho de Administração das unidades hospitalares, constituindo-se assim como um processo de reorganização interna que depende dos profissionais e dos dirigentes destas instituições do SNS, ou seja, é um processo que pressupõe a apresentação do projeto assistencial por parte da equipa, seguida da sua negociação com o Conselho de Administração da EPE, resultando daí a nomeação da equipa multidisciplinar e do Conselho de Gestão do CRI, assim como a aprovação do Regulamento Interno, do Plano de Ação, do Orçamento Económico e do Contrato-Programa do CRI.

Segundo a informação reportada pelos hospitais, no final de 2019 estavam em atividade 14 CRI, e mais 6 encontravam-se em fase de preparação. Hospitalização domiciliária no SNS A hospitalização domiciliária constitui uma modalidade de assistência que assegura a prestação de cuidados com diferenciação, complexidade e intensidade de nível hospitalar, durante um período limitado, dependendo da vontade expressa dos doentes, e aplicando-se às patologias elegíveis<sup>12</sup> nos termos da Norma emitida pela Direção-Geral da Saúde<sup>13</sup>, que define os critérios de inclusão e exclusão de doentes, assim como de articulação com os cuidados primários, com as respostas da RNCCI, com o setor social e com a comunidade. Em 2018, através do Despacho n.º 9323-A/2018, publicado em Diário República, 2.ª série, N.º 191, de 3 outubro, foi definida a estratégia nacional de implementação das Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS e foi aprovado o Modelo de Regulamento Interno, que define os princípios e regras de organização e funcionamento, bem como os critérios de acesso e integração dos doentes nestas unidades.

Durante o ano de 2019 continuou a incentivar-se a criação de respostas de hospitalização domiciliária no SNS, alternativas ao internamento hospitalar, centradas nas necessidades dos utentes, que garantam uma resposta segura, eficiente e adequada às situações de doença. No final de 2019, estavam já criadas 24 respostas de hospitalização domiciliária nos hospitais do SNS que permitiram tratar cerca de 2.500 doentes no seu domicílio. O Despacho n.º 12333/2019, de 23 de dezembro, da Ministra da Saúde, veio prever a consolidação e o desenvolvimento da hospitalização domiciliária e o alargamento deste modelo de prestação de cuidados a todos os estabelecimentos hospitalares do SNS. Centros académicos clínicos. Os centros académicos clínicos constituem uma estrutura integrada de assistência, ensino e investigação médica que tem como principal objetivo o avanço e a aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria da prestação de cuidados de saúde. No final de 2019 estavam em atividade os seguintes centros académicos clínicos:

1. Centro Académico de Medicina de Lisboa, consórcio entre o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, a Faculdade Medicina da Universidade Lisboa e o Instituto de Medicina Molecular.

2. Centro Clínico Académico - Braga, associação entre a Universidade do Minho, a Escala Braga - Entidade Gestora de Estabelecimentos e o Hospital CUF Porto, S.A.

3. Centro Médico Universitário de Lisboa, consórcio entre o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa;

4. Centro Académico Clínico de Coimbra CHUC-UC, consórcio entre o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e a Universidade de Coimbra.

5. Centro Académico Clínico ICBAS-CHP, consórcio entre o Centro Hospitalar Universitário do Porto e a Universidade Porto, através da unidade orgânica Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.

6. Centro Universitário de Medicina FMUP-CHSJ, consórcio entre o Centro Hospitalar Universitário de São João e a Universidade do Porto, através da sua unidade orgânica Faculdade de Medicina.

7. Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, consórcio entre o Centro Hospitalar Universitário do Algarve e a Universidade do Algarve através do centro de investigação CBMR - Center for Biomedical Research e do Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina.