

Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde

RELATÓRIO N.º 17/2023

2.ª SECÇÃO



TC
**TRIBUNAL DE
CONTAS**

PROCESSO N.º 15 /2021 – AUDIT – 2ªS

Auditoria à testagem e rastreio
de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19
por parte do Ministério da Saúde

Relatório

Dezembro de 2023



h

SINOPSE

O presente relatório dá conta de uma auditoria aos processos de testagem e rastreio de contactos implementados em Portugal pelas autoridades públicas como resposta à pandemia de COVID-19, com o propósito de avaliar a sua eficiência, eficácia e economia, face aos objetivos definidos, aos recursos utilizados e aos resultados alcançados. Foi considerado o período entre março de 2020 e abril de 2022, abrangendo as cinco vagas da doença registadas em Portugal.

A implementação dos processos de testagem e rastreio de contactos foi clara e suportada por normas e orientações produzidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS), que explicitaram condições, conceitos e critérios para a sua operacionalização, com referência à evolução do conhecimento técnico-científico sobre a doença e com as recomendações internacionais sobre esta matéria.

Não obstante o reforço da capacidade laboratorial existente no SNS para diagnóstico da COVID-19, a resposta foi assegurada ao nível do sistema de saúde, considerando que foram os laboratórios do setor privado que mais contribuíram para o alargamento da capacidade instalada.

Os preços fixados pelo Ministério da Saúde para os testes de diagnóstico da COVID-19 comparticipados pelo SNS nem sempre tiveram subjacente a fundamentação técnica apresentada pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP), o que prejudicou a transparência dos respetivos processos de formação de preços e se traduziu em acrescida despesa pública.

O efeito global dos preços fixados pelo Ministério da Saúde, entre 2020 e 2021, resultou num acréscimo da despesa pública associada à testagem estimado em 153,4 M€. Com efeito, as dilações ocorridas nas atualizações dos preços dos testes e a não adoção dos preços técnicos propostos à Tutela resultaram em impactos estimados na despesa do SNS de 97,0 M€, no caso dos testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) e de 56,4 M€, no que respeita aos testes rápidos de antígeno (TRAg).

A vigilância epidemiológica no contexto da pandemia de COVID-19 foi prejudicada pelas limitações dos sistemas de informação utilizados, obrigando à criação de múltiplas e distintas soluções *ad-hoc* à escala regional e ou local, o que desviou recursos de saúde pública, induziu ineficiências e afetou a qualidade dos dados acerca da atividade desenvolvida. Estas limitações prejudicaram a avaliação do desempenho operacional dos processos de testagem e rastreio de contactos.

Apesar da intensificação das atividades de testagem e rastreio de contactos registada ao longo da pandemia, estes processos não foram eficazes para o seu adequado controlo, particularmente na incidência ocorrida no último trimestre de 2020 e nos primeiros meses de 2021.

Entre 1 de março de 2020 e 30 de abril de 2022 foram realizados um total de 37,9 milhões de testes de diagnóstico da COVID-19, em Portugal Continental, dos quais 19,4 milhões de testes TAAN (51,2%) e 18,5 milhões de testes TRAg (48,8%). A larga maioria dos testes (28,1 milhões; 74,1%) foi realizada por prestadores do setor privado.

Até final de abril de 2022, a despesa faturada e conferida pelo Centro de Controlo e Monitorização do SNS referente a testes ascendia a 538,9 M€, correspondente a 17,4 milhões de testes e a um preço médio de 30,9 €. Somente duas administrações regionais de saúde (Lisboa e Vale do Tejo e Norte), assumiram 76,8% do montante total faturado (413,9 M€), referente a 13,1 milhões de testes. Considerando, adicionalmente, os testes realizados pelas entidades hospitalares do SNS e pelos laboratórios de saúde pública (cerca de 6,7 milhões de testes), o SNS foi responsável pela despesa associada a quase dois terços (63,7%) do total de testes realizados naquele período (37,9 milhões de testes), ficando o remanescente, cerca de um terço, a cargo da despesa privada em saúde.

O Tribunal formula várias recomendações relacionadas com a definição e adoção de estratégias para gerir as consequências e o impacto da COVID-19 no Sistema de Saúde, garantir a sua resiliência e assegurar que a fixação de preços administrativos é adequadamente fundamentada, conferindo a necessária transparência que a utilização de dinheiros públicos exige, bem como relativas ao planeamento de respostas a futuras emergências de saúde pública, que enderecem e permitam ultrapassar os constrangimentos identificados nos processos de testagem e rastreio de contactos no contexto da COVID-19.

ÍNDICE DE QUADROS	IV
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	V
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. FUNDAMENTO, OBJETIVOS E ÂMBITO.....	1
2. SÍNTESE METODOLÓGICA.....	1
3. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES	1
4. EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO	2
II. ENQUADRAMENTO.....	5
5. A TESTAGEM E RASTREIO DE CONTACTOS COMO RESPOSTA À COVID-19	5
6. O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES SUPERIORES DE CONTROLO (ISC)	8
6.1. <i>National Audit Office (NAO): Reino Unido</i>	9
6.2. <i>Cour des Comptes: França</i>	10
6.3. <i>Algemene Rekenkamer: Países Baixos</i>	10
7. O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (SINAVE)	10
III. OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA	12
8. A OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TESTAGEM E RASTREIO DE CONTACTOS.....	12
8.1. <i>Princípios estratégicos</i>	12
8.2. <i>Testagem</i>	13
8.3. <i>Rastreio de contactos</i>	30
8.4. <i>Sistemas de informação</i>	38
8.5. <i>Monitorização e acompanhamento</i>	40
9. RESULTADOS DA TESTAGEM E RASTREIO DE CONTACTOS	41
9.1. <i>Objetivos e indicadores</i>	41
9.2. <i>Testagem</i>	43
9.3. <i>Rastreio de contactos</i>	50
10. FINANCIAMENTO E DESPESA COM OS PROCESSOS DE TESTAGEM E RASTREIO DE CONTACTOS	51
11. RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS.....	55
IV. CONCLUSÕES.....	57
V. RECOMENDAÇÕES.....	62
VI. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO.....	65
VII. DECISÃO	65
ANEXOS.....	68
ANEXO I – METODOLOGIA	69
ANEXO II – ASPETOS DE GOVERNAÇÃO.....	72
ANEXO III - PRINCIPAIS NORMAS E CIRCULARES RELATIVAS À ESTRATÉGIA DE TESTAGEM E DE RASTREIO DE CONTACTOS	79
ANEXO IV – ESTRATÉGIA E PRINCÍPIOS ADOTADOS	81
ANEXO V – CARACTERIZAÇÃO DAS AUTORIDADES DE SAÚDE, REGIONAIS E LOCAIS.....	82
ANEXO VI – EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DA TESTAGEM	83
ANEXO VII - OPERACIONALIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS DE ANTIGÉNIO (TRAG)	88
ANEXO VIII - REGIME DE COMPARTICIPAÇÃO DOS TESTES TRAG	89
ANEXO IX – SOLUÇÕES DE RASTREIO DE PROXIMIDADE DIGITAL.....	91
ANEXO X – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	96
ANEXO XI – ANÁLISE DAS RESPOSTAS DO INQUÉRITO ÀS AUTORIDADES DE SAÚDE REGIONAIS	97
ANEXO XII – TRATAMENTO E QUALIDADE DOS DADOS	106
ANEXO XIII - ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS	112
ANEXO XIV – RESPOSTAS REMETIDAS EM SEDE DE CONTRADITÓRIO	114
<i>Ministro da Saúde</i>	115
<i>Ex-Secretária de Estado Adjunta e da Saúde</i>	119
<i>Ex-Secretário de Estado da Saúde</i>	158
<i>Ex-Diretora-Geral da Saúde</i>	161



<i>Diretora-Geral da Saúde</i>	<i>162</i>
<i>Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE.....</i>	<i>194</i>
<i>Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.....</i>	<i>197</i>
<i>Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP.....</i>	<i>198</i>
<i>Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP</i>	<i>200</i>
<i>Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.....</i>	<i>201</i>
<i>Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP</i>	<i>204</i>

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução do preço dos testes TAAN.....	20
Quadro 2 – Evolução dos preços propostos e fixados para os testes TAAN	23
Quadro 3 – Despesa adicional incorrida estimada com testes TAAN.....	24
Quadro 4 – Preços de testes, em diferentes países, junho de 2020	25
Quadro 5 – Contexto para utilização dos testes rápidos de antígeno (TRAg)	26
Quadro 6 - Despesa adicional incorrida estimada com testes TRAg	29
Quadro 7 – Questões relativas à qualidade dos dados reportados pelos DSP.....	37
Quadro 8 – Acompanhamento e monitorização: 4 relatórios-tipo.....	41
Quadro 9 – Indicadores e metas nos processos de testagem e rastreio de contactos	42
Quadro 10 – N° de testes por tipologia do prestador.....	44
Quadro 11 – N° de testes positivos e realização de IE	51
Quadro 12 – Despesa realizada: Medidas Contingência COVID-19 (milhões de euros).....	52
Quadro 13 – Medidas Contingência COVID-19: despesa com testagem (M€).....	52
Quadro 14 - Despesa paga, por ARS e total das ULS (M€).....	53
Quadro 15 – Faturação conferida pelo CCM-SNS: março de 2020-abril de 2022	54
Quadro 16 – Faturação por motivo e tipo de teste realizado.....	54
Quadro 17 – “Top 10” da faturação por entidade.....	55
Quadro 18 - Principais intervenientes na testagem e rastreio de contactos	73
Quadro 19 - Planos de contingência na área da saúde	77
Quadro 20 – Principais orientações da DGS no âmbito da testagem e rastreio de contactos	77
Quadro 21 – Competências e funções das autoridades de saúde	82
Quadro 22 - Características dos aplicativos, para rastreio digital de contactos, utilizados nos países europeus.....	94
Quadro 23 – Principais sistemas de informação no contexto da testagem e rastreio de contactos... ..	96
Quadro 24 – Atividades do processo de testagem e entidades envolvidas	98
Quadro 25 – Aquisição de serviços de testagem.....	98
Quadro 26 - Recursos humanos na saúde pública	99
Quadro 27 - Caracterização da investigação epidemiológica	100
Quadro 28 - Sistemas de informação: nacionais e soluções locais e regionais.....	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Categorias sintomáticas testadas a nível nacional, em 41 países (abril de 2020)	7
Gráfico 2 -Medidas de isolamento e quarentena adotadas a nível nacional, em 31 países (maio de 2020)	8
Gráfico 3 – Afetação do financiamento por entidade e tipo de investimento	14
Gráfico 4 – Expansão da capacidade laboratorial de diagnóstico da COVID-19 (n° de laboratórios*): entre abril de 2020 e janeiro de 2022	15
Gráfico 5 – Percentagem de novos casos COVID-19 sequenciados em 2021	16
Gráfico 6 – N° médio diário de profissionais afetos à realização de IE e rastreio de contactos.....	32
Gráfico 7 - Evolução mensal da utilização do sistema <i>StayAway</i> COVID.....	33
Gráfico 8 - Percentagem da população que efetuou <i>downloads</i> das aplicações de rastreio digital de contactos.....	34
Gráfico 9 – N° de testes, por ARS e tipo de teste.....	43
Gráfico 10 – N° de testes, por ARS e tipo de prestador	43
Gráfico 11 – Evolução diária do n.º de testes	45
Gráfico 12 – Evolução diária do n.º de testes: tipo de teste (TAAN ou TRAg)	45
Gráfico 13 – Média de testes diários em cada mês	45
Gráfico 14 – Número de testes diários e taxa de positividade.....	46
Gráfico 15 – Número de testes por milhão de habitantes, por país (em milhões)	47
Gráfico 16 – Evolução do número de testes diários e de internamentos em UCI	47
Gráfico 17 – Evolução do número de testes diários e número de óbitos semanais	48
Gráfico 18 – Tempo médio para obtenção de resultados e número de testes realizados.....	49

Gráfico 19 - Tempo médio para obtenção de resultados positivos e número de testes realizados50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de testagem para contextos comunitários e de massas.....	18
Figura 2- Hierarquia das autoridades de saúde.....	72
Figura 3 - Modelo de governação: testagem e rastreio de contactos	75

RELAÇÃO DE SIGLAS

Sigla	Designação
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ADC	Áreas Dedicadas para avaliação e tratamento de doentes COVID-19
ADR-Comunidade	Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios nos cuidados de saúde primários
ADR-SU	Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios nos serviços de urgência
ARS	Administrações Regionais de Saúde
ASL	Autoridades de Saúde Locais
ASR	Autoridades de Saúde Regionais
CCM-SNS	Centro de Controlo e Monitorização do SNS
CE	Comissão Europeia
CNSP	Conselho Nacional de Saúde Pública
DGS	Direção-Geral da Saúde
DGTC	Direção-Geral do Tribunal de Contas
DR	Diário da República
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
EEE	Espaço Económico Europeu
EEMI	Equipas de Emergência Intra-Hospitalares
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
IE	Inquéritos Epidemiológicos
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
IPST	Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.
MCDDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MS	Ministério da Saúde
NUTS	Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNU	Registo Nacional de Utentes
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE
TAAN	Testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos
TdC	Tribunal de Contas
TRAg	Testes rápidos de antigénio
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
USF	Unidades de Saúde Familiares
USP	Unidades de Saúde Pública
WHO	<i>World Health Organisation</i>



GLOSSÁRIO

Termo	Definição
Aglomerado ("Cluster")	É um agregado de casos com relação espacial e/ou temporal, percecionado como superior ao esperado pelo acaso ¹ .
Áreas Dedicadas à COVID-19 (ADC)	Áreas dedicadas para observação, avaliação clínica e colheita de amostras para teste laboratorial de casos suspeitos de COVID-19, em contexto de: i.) Cuidados de Saúde Primários (ADC Comunidade ou ADC-C); e, ii.) Serviços de Urgência de unidades hospitalares (ADC-SU) ² .
Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios (ADR)	Resultam da adaptação, criação ou ampliação das infraestruturas das <i>Áreas Dedicadas à COVID-19 (ADC)</i> em <i>Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios (ADR)</i> , quer nas unidades de cuidados de saúde primários (ADR-Comunidade), quer nos serviços de urgência das unidades hospitalares (ADR-SU), para a abordagem de todos os doentes com quadros respiratórios agudos de provável etiologia infecciosa, com critérios clínicos de gravidade que exijam a avaliação presencial ³ .
Autoridades de Saúde	Entidades às quais competem a decisão de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção e proteção da saúde. Dependem hierarquicamente do membro do Governo responsável pela área da saúde e exercem poderes no âmbito territorial correspondente às áreas geográficas e administrativas de nível nacional, regional e local, definidas conforme a Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) em vigor, funcionando em sistema de rede integrada de informação. A autoridade de saúde de âmbito nacional é o Diretor-Geral da Saúde ⁴ .
COVID-19	Doença causada pelo SARS-CoV-2 ⁵ .
Pandemia	Epidemia que envolve vários países ou continentes e que afeta uma população grande ⁶ .
Rastreio de contactos	Procedimento de investigação epidemiológica que consiste em três passos: 1.º Identificação de todas as pessoas (contactos) que estiveram potencialmente expostas a gotículas respiratórias ou secreções de um caso de COVID-19; 2.º Avaliação dos contactos com estratificação de risco, através da investigação e comunicação com os contactos identificados; 3.º Implementação de medidas, incluindo o isolamento profilático e a vigilância (seguimento e a monitorização regular dos contactos relativamente à sua sintomatologia) ⁷ .
Regulamento Sanitário Internacional	Acordo entre 196 países, incluindo todos os Estados Membros da OMS, para trabalharem conjuntamente pela segurança da saúde global ⁸ .
SARS-CoV-2	Nome abreviado do coronavírus que causa a doença COVID-19 e que significa <i>severe acute respiratory syndrome</i> (síndrome respiratória aguda grave) – coronavírus ⁹ .

¹ Norma 15/2020, da Direção-Geral da Saúde (DGS), de 24/07/2020. Versão da norma já não disponível *on-line*, face às posteriores atualizações publicadas.

² Norma 01/2020, da DGS, de 16/03/2020, revogada.

³ Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21, de 20 de setembro de 2020, da DGS.

⁴ DL n.º 82/2009, de 2 de abril, alterado pelo DL n.º 135/2013, de 4 de outubro. DL n.º 82/2009, de 2 de abril, alterado pelo DL n.º 135/2013, de 4 de outubro.

⁵ <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/>

⁶ "(...) *an epidemic occurring worldwide, or over a very wide area, crossing international boundaries and usually affecting a large number of people* (...)" Last JM, editor. A dictionary of epidemiology, 4th edition. New York: Oxford University Press; 2001.

"(...) *an outbreak of a disease that occurs over a wide geographic area (such as multiple countries or continents) and typically affects a significant proportion of the population* (...)" em <https://www.merriam-webster.com/dictionary/pandemic>.

⁷ ECDC em [Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union –second update, 8 April 2020](#).

⁸ Plano Nacional de Preparação e Resposta para a doença por novo coronavírus (COVID 19)

⁹ <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/>

Termo	Definição
Surto	É uma situação de doença com uma incidência superior à esperada numa região, comunidade ou local bem definido ¹⁰ .
Testes de diagnóstico	Por referência à sua finalidade clínica e de Saúde Pública, são os testes usados: i.) Em doentes com suspeita de COVID-19; ii.) Em contactos de alto risco com caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2/COVID-19 ¹¹ .
Testes de rastreio	Por referência à sua finalidade clínica e de Saúde Pública, são os testes usados para identificação da infeção em pessoas assintomáticas e sem contacto com caso confirmado, designadamente: i.) Em populações vulneráveis; ii.) Em unidades de saúde; iii.) Em contextos comunitários ou ocupacionais ¹² .
Testes laboratoriais para SARS-CoV-2:	<p>Testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN)</p> <p>São testes de deteção de componentes do vírus.</p> <p>Estes testes de biologia molecular permitem detetar o RNA (sigla inglesa que significa ácido ribonucleico) do vírus causador da COVID-19. São o método de referência (“<i>gold-standard</i>”) para o diagnóstico e rastreio da infeção por SARS-CoV-2 pelo maior grau de fiabilidade que apresentam face aos restantes.</p> <p>Incluem testes RT-PCR (sigla inglesa para <i>reverse transcription-polymerase chain reaction test</i>) convencional, em tempo real, e testes rápidos de amplificação de ácidos nucleicos.</p> <p>Devem ser realizados, preferencialmente, em amostras do trato respiratório superior ou inferior, embora também possam ser utilizadas amostras de saliva, nomeadamente em crianças e em situações de rastreio em contexto comunitário e/ou ocupacional.</p> <p>Testes rápidos de antigénio (TRAg)</p> <p>São testes de deteção de componentes do vírus, à semelhança dos TAAN, permitindo a deteção de proteínas, tais como proteínas da superfície do vírus.</p> <p>São testes de uso profissional, de proximidade (“<i>point-of-care</i>”), com sensibilidade analítica igual ou superior a 90% e especificidade analítica igual ou superior a 97% (comparativamente com os TAAN), com resultados obtidos após 15-30 minutos da sua realização.</p> <p>Devem ser utilizados nos primeiros 5 dias (inclusive) de doença de modo a diminuir a probabilidade de obtenção de resultados falso negativos e ser realizados em amostras do trato respiratório superior.</p> <p>Testes serológicos</p> <p>Detetam anticorpos produzidos pelo organismo como resposta à infeção pelo SARS-CoV-2¹³.</p>
Vigilância epidemiológica	Recolha sistemática, análise e interpretação de dados, com vista à sua comunicação atempada (interna e externa), nomeadamente aos decisores políticos e responsáveis pela prevenção e controlo de doenças ¹⁴ .

¹⁰ Norma 15/2020, da DGS, de 24/07/2020. Versão da norma já não disponível *on-line*, face às posteriores atualizações publicadas.

¹¹ [Norma 19/2020, da DGS, de 26/10/2020, atualizada a 23/02/2022.](#)

¹² Idem.

¹³ [Norma 19/2020, da DGS, de 26/10/2020, atualizada a 23/02/2022.](#)

¹⁴ [Plano Nacional de Preparação e Resposta para a doença por novo coronavírus \(COVID 19\)](#)

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro

Auditores-Chefes

Pedro Fonseca, até 31 de dezembro de 2022

Iva Maia, a partir de 1 de janeiro de 2023

EQUIPA TÉCNICA

Técnicas Verificadoras Superiores

Ana Carreiro

Iva Maia, até 31 de dezembro de 2022

Colaboração

Sónia Fernandes (Auditora), fase final de planeamento e fase de trabalho de campo

h

1. Introdução

1. Fundamento, objetivos e âmbito

1. Em cumprimento do programa de fiscalização da 2ª Secção do Tribunal de Contas (TdC), realizou-se uma auditoria de resultados relativa aos processos de testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia de COVID-19, definidos e operacionalizados por organismos do Ministério da Saúde¹⁵.
2. Esta auditoria teve como objetivos: (i) avaliar a operacionalização dos processos de testagem e rastreio de contactos; (ii) apreciar os resultados obtidos com a sua implementação; (iii) analisar o financiamento da despesa associada; e (iv) verificar se aqueles processos foram planeados e executados de acordo com as boas práticas e orientações internacionais.
3. O âmbito temporal da auditoria respeita ao período de março de 2020 a abril de 2022, tendo-se analisado os esforços de testagem e rastreio de contactos desenvolvidos neste período, enquanto estratégias cruciais para o controlo da doença. Inicialmente no contexto de inexistência de uma vacina e, a partir de final de dezembro de 2020, já com a implementação da campanha de vacinação contra a COVID-19, abrangendo as cinco vagas da doença registadas em Portugal, cujos picos ocorreram em: (i) final de março de 2020; (ii) final de novembro do mesmo ano; (iii) janeiro de 2021; (iv) julho desse ano; e (v) janeiro de 2022.

2. Síntese metodológica

4. A auditoria foi realizada de acordo com os métodos e técnicas constantes do Manual de Auditoria – Princípios Fundamentais e do Manual de Auditoria de Resultados do TdC, que acolhem as normas e orientações da *International Organization of Supreme Audit Institutions* (INTOSAI)¹⁶.
5. O desenvolvimento da ação foi apoiado, essencialmente, em informação recolhida junto das entidades responsáveis pelo desenho e implementação da estratégia nacional de testagem e de rastreio de contactos, o que incluiu um inquérito efetuado junto das autoridades de saúde pública regionais¹⁷, bem como das entidades centrais com funções de financiamento e de serviços partilhados do Ministério da Saúde.
6. Na execução dos trabalhos, foram adotados, preferencialmente, meios remotos de recolha de evidências, de forma a minimizar os constrangimentos operacionais que pudessem ser causados às entidades envolvidas, sem prejuízo de terem sido realizadas reuniões presenciais junto das autoridades de saúde pública regionais, no decurso do trabalho de campo.
7. Foram também consultados relatórios de outras instituições superiores de controlo e bases de dados internacionais.
8. A metodologia e os procedimentos adotados são sumariamente descritos no Anexo I – Metodologia.

3. Condicionantes e limitações

9. Durante o período de execução da auditoria, o facto das entidades auditadas terem permanecido na primeira linha de combate à pandemia provocada pelo SARS CoV-2, determinou a redução da extensão dos pedidos de informação e o ajustamento dos procedimentos adotados.
10. A identificação de inconsistências na informação disponibilizada, quer relativa ao universo de testes realizados e registados no sistema de informação de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), quer referente à atividade de rastreio de contactos desenvolvida, implicou

¹⁵ Aprovado pelo Plenário da 2ª secção em 03 de dezembro de 2020 - Resolução n.º 1/2020, da 2.ª Secção.

¹⁶ Nomeadamente a *GUID 3920: The Performance Auditing Process*.

¹⁷ Com o intuito de obter dados primários – vide 46) da *GUID 3920*.

um acréscimo do tempo necessário para a sua análise, dada a necessidade de obtenção de validações e esclarecimentos adicionais.

11. A inexistência, no sítio eletrónico da Direção-Geral da Saúde (DGS), de um repositório com o texto integral das versões revogadas e atualizadas das normas e orientações relativas à testagem e ao rastreio de contactos, dificultou a análise evolutiva das abordagens e medidas adotadas ao longo do tempo, num contexto epidemiológico e científico que determinou a sua constante adaptação e revisão.

4. Exercício do contraditório

12. Nos termos dos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, o relato da auditoria foi enviado às seguintes entidades e responsáveis:
 - Ministro da Saúde;
 - Jmila Bárbara Madeira e Madeira, Ex-Secretária de Estado Adjunta e da Saúde;
 - Diogo Luís Batalha Soeiro Serras Lopes, Ex-Secretário de Estado da Saúde;
 - Maria da Graça Gregório de Freitas, Ex-Diretora-Geral da Saúde;
 - Diretora-Geral da Saúde;
 - Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.
13. Todos os contraditados responderam, exceto a Administração Regional de Saúde do Norte e do Alentejo. As alegações apresentadas foram analisadas e reproduzidas nas partes tidas como relevantes nos pontos do Relatório a que respeitam, constando na íntegra em anexo, a fim de dar expressão plena ao princípio do contraditório.
14. O Ministro da Saúde, a Diretora-Geral da Saúde e a Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), expressaram a sua concordância com as recomendações que lhes foram dirigidas. Os Ex-Secretários de Estado da Saúde justificaram as decisões por eles tomadas no que concerne à fixação dos preços dos testes de diagnóstico da COVID-19. A Ex-Diretora-Geral da Saúde considerou como adequadas as conclusões e recomendações constantes do relato de auditoria. Os presidentes dos Conselhos Diretivos da Administração Regional de Saúde do Centro, IP, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP e da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, prestaram esclarecimentos acerca dos recursos usados no rastreio de contactos. O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP e o Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP, responderam ao contraditório sem tecerem comentários sobre o teor do relato que lhes foi remetido.
15. Na apreciação global às conclusões e recomendações da auditoria, o Ministro da Saúde, assinala “(...) *que são destacadas várias áreas de preocupação que merecem a melhor atenção da política de saúde deste Ministério*” e que “(...) *fica reforçada a já conhecida necessidade de promoção de respostas proativas mais ágeis e estruturadas (...)*”, bem como, “(...) *a necessidade de um célere aprimoramento dos sistemas de informação (...) que contribuam para melhorar a resposta e a resiliência do sistema.*”
16. Sobre as cinco recomendações que lhe foram dirigidas, o Ministro da Saúde manifestou a sua concordância com as mesmas e a intenção de as acolher.
17. No que respeita à recomendação relativa à necessidade de assegurar a resiliência do Sistema de Saúde, nas vertentes da prevenção da doença, do recrutamento e retenção de profissionais de saúde, da recolha e análise de dados, no reforço das cadeias logísticas de produtos médicos, na cooperação internacional

e na governança, o Ministro da Saúde informa que estão em curso várias ações que concorrem para lhe dar cumprimento.

18. Nesse sentido, destaca o reforço dos programas de educação e promoção da saúde, as negociações com as classes profissionais, a parceria com a SPMS para o reforço dos sistemas de informação da saúde e a aposta *“(...) no fortalecimento nas cadeias logísticas para garantir a disponibilidade contínua de produtos médicos essenciais (...)”*. Com exceção das negociações com as classes profissionais, que têm sido amplamente mediatizadas, não foram apresentadas evidências da concretização das restantes diligências.
19. Relativamente à necessidade de assegurar um melhor alinhamento estratégico em contextos pandémicos o Ministro da Saúde refere que *“Está pensada, em articulação com as diferentes áreas governativas, a criação de um quadro legal e regulatório flexível e robusto, que permita uma resposta rápida e eficaz em futuras situações pandémicas (...)”*.
20. As recomendações efetuadas para que a fixação de preços administrativos tenha subjacente uma adequada fundamentação, a despesa pública efetuada aquando da implementação de planos de contingência seja adequadamente evidenciada e especificada e as soluções de rastreio de proximidade digital sejam, em futuras situações de resposta a pandemias, acompanhados por um adequado plano de comunicação, mereceram, por parte do Ministro da Saúde, a garantia de que a atual equipa governativa se empenhará para que tais recomendações sejam atendidas.
21. Finalmente, o Ministro da Saúde expressa o seu apreço pelo trabalho desenvolvido nesta auditoria *“(...) que se revela um instrumento valioso no fortalecimento e na preparação das respostas a futuras emergências de saúde pública, bem como na melhoria da gestão de serviços de saúde em Portugal, particularmente em contextos de enorme incerteza e escassez de recursos.”*
22. A pronúncia dos Ex-Secretários de Estado da Saúde recaiu, como já referido, sobre o processo de formação dos preços dos testes diagnósticos da COVID-19 aplicados no mercado dos fornecedores da área de patologia clínica, na sequência da introdução de um novo regime excecional e temporário de alargamento das convenções que contemplasse o diagnóstico de doentes potencialmente infetados com esta doença.
23. No período em que exerceu funções, entre 26 de outubro de 2019 e 17 de setembro de 2020, a Ex-Secretária de Estado Adjunta e da Saúde foi responsável pela fixação inicial, a 26 de março de 2020, do preço dos testes TAAN em 87,95 €, de acordo com o custeio então apurado pelo INSA. Este preço, que deveria vigorar por um período inicial de três meses, renovável por períodos sucessivos de um mês, só veio a ser atualizado a 26 de setembro de 2020, para 65,00 €, por despacho do Secretário de Estado que, entretanto, lhe sucedeu.
24. Segundo as alegações apresentadas, a manutenção daquele preço fixado em março de 2020, apesar das propostas técnicas de revisão em baixa que lhe foram apresentadas, deveu-se essencialmente à necessidade de articulação com as associações representativas das entidades convencionadas, que se mostraram fortemente contrárias às reduções propostas, pelo que *“(...) foi sinalizado pelo INSA e ACSS que havia um risco significativo de muitos prestadores suspenderem a convenção com o SNS para a realização deste exame específico (...)”*.
25. Acrescentando *“Risco, que salvo melhor opinião, o interesse público não aconselhava correr sem que se tivesse alternativas, numa altura em que ainda era indispensável manter níveis elevados de testagem num período muito crítico da pandemia.”*
26. Já o Ex-Secretário da Saúde, que lhe sucedeu e que desempenhou funções entre 17 de setembro de 2020 e 30 de março de 2022, fundamenta as decisões tomadas sobre o preço dos testes e o facto de estas não terem acompanhado os preços técnicos propostos, com base num conjunto de fatores, de que se destacam: a *“(...) diferenciação de custos entre entidades públicas [...] e entidades convencionadas (...)*; a necessidade de analisar aquelas decisões de forma mais abrangente e integrada *“(...) do ponto de vista da estratégia global de combate à pandemia COVID-19 e não isoladamente (...)”*; e, ainda *“(...) a primazia da testagem como ferramenta de controlo da expansão da infeção por SARS-CoV-2 (...)”*.

27. Considera ainda que, face à significativa capilaridade das entidades convencionadas no território nacional, *“(...) as decisões sobre o preço dos testes TAAN e TRAG foram instrumentais para o aumento muitíssimo expressivo verificado na capacidade de testagem do país (...)”* e tomaram em conta a informação técnica *“(...) mas também, como não podia deixar de ser, o necessário incentivo ao investimento concretizado (...)”*.
28. Os argumentos apresentados nestas respostas devem ser considerados no contexto excecional que caracterizou a resposta pandémica emergente. Porém, em circunstâncias de normal funcionamento do sistema de saúde, a posição de monopsonio¹⁸ detida pelo Estado neste tipo de contratação na área da saúde pública deverá ser tida em consideração. Tal como o seu poder negocial podia ter sido exercido em benefício da obtenção de poupanças para os contribuintes, sem prejuízo da transparência necessária ao escrutínio das decisões públicas no confronto entre a satisfação das necessidades coletivas e os impactos financeiros que acarretam.
29. A Ex-Diretora-Geral da Saúde entendeu salientar *“(...)o carácter eminentemente técnico-normativo da ação da DGS em matéria de testagem e rastreio de contactos, em alinhamento com recomendações de organismos internacionais de referência como a OMS ou o ECDC, para que se procedesse de forma uniformizada a nível nacional.”*. Acrescenta ainda, a consciência do exercício de funções *“(...) com equipas e parceiros que serviram exemplarmente o País em período tão difícil, este facto em nada contraria que haja lugar a melhoria de procedimentos, como identificado no Relato do Tribunal de Contas, concretamente nas suas Conclusões e Recomendações.”*
30. A Diretora-Geral da Saúde, no contraditório apresentado, manifesta a *“(...) total concordância com as recomendações que nos foram dirigidas”*, tendo inclusive *“(...) emitido vários despachos favoráveis à sua implementação (...)”*, dando conta dos mesmos.
31. Assim, informa ter sido criado um grupo de trabalho, na dependência do Diretor de Serviços de Informação e Análise da DGS, para a análise dos aspetos estratégicos e operacionais que sustentaram os processos de testagem e rastreio de contactos na pandemia de COVID-19, com data fixada para apresentação de relatório final de 31 de julho de 2024. Foram, também, aprovados os termos de referência para a realização de estudo sobre a adesão da população portuguesa à utilização da solução de rastreio de proximidade digital implementada no âmbito da resposta à COVID-19, com data de entrega prevista para 15 de dezembro de 2024.
32. Na informação do Diretor de Serviços de Informação e Análise da DGS, com despacho concordante da Diretora-Geral da Saúde, de 5 de dezembro de 2023, é referido que relativamente à recomendação para elaboração de um estudo científico acerca do efetivo impacto das atividades de testagem e rastreio de contactos na quebra de cadeias de transmissão e no controlo da propagação da doença *“(...) já se procedeu ao contacto com parceiros académicos no sentido de desenvolverem este estudo (...)”*.
33. Refere, igualmente, que em 31 de outubro de 2023, foram implementadas, na plataforma do Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), as regras de validação definidas pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC¹⁹), procurando assim ir ao encontro da recomendação relativa à instituição de mecanismos que assegurem a coerência, fiabilidade e congruência dos dados de atividade recolhidos junto das autoridades de saúde pública locais e regionais. Acrescenta, ainda, que outras regras se encontram em análise e desenvolvimento pela SPMS, *“(...) aguardando a DGS a disponibilização das mesmas em ambiente de qualidade para validação e pedido para entrar em produção.”*
34. Já no que respeita à recomendação para que preveja e assegure a uniformização dos procedimentos associados à realização de inquéritos epidemiológicos, em futuros contextos pandémicos, e a ponderação da autonomização da atividade de rastreio de contactos, indica que *“(...) a pedido da DGS, a SPMS desenvolveu ferramentas de automatização da atividade de rastreio de contactos como o*

¹⁸ Monopsonio é o termo económico usado para descrever um mercado em que existe um único comprador. Pode ser visto como o equivalente, no lado da procura, ao monopólio, no lado da oferta. O poder de mercado do monopsonista permite-lhe exercer pressão no sentido da descida dos preços dos bens e serviços que adquire. O poder negocial exercido junto dos fornecedores permite a obtenção de condições de troca mais favoráveis. Adaptado de várias fontes.

¹⁹ Sigla do inglês *European Centre for Disease Prevention and Control*.

“Formulário de Apoio ao Inquérito Epidemiológico” (mais tarde “Formulário de Casos e Contactos), que permite, (...) a emissão automática de prescrição de testes e de declarações, entre as quais a “Declaração de Isolamento Profilático (...)”.

35. Informa, ainda, que no âmbito da recomendação para a instituição de mecanismos que promovam a qualidade dos dados críticos a recolher junto das autoridades de saúde locais e regionais, têm sido efetuadas reuniões técnicas entre as equipas da DGS e da SPMS, bem como, com os pontos focais para a vigilância em saúde pública, no sentido de serem desenvolvidas novas funcionalidades no SINAVE, e procederem à atualização do Manual do SINAVE.
36. As recomendações dirigidas aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, no sentido de, em futuras emergências de saúde pública, ser assegurada a capacitação da aplicação informática de suporte ao Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e de procederem ao desenvolvimento, a nível central, de soluções únicas que obviem à proliferação de soluções “à medida”, mereceram, por parte da Presidente do Conselho de Administração, a informação de que se encontra previsto o desenvolvimento de uma plataforma informática única que assegure a vigilância epidemiológica.
37. Mais refere, que esta solução, prevista no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), *“(…) irá integrar as funcionalidades atualmente dispersas no SINAVE e na aplicação Trace COVID-19 e irá assegurar a interoperabilidade com outros sistemas de informação relevantes.”*
38. Concomitantemente, informa que se encontra em análise, também no âmbito do PRR, a possibilidade de desenvolverem um *“... módulo de Business Intelligence de suporte à vigilância epidemiológica nacional, sendo que, a implementar, esta solução irá permitir a monitorização de doenças e apoiar as estratégias de prevenção e mitigação de riscos de saúde”.*
39. O vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no contraditório apresentado, reforça o papel da equipa regional do Departamento de Saúde Pública daquela administração no que concerne à responsabilidade pela coordenação da resposta das autoridades de saúde na Região e o respetivo apoio às equipas de Saúde Pública Locais.
40. Nesse sentido, é clarificado que o reforço das equipas de Saúde pública da ARSLVT *“(…) por meio de reafecção de profissionais das suas estruturas já de si carenciadas, corresponde a uma fase muito, muito inicial, uma vez que a ARSLVT (sede) desenvolveu várias estratégias para reforço de recursos humanos para as equipas de Saúde Pública.”.*
41. Acrescenta, ainda, que *“a contratação de técnicos superiores para rastreadores, que operavam na sede, sob orientação do Departamento de Saúde Pública da ARSLVT, (...) foi uma das principais estratégias de suporte à resposta das equipas de Saúde Pública da Região. Esta contratação atingiu o seu máximo com 140 técnicos contratados (em janeiro de 2022).”.*

II. Enquadramento

5. A testagem e rastreio de contactos como resposta à COVID-19

42. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como pandemia a doença COVID-19. Nesta declaração, e em posteriores comunicações, a OMS instou os países a adotarem medidas urgentes e assertivas de contenção da propagação da doença e de mitigação dos seus efeitos, apelando a um renovado enfoque na saúde pública, desenvolvendo e incrementando, em escala e em rapidez de resposta, as suas capacidades nas áreas da testagem e do diagnóstico, do isolamento e quarentena de casos confirmados e do rastreio de contactos, designadamente²⁰.

²⁰ [WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020](#), [COVID-19 Strategy Update](#), de 14/04/2020, que atualizou o [Strategic Preparedness and Response Plan \(SPRP\)](#), datado de 03 de fevereiro, traduzindo conhecimento adicional acumulado em acrescidas orientações e recomendações estratégicas para a resposta da saúde pública à COVID-19.

43. Estratégias de testagem robustas e suficiente capacidade de testagem constituíram aspetos essenciais na preparação e resposta à pandemia de COVID-19, por promoverem a deteção precoce de casos de infeção, a medição efetiva das taxas de positividade e de transmissão existentes nas comunidades e um mais eficaz rastreio de contactos, através do rápido isolamento de casos suspeitos e/ou considerados de risco²¹.
44. Tanto a OMS quanto o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC²²) publicaram diversas recomendações e orientações estratégicas, técnicas e operacionais, destinadas a auxiliar e suportar os governos nacionais e respetivas autoridades de saúde pública a desenhar e implementar estratégias de testagem e de rastreio de contactos eficazes e adequadas aos contextos específicos verificados nos diferentes países. Coube, no entanto, a cada país, definir as respetivas estratégias nacionais, adaptadas aos contextos locais, aos recursos disponíveis e às fases de evolução da pandemia.
45. Em abril de 2020, na fase inicial da resposta pandémica, a capacidade de testagem era limitada e o diagnóstico da doença assentava essencialmente em testes laboratoriais designados como Testes Moleculares de Amplificação de Ácidos Nucleicos (TAAN). A análise comparada dos critérios de testagem de categorias de pessoas sintomáticas, num universo de 41 países, reflete as diferenças então existentes (Gráfico 1): embora a maioria dos países analisados (39: 95,1%) testasse os indivíduos hospitalizados com sintomas de COVID-19, apenas 26 países (63,4%) testavam os contactos sintomáticos de casos confirmados e menos de um terço dos países (13) realizavam testes em indivíduos com sintomas leves ^{23 24}.

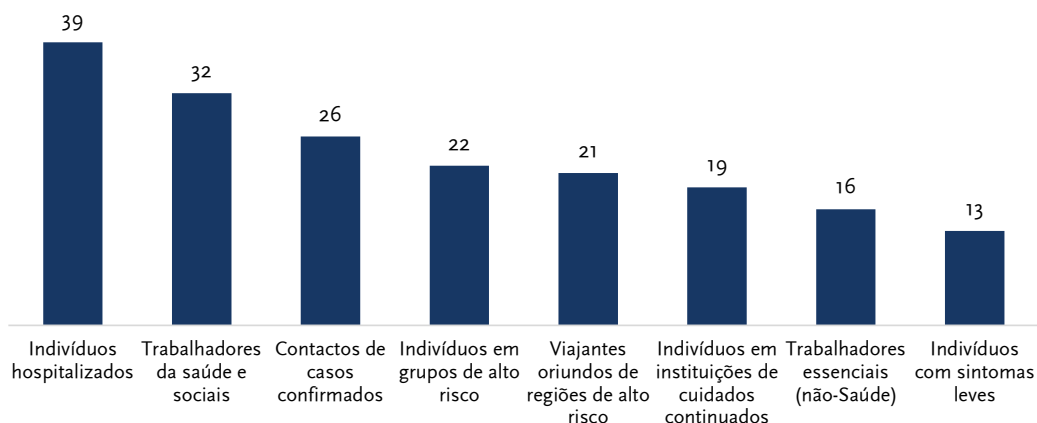
²¹ [European Commission \(EC\). Commission Recommendation of 28.10.2020 on COVID-19 testing strategies.](#)

²² Sigla do inglês *European Centre for Disease Prevention and Control*.

²³ Os Testes Moleculares de Amplificação de Ácidos Nucleicos (TAAN), foram definidos pela DGS como “o método de referência (“gold-standard”) para o diagnóstico e rastreio da infeção por SARS-CoV-2”, em linha com as orientações internacionais e incluíam testes RT-PCR convencional, em tempo real, e testes rápidos de amplificação de ácidos nucleicos. Cf. Norma 19/2020, de 26/10/2020, da DGS, sem publicação eletrónica.

²⁴ A designação correta dos testes para a COVID-19 vulgarmente conhecidos por testes “PCR” (sigla inglesa para *polymerase chain reaction*) é a de Testes Moleculares de Amplificação de Ácidos Nucleicos (TAAN) do tipo RT-PCR. Constituíram os métodos de referência para o diagnóstico e rastreio da COVID-19. Detetavam a presença do ácido nucleico (RNA) do vírus SARS-CoV-2 (vírus responsável pela doença COVID-19), sendo o método mais específico e sensível para o diagnóstico da doença. (Em <https://covid.cedoc.unl.pt/2021/11/10/o-que-sao-testes-pcr/>).

Gráfico 1 -Categorias sintomáticas testadas a nível nacional, em 41 países (abril de 2020)



Fonte: [How do COVID-19 testing criteria differ across countries? 15 April 2020, cross-country analyses²⁵](#).

Notas: 1. Número de países por categoria sintomática. 2. Os 41 países a que se refere a análise integram a região europeia da OMS (*WHO European Region*), onde se inclui Portugal e que abrange um total de 53 países (podem ser consultados em <https://www.who.int/europe/home?v=welcome>). Os Países Baixos, França, Itália, Reino Unido e Chipre são alguns dos países referenciados nesta análise.

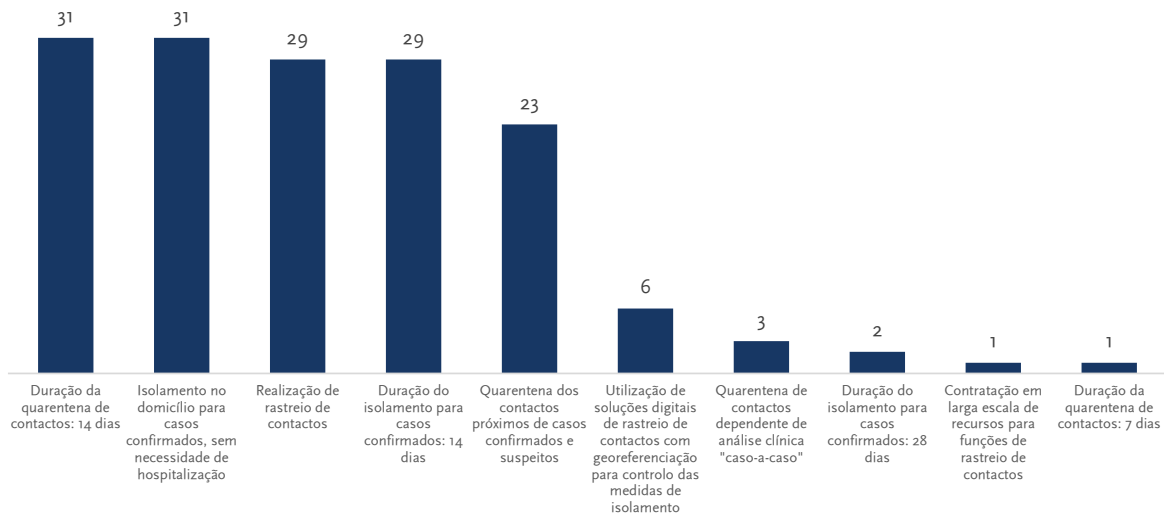
46. A dinâmica evolutiva da pandemia e o desenvolvimento e disponibilidade das tecnologias de testagem e de diagnóstico da doença, a par com o reforço significativo das capacidades instaladas de testagem, ditariam a evolução ao longo do tempo das estratégias adotadas. Estas evoluíram no sentido do progressivo alargamento do universo de indivíduos a testar, conducente a abordagens de testagem em larga escala, tanto de indivíduos sintomáticos, quanto assintomáticos e, ainda, da testagem em contextos específicos, em linha com as principais recomendações internacionais sobre esta matéria.
47. Já uma análise sumária às políticas de isolamento e de quarentena para casos confirmados e contactos de casos confirmados, realizada em maio de 2020, demonstrava razoável uniformidade de atuação entre países: (i) indivíduos com sintomas leves faziam auto-isolamento no domicílio; (ii) os contactos próximos dos casos confirmados estavam sujeitos a quarentena de 14 dias; e (iii) a vigilância epidemiológica para rastreio de contactos ocorria, geralmente, através de contacto telefónico, pese embora com tendência para um recurso crescente a aplicações informáticas de suporte²⁶. (Vide Gráfico 2)
48. Nos meses iniciais da pandemia, as regras de isolamento e de quarentena foram, de forma geral, aplicadas com recurso ao estabelecimento de multas pecuniárias e de procedimentos criminais em caso de incumprimento, e, no caso português, assente na articulação e partilha de informação relevante entre as autoridades de saúde pública e as forças policiais²⁷.

²⁵ Karanikolos, M., Rajan, S., & Rechel, B. (2020). How do COVID-19 testing criteria differ across countries. Health System Response Monitor. European Observatory on Health Systems and Policies. [Health System Response Monitor \(HSRM\), European Observatory on Health Systems and Policies](#).

²⁶ A análise referida abrangeu um universo de 31 países da Região Europeia da OMS e usa dados até 13 de maio de 2020, disponíveis na plataforma [COVID-19 Health Systems Response Monitor \(HSRM\)](#).

²⁷ [How do measures for isolation, quarantine, and contact tracing differ among countries? 19 May 2020, Cross-country analysis](#)

Gráfico 2 - Medidas de isolamento e quarentena adotadas a nível nacional, em 31 países (maio de 2020)



Fonte: [How do measures for isolation, quarantine, and contact tracing differ among countries? 19 May 2020, Cross-country analysis.](#)²⁸

Notas: **1.** Número de países por medida de isolamento. **2.** Análise comparativa de 31 países que integram a região europeia da OMS (*WHO European Region*), onde se inclui Portugal e que abrange um total de 53 países. Alguns dos países mencionados na análise são: Albânia, Bielorrússia, Bulgária, Chipre, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, os Países Baixos, Polónia, Portugal, Espanha e Reino Unido. **3.** Relativamente à contratação, em larga escala de recursos humanos para funções de rastreio de contactos, o país identificado é o Reino Unido que, à data da análise, previa a contratação de 18.000 pessoas para a implementação da sua estratégia de rastreio de contactos.

49. Por fim, no que concerne ao rastreio de contactos, a análise comparada das práticas adotadas no contexto europeu, aquando do desenho e implementação das primeiras respostas, permitiu concluir que a maioria dos países implementou estratégias a esse nível, embora com distintos modelos de coordenação (centralizados, descentralizados ou híbridos), que exigiram a afetação de recursos adicionais, designadamente para reforço e constituição de equipas de rastreadores e o desenvolvimento de aplicações informáticas de suporte às atividades de rastreio²⁹.
50. Também a este nível as estratégias adotadas acompanharam e foram sendo ajustadas, genericamente, à evolução da pandemia, condicionadas pelos recursos disponíveis, pelo contexto epidemiológico específico de cada país e guiadas pelas boas práticas e recomendações internacionais emanadas por entidades como a OMS, o ECDC e a Comissão Europeia (CE).

6. O papel das Instituições Superiores de Controlo (ISC)

51. No contexto da emergência de saúde pública sem precedentes provocada pela COVID-19, o papel das ISC surgiu reconhecido como crucial no suporte aos mecanismos de resposta implementados pelos diferentes governos, promovendo a manutenção da disciplina na gestão das finanças públicas e assegurando a transparência e *accountability* relacionada com muitos dos processos críticos de resposta à pandemia³⁰.
52. Na mesma linha, também a INTOSAI destacou o papel pertinente que as ISC podiam assumir nas diferentes fases da resposta pandémica, identificando a importância, entre outras, das auditorias de desempenho a realizar nas fases pós-emergência, sobre áreas fulcrais como os planos e sistemas de

²⁸ Scarpetti, G., Webb, E., Hernández-Quevedo, C. (2020). How do measures for isolation, quarantine, and contact tracing differ among countries? [Health System Response Monitor \(HSRM\), European Observatory on Health Systems and Policies.](#)

²⁹ Hernández-Quevedo, C., Scarpetti, G., & Webb, E. (2020). How do countries structure contact tracing operations and what is the rôle of apps. The Health System Response Monitor. Covid-19.

Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hprm/analyses/hprm/how-do-countries-structure-contact-tracing-operations-and-what-is-the-role-of-apps/>

³⁰ COVID-19 Role of Supreme Audit Institutions (SAIs) in Governments' Response to COVID-19: Emergency and Post Emergency Phases (English). Washington, D.C.: World Bank.

preparação e de resposta a crises, o setor da saúde e a eficiência e efetividade das iniciativas de recuperação de capacidade e atividade ou, ainda, a qualidade e equidade da provisão de respostas sociais de emergência³¹.

53. Considerando os resultados globais produzidos pelas ISC sobre as estratégias de testagem e de rastreio de contactos no contexto da COVID-19 nos respetivos países, apresenta-se, de seguida, uma síntese das ações de controlo desenvolvidas no Reino Unido, em França e nos Países Baixos pelas respetivas ISC, o *National Audit Office* (NAO) do Reino Unido, a *Cour des Comptes* (Tribunal de Contas francês) e o *Algemene Rekenkamer* (ISC dos Países Baixos).

6.1. *National Audit Office (NAO): Reino Unido*

54. O NAO produziu dois relatórios acerca da implementação da estratégia de testagem e de rastreio de contactos em Inglaterra. O primeiro, publicado em dezembro de 2020, abrangeu o período de maio a outubro desse ano e o segundo, de junho de 2021, considerou o período subsequente de novembro de 2020 a abril de 2021.
55. O relatório inicial analisou os objetivos, financiamento e desempenho da abordagem definida, com enfoque no seu desenvolvimento e operacionalização iniciais e no reforço de capacidade instalada ao longo do período analisado, concluindo e recomendando o seguinte:
- O serviço nacional de saúde inglês foi capaz de reforçar de forma rápida a sua capacidade de testagem e de rastreio, sobretudo através da criação de novas infraestruturas;
 - Contudo, não foi capaz de utilizar plenamente a capacidade de testagem desenvolvida, testando menos pessoas do que aquela permitia e não conseguindo rastrear os contactos dos casos confirmados de forma suficientemente rápida;
 - Considerando a testagem e rastreio fulcrais na resposta pandémica, recomendou a melhoria do desempenho da estratégia implementada, por forma a incrementar os seus contributos para o controlo da disseminação da doença, nomeadamente através de um efetivo envolvimento com a população e integração com as autoridades locais³².
56. No relatório de seguimento, as principais conclusões e recomendações relativas ao desempenho e efetividade da estratégia de testagem e rastreio de contactos destacaram os seguintes aspetos³³:
- A superação do objetivo de rastrear 80% de todos os contactos de casos confirmados, alcançando 85% daquele universo e diminuindo os tempos associados para testagem destes contactos;
 - O peso cada vez menor dos testes do tipo PCR no total de testes realizados criou dúvidas quanto à eficiência e eficácia do sistema de testagem e o programa nacional, lançado em novembro de 2020, para a testagem de pessoas assintomáticas não teve a adesão esperada;
 - A inexistência de metas definidas para a promoção e incentivo de comportamentos determinantes para o sucesso da estratégia implementada, em particular, a testagem sintomática, a adesão à testagem assintomática, na ausência de sintomas e o cumprimento das regras de autoisolamento;
 - Apesar das melhorias introduzidas no reporte de dados entre autoridade centrais e autoridades locais, persistiram falhas no reporte dessa informação, dificultando o trabalho das autoridades locais no combate aos surtos ocorridos e na testagem massiva da população.

³¹ [INTOSAI Development Initiative. \(2020\). Covid-19 implications for SAI strategic management—Guidance note for Supreme Audit Institutions. Oslo: IDI.](#)

³² [The government's approach to test and trace in England – interim report - National Audit Office \(NAO\), 11 Dec 2020.](#)

³³ [Test and trace in England – progress update - National Audit Office \(NAO\), 25 Jun 2021.](#)

6.2. *Cour des Comptes: França*

57. O Tribunal de Contas francês produziu, em dezembro de 2022, um relatório dedicado à eficácia da estratégia de rastreio de contactos na prevenção e controlo da doença, que incidiu sobre os anos de 2020 e 2021, no qual concluiu³⁴:
- Pelo papel secundário que aquela estratégia adquiriu, face à operacionalização da estratégia nacional de vacinação, enquanto instrumento preventivo e de controlo da disseminação da doença;
 - Não obstante a intervenção inédita e muito significativa do sistema de seguro de saúde público em vigor em França (*Assurance Maladie*) no domínio da saúde pública (desenvolvimento de novo sistema de informação, criação de plataformas institucionais de rastreadores e a contratação de milhares de recursos adicionais), com uma despesa global estimada superior a 600 milhões de euros, apenas foi possível rastrear uma pequena parte dos contactos dos casos positivos registados;
 - Como tal, esta ISC recomendou a realização de um estudo científico acerca do efetivo impacto da atividade de rastreio de contactos na quebra de cadeias de transmissão, que possa suportar o desenvolvimento de um mais eficaz instrumento de resposta a crises, em situações epidémicas/pandémicas semelhantes.

6.3. *Algemene Rekenkamer: Países Baixos*

58. No relatório publicado em setembro de 2020, esta ISC analisou a capacidade de testagem durante aquela que identificaram como a primeira vaga da pandemia, e em antecipação da segunda vaga que estimavam fosse surgir no outono desse ano. A análise desenvolvida produziu as seguintes conclusões:
- O fornecimento dos laboratórios nacionais com os equipamentos e materiais necessários à testagem foi condicionada pelo forte incremento da sua procura internacional, a que acresceram restrições ao nível do transporte de mercadorias;
 - À data de início da pandemia, a Tutela da saúde não conhecia a capacidade de testagem dos laboratórios, os sistemas de testagem usados e os equipamentos existentes e em falta;
 - A nível local, não existia capacidade financeira e de recursos capaz de responder ao rápido crescimento da procura de testes e das exigências ao nível da atividade de rastreio de contactos;
 - Adicionalmente, a falta de materiais necessários à recolha de amostras (*e.g.*, zaragatoas), era suficiente para constranger a testagem, não obstante a capacidade laboratorial para a sua realização;
 - O número de testes realizados ficou aquém da capacidade de testagem existente, na medida em que a estratégia nacional não considerou as diferenças regionais ao nível da procura e da oferta de testes³⁵.

7. O Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE)

59. No ano de 2009 foi criado em Portugal o Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), instituindo-se um sistema de vigilância em saúde pública direcionado para a identificação de situações de risco, para a recolha, atualização, análise e divulgação dos dados relativos a doenças

³⁴ [Audit Flash Tracer les contacts des personnes contaminées par la COVID 19: une forte implication de l'assurance maladie, une efficacité incertaine, Exercices 2020-2021 - actualisation à septembre 2022, Cour des comptes.](#)

³⁵ [Corona testing. What happened in the spring | Report | Netherlands Court of Audit \(rekenkamer.nl\).](#) Relatório integral (disponível apenas em neerlandês) em: [Testen op Corona | Rapport | Algemene Rekenkamer.](#)

transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como para a preparação de planos de contingência face a situações de emergência ou de calamidade pública, ou equiparáveis³⁶.

60. A operacionalização do SINAVE passou, assim, pelo desenvolvimento de uma plataforma informática de suporte àquele sistema (doravante designada apenas como “SINAVE”, designação que lhe é comumente atribuída), visando a comunicação e notificação eletrónica, em tempo real, entre médicos das instituições de saúde públicas, privadas e do setor social, unidades de saúde pública (integradas nos agrupamentos de centros de saúde ou ACES) e autoridades de saúde, a desmaterialização do processo da notificação obrigatória das doenças transmissíveis e a conciliação da vigilância clínica e laboratorial³⁷.
61. A notificação do “caso” é a base na qual assenta a rede de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis de notificação obrigatória, despoletando a emissão, por meios automatizados, de um alerta no SINAVE e a investigação epidemiológica por parte das unidades de saúde públicas (autoridades de saúde locais).
62. A investigação epidemiológica é um processo interativo, que envolve a articulação com outras entidades (*e.g.*, instituições de saúde, laboratórios, escolas e empresas) e que tem como objetivo apurar o grau de gravidade da doença e a sua forma de transmissão. Estes são, geralmente, os dois fatores que condicionam a urgência da investigação epidemiológica e a implementação de medidas de controlo.
63. Ao Diretor-Geral da Saúde foi atribuída a responsabilidade pela determinação dos métodos de vigilância epidemiológica das doenças, os critérios de seleção dessas doenças e a natureza e o tipo de dados a recolher e transmitir. Aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS) coube a afetação dos meios técnicos e humanos para o desenvolvimento e funcionamento da aplicação informática de suporte ao SINAVE, no âmbito das suas atribuições.
64. O SINAVE revelou-se crucial na vigilância epidemiológica no âmbito da COVID-19, agregando e integrando a notificação de casos, a nível nacional, quer por via clínica, quer por via laboratorial ou ainda, através das autoridades de saúde pública, em estreita ligação com o acompanhamento e análise da atividade laboratorial ao nível da testagem e alavancando as atividades de rastreio de contactos^{38 39}.

³⁶ A instituição deste sistema de vigilância em saúde pública, previsto na [Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto](#), pressupôs a criação: (i) de uma rede de vigilância epidemiológica de âmbito nacional (a abranger os serviços de saúde pública, os laboratórios, as autoridades de saúde e outras entidades dos setores público, privado e social, que desenvolvessem atividades em saúde pública); (ii) de uma rede integrada de informação e de comunicação, ligando os membros da rede e estabelecendo formas determinadas de recolha de informação; e (iii) de um sistema de informação nacional de vigilância epidemiológica, capaz de assegurar a recolha, tratamento e análise da informação relevante, fornecida pelos membros da rede, de modo sistemático e centralizado.

³⁷ Cronologia relevante:

- Em 2013, é publicado o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, onde se dispõe, entre outras matérias, a metodologia de introdução de dados na aplicação informática de suporte ao SINAVE ([Portaria n.º 248/2013, de 5 de agosto, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde](#));
- A partir de 1 de janeiro de 2015, por despacho da DGS, a utilização da aplicação informática de suporte ao SINAVE passou a ser obrigatória ([Despacho n.º 5855/2104, de 21 de abril, do Diretor-Geral da Saúde](#));
- A partir de 1 de janeiro de 2017, tornou-se também obrigatória a notificação laboratorial dos casos de doenças transmissíveis de notificação obrigatória, passando os laboratórios do setor público e privado a integrar a rede de vigilância de saúde pública.

³⁸ Compete ao Diretor-Geral da Saúde garantir o funcionamento eficaz da rede de vigilância epidemiológica e a uniformidade da informação associada, determinando, entre outros: os métodos de vigilância epidemiológica e microbiológica; as doenças transmissíveis e outros riscos que devem ser abrangidos pela rede de informação e comunicação; os critérios de seleção dessas doenças; a definição de casos, especialmente das características clínicas e microbiológicas; a natureza e tipo de dados e informações a recolher e transmitir pelas entidades ou autoridades integradas na rede, cf. estabelecido no artigo 9.º da [Lei n.º 81/2009, de 21/08/2009](#).

³⁹ A integração da vigilância clínica e laboratorial é assegurada pelos módulos SINAVEMed (na vertente clínica) e SINAVELab (na vertente laboratorial), respetivamente, que integram a solução informática desenvolvida para suporte ao SINAVE.

III. Observações de auditoria

8. A operacionalização dos processos de testagem e rastreio de contactos

65. À data da declaração de pandemia da doença COVID-19, não existia um plano de ação nacional de contingência para situação epidémica ou pandémica, dissociado de um vírus específico. Até então, o trabalho mais substantivo que havia sido desenvolvido respeitava ao plano de contingência nacional para a pandemia da gripe, elaborado em 2005 e revisto em 2007. Não obstante, este permitiu o desenvolvimento de um referencial de boas práticas na preparação da resposta contingencial em diferentes contextos de doenças, no qual se alicerçou, entre final de 2019 e início de 2020, a resposta inicial à doença provocada pelo “novo coronavírus”⁴⁰.
66. A emergência pandémica determinou a elaboração pela DGS, em março de 2020, de um plano de contingência para preparação e resposta à doença COVID-19 – o “Plano Nacional de Preparação e Resposta para a doença por novo coronavírus (COVID 19)”. Este teve como finalidade descrever as orientações estratégicas necessárias ao setor da saúde face à ameaça em saúde pública então enfrentada, com o desenho de níveis de alerta e de resposta a implementar, a identificação de lideranças nacionais, regionais e locais e a definição de níveis de articulação entre os diferentes intervenientes na resposta pandémica⁴¹.
67. Assumido pela DGS como um plano generalista e elaborado num contexto de elevada incerteza, este plano de contingência foi posteriormente sendo complementado através da produção de normas e de orientações específicas, que explicitaram princípios estratégicos e que definiram as condições, conceitos e critérios técnicos, clínicos e outros, para a sua operacionalização e tradução em ações concretas. No contexto dos processos de testagem e rastreio de contactos assumiram particular relevância as normas específicas produzidas pela DGS, em especial: (i) a Norma 15/2020, referente ao rastreio de contactos, de 24 de julho de 2020; e (ii) a Norma 19/2020, relativa à “estratégia nacional de testes para SARS-CoV-2”, datada de 26 de outubro do mesmo ano.
68. A evolução epidemiológica e a evidência científica acerca da doença COVID-19 determinaram sucessivas atualizações destas duas normas ao longo da pandemia, que apenas seriam revogadas no final de 2022⁴².
69. Nos próximos pontos analisam-se as seguintes questões relacionadas com a operacionalização dos processos de testagem e rastreio de contactos: (i) princípios orientadores da estratégia adotada; (ii) no contexto da testagem, os critérios adotados, a capacidade laboratorial, a introdução dos testes rápidos de antigénio, o processo de formação dos preços dos testes e a política de comparticipação adotada; (iii) de seguida, analisa-se a vertente do rastreio de contactos, com enfoque nos seus aspetos operacionais e de monitorização e reporte da atividade desenvolvida. Conclui-se, abordando: (iv) os sistemas de informação de suporte à atividade de testagem e rastreio; e (v) alguns dos seus instrumentos de monitorização e de acompanhamento.

8.1. Princípios estratégicos

70. A estratégia nacional de testagem e rastreio de contactos caracterizou-se pela sua dinâmica evolutiva, sendo determinada por fatores como a capacidade laboratorial existente, a evolução das tecnologias de testagem, o contexto epidemiológico específico nas diferentes fases pandémicas e os desenvolvimentos no conhecimento científico acerca da doença. Adicionalmente, a sua operacionalização oportuna e em escala foi também condicionada pela capacidade de libertação de meios humanos, técnicos e outros.

⁴⁰ Segundo informação da DGS, o desenvolvimento do plano de contingência nacional para a pandemia da gripe terá contribuído e/ou terá estado na génese, entre outros, da criação de uma rede de referência de hospitais para doenças infecciosas e da listagem sistematizada de laboratórios de referência, a nível nacional.

⁴¹ [Plano Nacional de Preparação e Resposta para a doença por novo coronavírus \(COVID 19\)](#), de março de 2020 (data de publicação no sítio eletrónico do INSA).

⁴² Cf. [Norma 13/2022, de 28/11/2022](#), da DGS, que revogou as Normas 04/2020, 15/2020 e 19/2020.

71. As abordagens adotadas acompanharam e incorporaram as principais orientações e recomendações internacionais produzidas tanto pela OMS, quanto pelo ECDC e pela CE.
72. Na fase inicial da resposta pandémica, a estratégia adotada, formalizada em final de julho de 2020, alicerçou-se nos princípios "Test-Track-Trace", operacionalizados a três níveis: (i) deteção precoce de casos através da testagem, dirigida a pessoas sintomáticas e contactos de casos confirmados; (ii) seguimento clínico dos casos confirmados, tanto em ambulatório, quanto em meio hospitalar; e (iii) identificação e vigilância dos contactos dos casos confirmados^{43 44}.
73. A partir de setembro de 2020, é adicionado um quarto princípio, relativo ao isolamento atempado e adequado de todos os casos confirmados e seus contactos, consubstanciando o que se designou como uma abordagem do tipo "Test-Track-Trace-Isolate"^{45 46}.
74. Por fim, em abril de 2021, formaliza-se a transição para os princípios "Find-Test-Trace-Isolate-Support"⁴⁷, traduzindo objetivos de intensificação dos testes de rastreio, através do alargamento e operacionalização da testagem a pessoas assintomáticas e sem exposição à COVID-19, e de um maior apoio dos casos e contactos durante o período de isolamento⁴⁸.
75. A operacionalização das opções estratégicas elencadas abrangeu, na vertente da testagem, a generalidade das entidades do sistema de saúde e, na vertente do rastreio de contactos, implicou de forma particularmente exigente os departamentos de saúde pública, em funcionamento junto das administrações regionais de saúde, e as respetivas unidades de saúde pública.

8.2. Testagem

8.2.1. Capacidade laboratorial

▪ Levantamento da capacidade instalada

76. De acordo com o levantamento da capacidade instalada para diagnóstico do vírus SARS-CoV-2 feito pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) em junho de 2020, nos primeiros 3 meses de pandemia, entre 1 de março e 1 de junho de 2020, a capacidade máxima de produção ao nível da testagem situava-se nos 28.981 testes diários (12.154 testes realizados no setor público, 10.450 testes realizados no setor privado e 6.377 testes realizados em unidades ligadas a entidades de natureza académica e outras).
77. De acordo com a análise desenvolvida por aquele Instituto, a duplicação da capacidade de produção máxima dos laboratórios do setor público, passando para 24.530 testes por dia, exigiria um investimento na ordem dos 46,6 M€, sendo que destes, 3,2 M€ seriam destinados a equipamentos e 5,2 M€ ao reforço das infraestruturas laboratoriais⁴⁹.

⁴³ "Test-Track-Trace", ou seja, "Testar, Acompanhar ou Seguir e Rastrear". Para adicional detalhe acerca da estratégia e princípios adotados *vide* Anexo IV – Estratégia e princípios adotados.

⁴⁴ Norma 015/2020, da DGS, relativa ao rastreio de contactos, de 24/07/2020, revogada, sem publicação eletrónica.

⁴⁵ Testar, Acompanhar ou Seguir, Rastrear e Isolar.

⁴⁶ [Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21](#), de 21/09/2020, e Norma 019/2020, da DGS, referente à Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, de 26/10/2020, revogada, sem publicação eletrónica.

⁴⁷ Procurar, Testar, Seguir ou Acompanhar, Isolar e Apoiar.

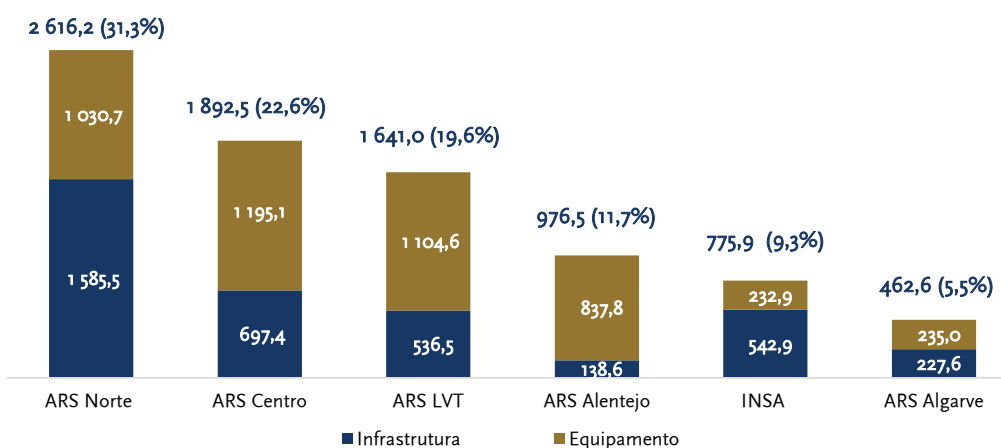
⁴⁸ [Plano de Promoção da Operacionalização da Estratégia de Testagem em Portugal_SARS_CoV-2](#), de 19/04/2021.

⁴⁹ A estimativa do financiamento necessário para a duplicação do número de testes a realizar nos laboratórios do setor público engloba a Região Autónoma da Madeira e a Região Autónoma dos Açores. O aumento da produção resulta do esforço dos laboratórios dos hospitais que já efetuavam testes de diagnóstico à COVID-19 e da adesão de novos laboratórios hospitalares. Para além do investimento em infraestruturas e equipamento também foi apurada a necessidade de financiamento em 3,2 M€ para recursos humanos (para um período de 12 meses) e 35 M€ em reagentes (para um período de 6 meses) - cf. Memorando da Expansão da Capacidade Laboratorial – Pandemia de SARS-CoV-2, INSA, de 03/06/2020, sem publicação eletrónica.

▪ *Expansão da capacidade laboratorial*

78. À semelhança da maioria dos países europeus, Portugal adotou medidas no sentido da expansão da sua capacidade de testagem e de diagnóstico da COVID-19. Em alinhamento com as orientações da OMS, a DGS estabeleceu, em março de 2020, que a deteção laboratorial de referência do SARS-CoV-2 seria feita por teste molecular de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN do tipo PCR em tempo real), a ser aplicado nas circunstâncias e de acordo com os critérios por ela então definidos, nas normas e orientações relativas à testagem e ao diagnóstico da COVID-19⁵⁰.
79. Os laboratórios referenciados para realização deste diagnóstico incluíam laboratórios hospitalares, laboratórios privados, laboratórios de universidades e centros de investigação e outros laboratórios habilitados para o efeito, com destaque para o papel desempenhado pelo INSA, que, enquanto laboratório de referência nacional, foi responsável por avaliar a aptidão dos laboratórios portugueses para a realização de testes moleculares do tipo TAAN, para diagnóstico da COVID-19⁵².
80. Face ao contexto pandémico, o Ministério da Saúde definiu como estratégico o reforço da capacidade nacional de diagnóstico para o SARS-CoV-2, nos hospitais e laboratórios do SNS. Para tal aprovou, em agosto de 2020, um plano de expansão da referida rede laboratorial, visando suprir as necessidades identificadas de investimento em equipamentos e infraestruturas, e cuja operacionalização seria promovida através da criação de um programa de financiamento específico, no montante de 8,4 M€. No final de 2020, 80,9% do investimento aprovado já se encontrava executado e no final de 2021 a execução era de cerca de 93,5%⁵⁴.

Gráfico 3 – Afetação do financiamento por entidade e tipo de investimento



Fonte: INSA.

Nota: Valores em milhares de euros.

⁵⁰ No que respeita à expansão da capacidade laboratorial e à avaliação de necessidades: [ECDC rapid assessment of laboratory practices and needs related to COVID-19](#), ECDC technical report, 18 January 2021.

⁵¹ No que respeita à utilização de testes TAAN: [Laboratory testing of 2019 novel coronavirus \(2019-nCoV\) in suspected human cases: interim guidance, 17 January 2020 \(who.int\)](#).

⁵² Exemplos de alguns destes laboratórios são o Laboratório de Bromatologia do Exército e o Serviço de Patologia Clínica – Hospital das Forças Armadas/Polo Lisboa, ambos do Ministério da Defesa Nacional, o Instituto Nacional de Investigação Agrária e Veterinária (INIAV), do Ministério da Agricultura e o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, do Ministério da Justiça.

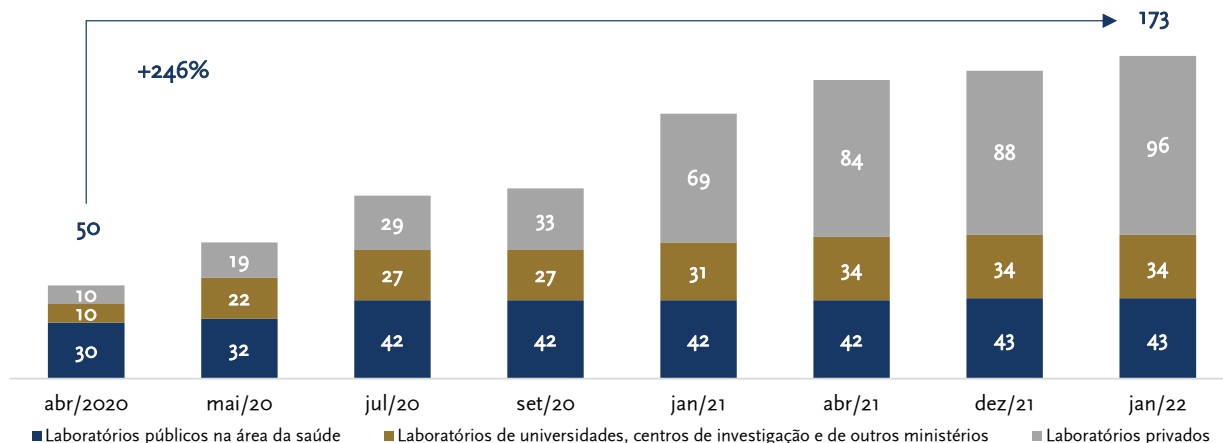
⁵³ A avaliação do INSA baseou-se na aferição da real capacidade de diagnóstico com base nas amostras remetidas pelos laboratórios, sendo estes aceites quando atingissem 100% da qualidade da metodologia associada aos testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN), do tipo RT-PCR convencional em tempo real.

⁵⁴ Ao abrigo do Despacho n.º 7057/2020, de 10/07/2020, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, e da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2020, de 06/06/2020, foi apresentado um Plano de Expansão da Capacidade Laboratorial coordenado pelo INSA, em articulação com as administrações regionais de saúde e os hospitais/laboratórios do SNS que realizavam diagnóstico COVID-19. Este plano viria a ser aprovado pelo Secretário de Estado da Saúde, em 10 de agosto de 2020. A criação do respetivo programa de financiamento seria autorizada por despacho da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, de 21 de agosto de 2020, com competência técnico-científica do INSA e responsabilidade financeira da ACSS.

⁵⁵ [Circular Informativa Conjunta N.º 16, de 21/08/2020](#) e [Circular Informativa Conjunta N.º 18, de 04/11/2020](#)

81. Não obstante esta aposta no reforço laboratorial do SNS, foi o crescimento do número de laboratórios privados considerados aptos para o diagnóstico da COVID-19 que mais contribuiu para o alargamento da rede laboratorial de diagnóstico para o SARS-CoV-2, entre 2020 e 2022.

Gráfico 4 – Expansão da capacidade laboratorial de diagnóstico da COVID-19 (nº de laboratórios*): entre abril de 2020 e janeiro de 2022



Fonte: INSA. * N° de laboratórios da Rede Portuguesa de Laboratórios para Diagnóstico do SARS-CoV-2.

82. A expansão da capacidade laboratorial de diagnóstico da COVID-19 mais do que triplicou entre abril de 2020 e janeiro de 2022 (+246,0%), com o número de laboratórios da Rede Portuguesa de Laboratórios para Diagnóstico do SARS-CoV-2 a passar de 50 para 173, naquele período, largamente alavancada pelo acréscimo de laboratórios do setor privado integrados na rede (+86 laboratórios), que representavam já mais de metade da capacidade existente, a janeiro de 2022 (55%).

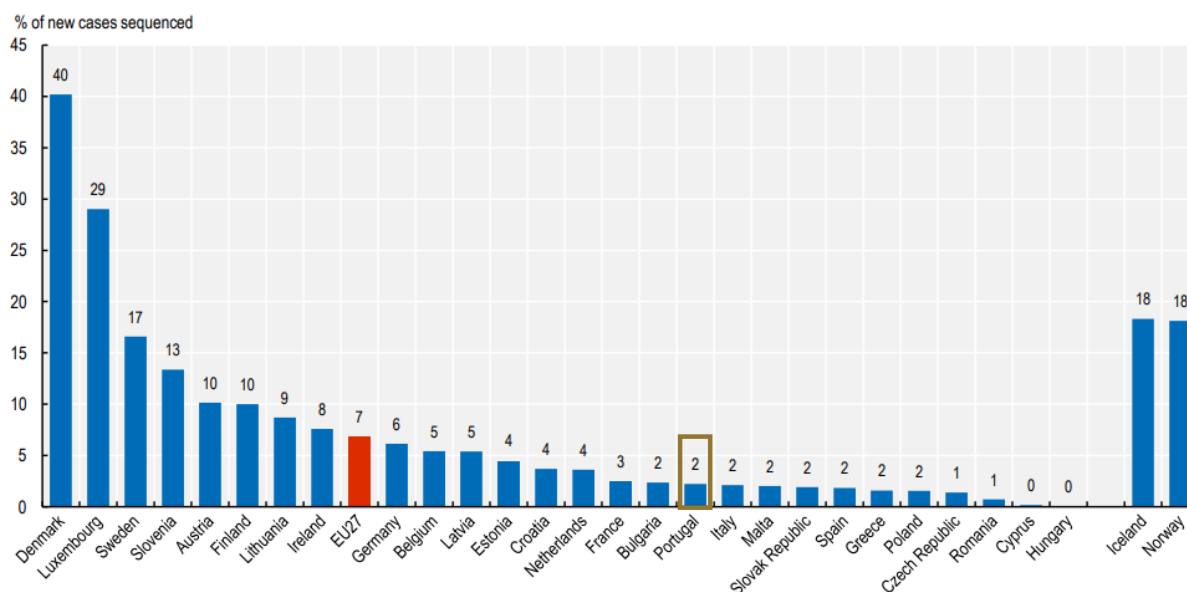
83. Adicionalmente, no que respeita à capacidade existente nos laboratórios de saúde pública refira-se que ao nível da vigilância genómica (medida pela percentagem de casos positivos sequenciados), a OCDE, com base em dados do ECDC, concluiu que não obstante os ganhos registados em 2021, um número significativo de países da UE e do Espaço Económico Europeu (EEE) ficou abaixo do intervalo mínimo desejável recomendado pela CE, entre 5% a 10%. É o caso de Portugal, que em 2021 sequenciou apenas 2% dos novos casos positivos, menos de metade do limite inferior daquele intervalo e muito abaixo da média da UE (7%)^{56 57 58}. (Gráfico 5)

⁵⁶ O Espaço Económico Europeu (EEE) inclui os 27 países que integram a UE e ainda três outros países: a Noruega, a Islândia e o Liechtenstein.

⁵⁷ De acordo com o ECDC, a vigilância genómica assumia relevância na deteção, monitorização e avaliação de novas variantes do vírus.

⁵⁸ No âmbito da monitorização da sequência do genoma do novo coronavírus SARS-CoV-2, o INSA iniciou, a partir de maio de 2020, a publicação de relatórios de situação sobre a diversidade genética do novo coronavírus em Portugal. Até à publicação do último relatório, em 26 de setembro de 2023, tinham sido analisadas 48.429 sequências do genoma do vírus SARS-CoV-2.

Gráfico 5 – Percentagem de novos casos COVID-19 sequenciados em 2021



Fonte: [Health at a Glance: Europe 2022](#)

8.2.2. Testes utilizados e critérios de testagem

84. A estratégia de testagem definida, bem como os aspetos operacionais e técnicos da sua implementação, sofreram sucessivas adaptações, decorrentes, por um lado, da evolução da pandemia, cuja escala e severidade implicaram a expansão da capacidade existente de meios técnicos, humanos e aplicativos, e, por outro lado, da evolução do conhecimento científico acerca da doença, sobretudo os desenvolvimentos feitos ao nível dos testes laboratoriais utilizados na sua deteção.
85. Numa primeira fase da pandemia, a OMS recomendava a realização do diagnóstico laboratorial do vírus SARS-CoV-2 através de testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos (testes TAAN), aos doentes enquadrados na definição de caso suspeito com infeção de COVID-19. A DGS incorporou estas e outras recomendações nas orientações e normas publicadas, que previram, também, as situações a priorizar na eventualidade de se verificar a impossibilidade de testar todos os doentes suspeitos^{59 60 61 62 63}.
86. Com a intensificação da propagação do vírus, os elevados tempos de espera dos resultados dos testes laboratoriais TAAN e a introdução no mercado de uma nova geração de testes, mais rápidos e menos onerosos, em setembro de 2020, a OMS publicou uma orientação sobre a utilização de testes rápidos de antigénio, genericamente denominados testes TRAg, para deteção da COVID-19. A facilidade do seu uso e a obtenção de resultados num curto espaço de tempo, permitiria a expansão do processo de testagem e a diminuição dos tempos de diagnóstico da doença. Nesta linha, o ECDC, em publicação

⁵⁹ Norma 04/2020, de 23/03/2020, da DGS, relativa à abordagem da suspeita ou confirmação da COVID-19, revogada, sem publicação eletrónica.

⁶⁰ [Orientação 15/2020, de 23/03/2020, da DGS](#), relativa ao diagnóstico laboratorial da COVID-19. À data da publicação desta orientação os critérios clínicos para o caso suspeito eram: (i) doente com infeção respiratória aguda (início súbito de febre ou tosse ou dificuldade respiratória) sem outra etiologia que explique o quadro mais história de viagem ou residência em áreas com transmissão comunitária ativa, nos 14 dias antes do início de sintomas; ou (ii) doente com infeção respiratória aguda mais contacto com caso confirmado ou provável de infeção por SARS-CoV-2 ou COVID-19, nos 14 dias antes do início dos sintomas; ou (iii) doente com infeção respiratória aguda grave, requerendo hospitalização, sem outra etiologia – cf. Orientação n.º 02A/2020, de 25/01/2020, da DGS, atualizada a 09/03/2020, revogada, sem publicação eletrónica.

⁶¹ [WHO \(2020\). Laboratory testing of 2019 novel coronavirus \(2019-nCoV\) in suspected human cases: interim guidance, 17 January 2020.](#)

⁶² [WHO \(2020\). Surveillance case definitions for human infection with novel coronavirus \(nCoV\): interim guidance, 11 January 2020.](#)

⁶³ [ECDC. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 \(COVID-19\): increased transmission globally - fifth update, 2 March 2020.](#)

da mesma data, recomenda a maximização dos esforços de testagem e sugere a adoção de estratégias de testagem mais abrangentes^{64 65}.

87. Alinhada com aqueles organismos, a DGS, em 26 de outubro de 2020, através da publicação da Norma 19/2020, formalizou a “Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2”, definindo como objetivos: (i) reduzir e controlar a transmissão da infeção; (ii) prevenir e mitigar o impacto da infeção nos serviços de saúde e nas populações vulneráveis; e (iii) monitorizar a evolução epidemiológica da COVID-19. Foi ainda recomendada a realização de testes rápidos de antígeno nas situações de indisponibilidade dos testes TAAN ou quando os tempos de espera obstassem à sua utilidade clínica⁶⁶.
88. Esta norma identificava três tipos de testes laboratoriais para SARS-CoV-2 disponíveis, àquela data, em Portugal⁶⁷:
- Testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos (testes TAAN). Estes surgiam como o método de referência para o diagnóstico e rastreio da infeção e incluíam os testes RT-PCR⁶⁸ convencional, em tempo real (por referência à metodologia utilizada), e testes rápidos de amplificação de ácidos nucleicos, tendo ficado genericamente conhecidos como testes RT-PCR. Os seus resultados deviam ser conhecidos no prazo de 24 horas.
 - Testes rápidos de antígeno (de ora em diante, TRAg). De acordo com características definidas de especificidade e sensibilidade analíticas, por comparação com os RT-PCR. Permitiam a obtenção de resultados em 15-30 minutos após a realização, e eram indicados para utilização preferencial em fases iniciais da doença, associadas a mais altas cargas virais⁶⁹.
 - Testes serológicos, destinados a avaliar a resposta imunológica à infeção por SARS-CoV-2.
89. Destes três tipos de testes, apenas os dois primeiros tipos, TAAN e TRAg, eram testes diagnósticos e permitiam confirmar a infeção pelo vírus SARS-CoV-2, ou seja, se a pessoa testada sofria de COVID-19. Já os testes serológicos permitiam avaliar se a pessoa possuía anticorpos específicos para o vírus SARS-CoV-2, isto é, se já tivera anterior contacto com o vírus.
90. A norma da DGS dispunha ainda que os resultados dos testes TAAN e TRAg deviam estar disponíveis, comunicados aos utentes e notificados na plataforma informática de suporte ao SINAVE por forma a não ultrapassar as 24 horas entre a sua requisição e a obtenção do seu resultado.
91. A estratégia definida pela DGS e sucessivamente atualizada, preconizou a prescrição e interpretação dos testes laboratoriais para SARS-CoV-2 de acordo com uma finalidade clínica e de saúde pública: diagnóstico e rastreio. A realização de testes de diagnóstico foi recomendada aos doentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 e aos contactos de alto e baixo risco com caso confirmado de COVID-19. Para esta abordagem foi indicado a utilização de testes TAAN e, em determinados cenários e contextos clínicos, a utilização de testes TRAg⁷⁰. (*Vide Anexo VI – Evolução dos critérios da testagem*)

⁶⁴ WHO (2020). [Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays, interim guidance, 11 September 2020](#). Nesta fase, a OMS considerou que as vantagens de uso dos testes rápidos de antígeno tinham por contrapartida a inferior sensibilidade dos mesmos quando comparados com os testes TAAN. Contudo, e apesar de reconhecer a necessidade de mais evidências sobre o desempenho destes testes, entendeu-se que a sua utilização, à data, em doentes com altas cargas virais e numa fase inicial da doença, daria a oportunidade de se efetuar um diagnóstico precoce da doença e interromper a transmissão da infeção.

⁶⁵ ECDC. [COVID-19 testing strategies and objectives, 15 September 2020](#). Neste documento o ECDC recomendou que os esforços de testagem fossem maximizados, com o objetivo de testar todos os casos sintomáticos e respetivos contactos (sintomáticos) garantindo tempos de resposta rápidos. Foi sugerida a adoção de uma estratégia de testagem mais abrangente, nomeadamente, a testagem de pessoas assintomáticas em locais específicos, onde existissem populações consideradas de alto risco; a testagem independente dos sintomas para pessoas em unidades de saúde e/ou para populações vulneráveis e, se os recursos o permitissem, a testagem de pessoas que tiveram uma exposição de alto risco a um caso confirmado.

⁶⁶ Cf. Norma 19/2020, de 26/10/2020, da DGS, com produção de efeitos a partir de 09/11/2020, revogada, sem publicação eletrónica.

⁶⁷ *Ibidem*.

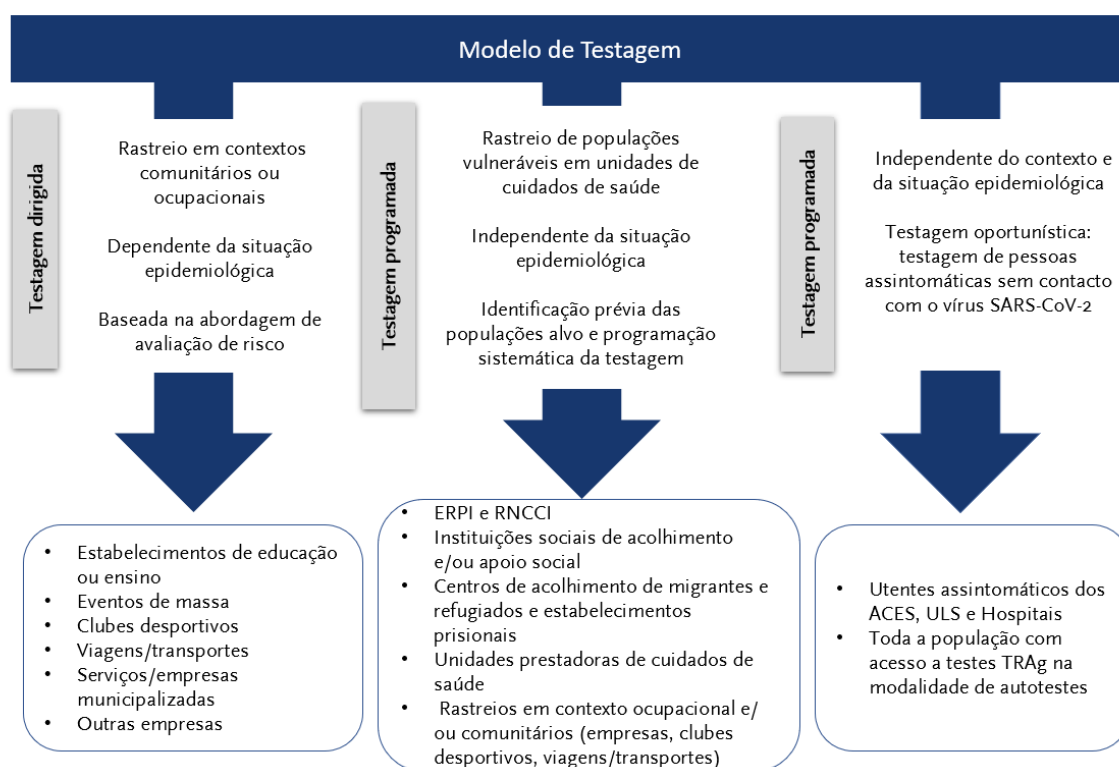
⁶⁸ Sigla do inglês *reverse transcription polymerase chain reaction*.

⁶⁹ Cf. circular informativa conjunta DGS/INFARMED/INSA N.º 004/CD/100.20.200, de 14/10/2020.

⁷⁰ Cf. Norma 19/2020, de 26/10/2020, da DGS, atualizada a 22/06/2021 e a 23/02/2022, revogada, sem publicação eletrónica.

92. Por sua vez, os testes de rastreio foram aplicados, numa primeira fase, nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e nas populações vulneráveis e, numa segunda fase, em contextos comunitários e ocupacionais. Para além de ter sido indicado o uso de testes laboratoriais TAAN e TRAg nestes contextos, foi também incluído o uso de testes TRAg na modalidade de autotestes⁷¹.
93. Para detalhar e formalizar a operacionalização dos testes de rastreio para o controlo da transmissão comunitária foi constituída uma *Task Force* (vide Anexo II – Aspectos de governação), com o intuito de identificar ações a desenvolver que sustentassem a testagem massiva de pessoas assintomáticas sem exposição à SARS-CoV-2. O modelo apresentado assentou em três eixos de testagem: dirigida, programada e generalizada, identificando os contextos de atuação em função da finalidade do teste, do risco e do tipo de população⁷².

Figura 1 - Modelo de testagem para contextos comunitários e de massas



Fonte: Plano de Promoção da Operacionalização da Estratégia de Testagem em Portugal – SARS-CoV-2, INSA, 19/04/2021.

94. A atualização da Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, publicada pela DGS em 22 de junho de 2021, incorporou as ações preconizadas pela *Task Force*. Foram recomendados rastreios laboratoriais regulares para controlo da transmissão comunitária e indicados critérios de periodicidade de testagem para determinados contextos. Foi, ainda, introduzida a recomendação para a realização de testes nos eventos de natureza familiar, cultural e desportiva.

8.2.3. Processo de formação do preço dos testes TAAN

95. As primeiras orientações da DGS para o diagnóstico da doença COVID-19 foram no sentido de todos os casos suspeitos de infeção serem submetidos a teste laboratorial para SARS-CoV-2, realizados através de testes moleculares de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN)⁷³.

⁷¹ Cf. Norma 19/2020, de 26/10/2020, da DGS, atualizada a 22/06/2021, revogada, sem publicação eletrónica.

⁷² Cf. [Despacho n.º 2922/2021, de 18/03/2020](#), publicado no Diário da República n.º 54/2021, Série II de 18/03/2020, que determinou a constituição da *Task Force*. A formalização da operacionalização da estratégia de testagem ficou vertida no documento: [Plano de Promoção da Operacionalização da Estratégia de Testagem em Portugal - SARS-CoV-2, INSA, 19/04/2021](#).

⁷³ [Orientação 15/2020, de 23/03/2020](#), atualizada a 24/04/2020.

96. Nesse sentido, o Ministério da Saúde considerou ser necessário alargar, transitoriamente, os procedimentos convencionados com as entidades privadas da área de patologia clínica e introduzir um novo regime excecional e temporário de alargamento das convenções que contemplasse o diagnóstico de doentes potencialmente infetados com COVID-19.
97. Este regime estaria vigente durante um período inicial de três meses, renovável por períodos sucessivos de um mês, em função da avaliação mensal das necessidades realizadas pelas ARS e do custeio⁷⁴ apurado pelo INSA para os testes aqui em análise. É criado um novo código de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) para a pesquisa do vírus SARS-CoV-2, que fixa o preço compreensivo a pagar por teste pelas ARS e ULS aos prestadores convencionados (essencialmente, laboratórios de análises clínicas)^{75 76 77}.
98. Por despacho da então Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, em 26 de março de 2020 é estabelecido o preço de 87,95 €, a vigorar por um período inicial de três meses e correspondente ao custeio então apurado pelo INSA⁷⁸.
99. A ex-governante, que se manteve em funções entre 26 de outubro de 2019 e 17 de setembro de 2020, salientou, em sede de contraditório, que a fixação do preço inicial dos testes TAAN em 87,95 € foi consensualizado com as associações representativas dos laboratórios após exigentes negociações, uma vez que aquelas entidades “... *pretendiam que o valor se fixasse nos 100 € por diagnóstico, preço mínimo que já praticavam fora do setor convencionado e que tinha em consideração um elevado preço de custo de equipamentos e matérias primas ...*”. Tal significa que, ao tempo, o Ministério da Saúde conseguiu manter um preço técnico apurado nos termos propostos pelo INSA.
100. A Ex-Secretária de Estado Adjunta e da Saúde estima mesmo, em sede de contraditório, uma suposta poupança para o Estado de 11,5 M€, decorrente da fixação do preço dos testes TAAN nos referidos 87,95€, de acordo com a proposta técnica do INSA, face ao diferencial para o que seria o preço comercial mínimo praticado pelos laboratórios, àquela data, e que refere situar-se em torno dos 100€.
101. A estimativa de poupança foi calculada pelo produto entre a diferença de preços indicados (100€-87,95€ = 12,05€) e os 950.950 testes que indica terem sido realizados no período de 91 dias entre 1 de abril de 2020 e 1 de julho de 2020 (correspondente ao período de vigência inicial do preço fixado, de 87,95€)⁷⁹.
102. Contudo, esta alegação não procede, na medida em que a referida poupança foi estimada tendo por base o que seria o preço mínimo comercial praticado pelos laboratórios do setor privado junto de consumidores individuais. Ora, o Estado, enquanto entidade contratante (compradora) de serviços, em contexto de saúde pública, assume características diferenciadoras, desde logo pelo seu poder

⁷⁴ A metodologia de custeio adotada pelo INSA, e comum aos testes TAAN e TRAg, considerou os gastos diretos (gastos especificamente identificados com um único objeto de custo, ou seja, sendo possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre ambos) imputáveis à atividade de testagem, designadamente, recursos humanos, reagentes e todo o material diverso de suporte à sua realização (e.g. batas descartáveis, máscaras faciais, luvas, álcool etílico, detergente desinfetante, entre outros). Também se inclui no custeio uma taxa para recuperar custos com desperdícios e amortização de equipamentos usados nos testes TAAN e uma taxa de desperdício para os TRAg.

⁷⁵ O preço compreensivo incluía a colheita das amostras biológicas e a análise laboratorial, cf. documento da ACSS [“Atualização da área de patologia clínica/análises clínicas com a introdução de novos códigos para despiste da infeção por SARS-CoV-2 \(COVID-19\)”, de 26/03/2020.](#)

⁷⁶ A proposta da ACSS, vertida na Nota Interna n.º 28/2020/MR, de 18/03/2020, para o alargamento do âmbito das convenções, previu o alargamento da prescrição de exames por profissionais não médicos a partir da Linha SNS24, ficando a responsabilidade financeira pelo pagamento destas prescrições a cargo da ARSLVT. A responsabilidade financeira do pagamento das prescrições efetuadas a partir de cuidados de saúde primários ficou alocada às ARS respetivas. Esta proposta teve a concordância da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, em 18/03/2020.

⁷⁷ A sustentação dos preços dos testes TAAN teve por base as atualizações de custeio apuradas pelo INSA. A análise efetuada por aquele instituto atendeu aos recursos necessários com pessoal, ao número de amostras processadas em conjunto, ao custo dos reagentes e outro material e, numa fase posterior, à estimativa com a colheita fora dos laboratórios.

⁷⁸ ACSS. [Atualização da tabela de MCDT da área A-análises clínicas, relativamente ao preço dos testes laboratoriais SARS-CoV-2 \(COVID-19\), de 26/03/2020.](#)

⁷⁹ De consulta aos dados do SINAVE disponibilizados pela DGS ao TdC, o número de testes TAAN para o período referenciado difere do indicado, apurando-se um número de 899.542 testes TAAN (excluídos os testes serológicos e outros testes não classificados como TAAN).

negocial decorrente do volume de serviços a contratar e pelas características específicas dos serviços adquiridos, que justificam a adoção de preços distintos, mais favoráveis.

103. Em suma, no contexto específico desta contratação por parte do Estado seria sempre expectável que o preço acordado se situasse abaixo dos preços comerciais praticados fora do contexto de convenções com o SNS.
104. Ao longo do tempo, o preço dos testes TAAN foi sujeito a revisões por parte do Ministério da Saúde. A sua evolução entre março de 2020 e abril de 2022 está sumariada no quadro seguinte.

Quadro 1 – Evolução do preço dos testes TAAN

	26 de março de 2020	26 de setembro de 2020	7 de junho de 2021	1 de julho de 2021	1 de março de 2022
Preço do teste	87,95 €	65,00 €	40,00 €	45,00 €	30,00 €

Fonte: Elaboração própria. Dados da ACSS.

105. Dando cumprimento a orientações da Tutela, a ACSS, em junho de 2020, propõe a atualização do preço dos testes TAAN. Com base no custeio apurado pelo INSA, na informação sobre custos de produção dos laboratórios de alguns hospitais do SNS e, ainda, no exercício de comparação com os preços praticados noutros países, é proposto o preço de 69,06 € (ver Quadro 2 abaixo), representando uma diminuição de cerca de 21% face ao preço inicialmente estabelecido de 87,95 €⁸⁰.
106. Auscultadas as várias administrações regionais, a ARS LVT e ARS Norte consideraram existir margem para se efetivar a redução do preço, fixando-o em 69,06 €, enquanto as ARS do Centro, Alentejo e Algarve consideraram o preço de 87,5 € equilibrado. E, efetivamente, este preço viria a ser mantido por mais três meses, sendo atualizado para 65 € em 26 de setembro de 2020⁸¹.
107. Precedendo a fixação pela Tutela em 26 de setembro de 2020 do preço dos testes TAAN em 65 €, foi efetuada em 4 de agosto de 2020, com insistência em 21 de agosto de 2020, uma proposta, pela ACSS, de revisão em baixa, para 50,21 € (ver Quadro 2). Esta proposta mereceu a concordância da Tutela, por despacho de 11 de agosto de 2020, solicitando à ACSS a urgente articulação com as associações representativas das entidades convencionadas, pelo que o preço de 87,95 € se manteve até à conclusão da articulação referida. Estas associações manifestaram o seu desacordo com o valor indicado, contudo não apresentaram suporte técnico para sua tomada de posição, alegando essencialmente razões de sigilo comercial, concorrenciais e de variabilidade das práticas e dos procedimentos executados^{82 83}.
108. Em resultado, foi entendimento da ACSS reiterar o preço de 50,21 € decorrente do custeio efetuado pelo INSA, apresentando à Tutela, no início de setembro de 2020, duas propostas alternativas de preços: (i) 50,21 €; ou (ii) 56,21 €, correspondendo ao valor de 50,21 € apurado pelo INSA, acrescido de 6 € para acomodar componentes das fases pré e pós analítica, referenciados pelas associações do setor (e.g., procedimentos administrativos de interação com os utentes e registo de dados atempado no SINAVE).

⁸⁰ De acordo com a informação disponibilizada pela ACSS, o exercício de comparação feito com outros países da UE considerou "(...) nomeadamente a Alemanha, França, Bélgica, Grécia e Áustria (...)", verificando-se que todos praticavam preços inferiores e que apenas a Grécia e a Áustria apresentavam valores próximos do adotado em Portugal.

⁸¹ [ACSS. Atualização da tabela de MCDT da área A-análises clínicas, relativamente ao preço dos testes laboratoriais SARS-CoV-2 \(COVID-19\), 25/09/2020.](#)

⁸² O INSA sustentou o novo custeio, de 50,21 €, nos ganhos de eficiência obtidos com a introdução de tecnologia mais automatizada, reorganização de tarefas laboratoriais e uma maior consolidação dos preços de mercado praticados para os dispositivos e produtos utilizados no processo de recolha e elaboração dos diagnósticos laboratoriais.

⁸³ Em 11 de agosto de 2020, a então Secretária de Estado Adjunta da Saúde, considera que, dada a evolução tecnológica e os comparadores internacionais europeus, é de acolher o novo preço proposto de 50,21 €, pese embora este nunca se tenha refletido na tabela de MCDT no setor convencionado. Para mais, solicita à ACSS a urgente articulação com as associações representativas dos convencionados.

109. No contraditório apresentado, a Ex-Secretária de Estado Adjunta e da Saúde procurou fundamentar a manutenção do preço por ela fixado em 26 março de 2020, de 87,95€, durante o período remanescente de exercício das suas funções, até 17 de setembro de 2020.
110. A ex-governante refere a necessidade de articulação com as associações das entidades do setor convencionado, a dificuldade na consensualização acerca do preço a adotar, pese embora a argumentação apresentada pelas referidas associações carecesse de fundamentação técnica, e o risco muito significativo, então sinalizado ao decisor público, de que muitos prestadores suspendessem a convenção com o SNS para a realização do teste TAAAN.
111. Realça também o facto de, em resultado das suas solicitações aos serviços tutelados pelo Ministério da Saúde para que lhe fosse apresentada a atualização do referido preço, estes, *“(...) INSA e ACSS e também o INFARMED apresentaram referências internacionais muito dispare de preços praticados nos vários países (pois o comparador internacional muitas vezes não apresentava preço compreensivo como em Portugal).”*
112. Argumento este que o Tribunal não acolhe. De acordo com a única evidência que foi disponibilizada pela ACSS, IP, acerca da comparação com preços internacionais, a disparidade maior surge, precisamente, da comparação do preço adotado em Portugal com os praticados nos demais países da amostra. Além disso, resulta da análise da informação disponibilizada, que a maioria dos preços indicados afiguram-se ser preços compreensivos, ao contrário do alegado.
113. Mais alega que a manutenção do preço dos testes decorreu igualmente da disparidade de preços técnicos apresentados à Tutela, referindo que *“Nos meses de agosto e setembro, a variação apresentada pelos serviços para decisão ainda oscilava entre os 69,06 € e 50,21 €, pelo que foi necessário continuar o trabalho para afinar o mesmo em reuniões com as instituições da Saúde.”* e, posteriormente, com os representantes dos laboratórios.
114. No entanto, de acordo com a evidência documental recolhida durante a auditoria, de facto, a proposta de preço de 69,06€ data de 02 de junho de 2020, e não de agosto ou setembro daquele ano. Posteriormente, a 25 de julho de 2020, o INSA reviu em baixa o custeio do teste e atualizou a proposta de preço para 50,21 €. Esta proposta veio a ser reiterada cerca de um mês mais tarde, a 21 de agosto, face à manutenção em vigor do preço fixado em 26 de março daquele ano (87,95 €).
115. Mais, a revisão em baixa do preço é justificada, através de e-mail, que o Presidente do INSA remeteu em 25 de julho de 2020 à então governante - no qual se referia que *“(...) pelo facto de termos vindo a obter ganhos de eficiência com a introdução de tecnologia mais automatizada e reorganização de algumas tarefas e que são comuns aos laboratórios privados.”* - acabando por merecer a concordância da então Secretária de Estado Adjunta e da Saúde que, em 11 de agosto de 2020, proferiu o seguinte despacho:
- “Dada a evolução tecnológica e comparadores internacionais europeus concordo com o agora proposto (em anexo no e-mail do INSA).*
- Solicito à ACSS a urgente articulação com as associações representativas dos convencionados.”*
116. Face ao que precede, considerando a factualidade descrita, não será de acolher a alegação apresentada.
117. Por fim, na mesma resposta em sede de contraditório, refere-se ainda que, não obstante ter informado o Gabinete da Senhora Ministra da Saúde, em 10 de setembro de 2020, da sua decisão de avançar com a comunicação de uma nova proposta de preço às associações do setor convencionado, de 56,21 €, alinhada com o preço técnico apurado pelo INSA, tal não sucedeu. O Gabinete da Senhora Ministra da Saúde, em resposta de 11 de setembro de 2020, ter-lhe-á expressado a necessidade de assegurar a conclusão de um protocolo de parceria entre o Ministério da Saúde e um conjunto de entidades pertencentes quer à academia, quer aos setores privado e social, tendo em vista o reforço da capacidade de testagem na região de Lisboa e Vale do Tejo.

118. A culminar este processo, o preço viria a ser fixado pela Tutela em 65 €, por despacho de 25 de setembro de 2020, tendo entrado em vigor no dia seguinte, acima dos preços técnicos propostos pela ACSS em agosto e início de setembro: era superior em 14,79 € (+29,5%) face à primeira alternativa apresentada (50,21 €) e traduzia um acréscimo de 8,79 € (+15,6%) face à segunda alternativa avançada pela ACSS (56,21 €).
119. Posteriormente, em 26 de março de 2021, face ao pedido de revisão do preço dos testes TAAN, formulado pelo então Secretário de Estado da Saúde, e na sequência de reunião entre o gabinete do Secretário de Estado da Saúde, a ACSS e o INSA, é avaliada a proposta de fixação do preço em 35,77 € (excluindo a estimativa de 3 € por amostra para as colheitas realizadas fora do laboratório).
120. Atendendo à necessidade de revisão do preço de 65 €, que já vigorava há cerca de nove meses, este foi atualizado em 7 de junho de 2021, por despacho de 26 de maio, que o fixou em 40 €, quando a proposta técnica mais recente, relativamente à data daquela fixação, era de 38,77 € (incluindo a estimativa de 3 € referida no parágrafo anterior). Este preço seria revisto em alta, para 45 €, passado pouco menos de um mês, de modo a acomodar a argumentação das associações do setor convencionado, que informaram que o reajustamento do preço nos 40 € não suportava todos os custos incorridos pelos seus associados. Ou seja, a revisão do preço para 45 € fez com que a diferença face à proposta técnica de base (35,77 €) fosse positiva em 25,8%⁸⁴ ⁸⁵ ⁸⁶.
121. O último preço, de 30 €, fixado na tabela de MCDT a praticar com o setor convencionado, entrou em vigor a 1 de março de 2022, conforme publicado pela ACSS, apesar da existência de um despacho inicial, datado de 11 de outubro de 2021, do então Secretário de Estado da Saúde, para que aquele preço fosse aplicado a partir de 1 de novembro de 2021⁸⁷. Contudo, de acordo com a evidência recolhida, o Ministério da Saúde deu indicações à ACSS para que aquela revisão de preço não fosse efetivada, face à necessidade de articulação com as associações representativas do setor, mantendo em vigor o preço de 45 € por teste. Apenas por novo despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 24 de fevereiro de 2022, determinando a aplicação do preço de 30 € a partir de 1 de março, se viria a concretizar esta redução de preço.
122. O Quadro 2 compara a evolução das propostas de preços efetuadas pela ACSS, com base no custeio apurado pelo INSA, com aqueles que viriam a ser os preços definidos pela Tutela.

⁸⁴ [ACSS. Atualização da tabela de MCDT da área A-análises clínicas, relativamente ao preço do teste laboratorial SARS-CoV-2 RT-PCR \(COVID-19\), de 01/07/2021.](#)

⁸⁵ Argumentou a Associação Nacional de Laboratórios, perante os custos apresentado pelo INSA, que sustentavam a fixação do preço em 40 €, que os seus associados incorriam em custos adicionais reais aquando do processamento de menos de 90 amostras, repetição de testes, prestação de serviço durante as noites e fins de semana, entre outros. E que o preço compreensivo agora proposto não incluía a parcela correspondente às fases pré e pós analíticas (colheita, renda de postos de colheita, pessoal, transportes, logística, entre outros) apresentando como proposta o valor de 52 €.

⁸⁶ [ACSS. Atualização da tabela de MCDT da área A-análises clínicas, relativamente ao preço do teste laboratorial SARS-CoV-2 \(COVID-19\), 07/06/2021.](#)

⁸⁷ [ACSS. Atualização da tabela de MCDT da área A-análises clínicas, relativamente ao preço do teste laboratorial SARS-CoV-2 \(COVID-19\): teste molecular RT-PCR, de 28/02/2022.](#)

Quadro 2 – Evolução dos preços propostos e fixados para os testes TAAN

Preço por teste proposto pela ACSS	Data da proposta	Preço fixado pela Tutela	Data de entrada em vigor do preço fixado	Despacho	Data do despacho
87,95 €	18/03/2020	87,95 €	26/03/2020	Secretária de Estado Adjunta e da Saúde Define um regime excecional e temporário de alargamento da convenção para diagnóstico de doentes infetados com COVID-19 através de teste TAAN e fixa o seu preço em 87,95 €.	18/03/2020
69,06 €	02/06/2020	Mantem o preço em vigor de 87,95 €	N.A.	Secretária de Estado Adjunta e da Saúde Mantém em vigor, até 26/07/2020, o preço de 87,95 €, para avaliação até essa data do preço proposto pelo INSA.	26/06/2020
50,21 €	25/07/2020 e 21/08/2020	Mantem o preço em vigor de 87,95 €	N.A.	Secretária de Estado Adjunta e da Saúde Mantém em vigor o preço de 87,95 € e solicita à ACSS urgente articulação com as associações representativas dos convenccionados.	11/08/2020 e 28/08/2020
50,21 € ou 56,21 € (inclui 6 € fases pré e pós analítica)	07/09/2020	65 €	26/09/2020	Secretário de Estado da Saúde Fixa o preço em 65 €.	25/09/2020
35,77 € (+3 €/colheita)	26/05/2021	40 €	07/06/2021	Secretário de Estado da Saúde Fixa o preço em 40 €	26/05/2021
		45 €	01/07/2021	Secretário de Estado da Saúde Fixa o preço em 45 €	30/06/2021
25,08 € (+3 €/colheita)	06/10/2021	30 €	01/03/2022	Secretário de Estado da Saúde Fixa o preço em 30 € e determina a sua entrada em vigor a partir de 1 de novembro de 2021, o que não se verificou, mantendo-se o preço nos 45 €.	11/10/2021
	23/02/2022			Secretário de Estado da Saúde Fixa o preço em 30 € e determina a sua entrada em vigor a partir de 1 de março de 2022.	24/02/2022

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pela ACSS.

Nota: A data de entrada em vigor do preço fixado consta da atualização da tabela de MCDT a praticar com o setor convenccionado, publicada pela ACSS.

123. De acordo com a estimativa realizada pelo TdC e explicitada no Quadro 3 abaixo, a não aplicação do preço de 69,06 € aos 74,3 mil testes TAAN realizados no mês de julho de 2020, resultou numa despesa adicional para as ARS e ULS de 1,4 M€. De igual modo, a não adoção do preço proposto de 50,21 € aos 68,2 mil testes efetuados em agosto do mesmo ano originou uma despesa acrescida de 2,6 M€.
124. No mesmo sentido, a não aplicação do preço médio proposto de 53,21 € aos 2,4 milhões de testes efetuados entre início de setembro de 2020 e final de maio de 2021 traduziu-se num acréscimo de despesa de 29,9 M€.
125. Já entre junho e setembro de 2021 a não consideração da proposta de redução do preço dos testes para 38,77 € (incluindo os 3 € para a colheita), feita em final de maio, originou uma despesa adicional estimada de 6 M€, face aos 962,7 mil testes faturados naquele período.
126. Por fim, no período entre outubro de 2021 e fevereiro de 2022, a não aplicação do preço proposto de 28,08 € (incluindo os 3 € para a colheita) aos 3,4 milhões de testes executados impactou a despesa em 57,1 M€.
127. Estimou-se assim um impacto global ao nível da despesa num montante de 97,0 M€, decorrente das várias dilações ocorridas na atualização dos preços daqueles testes e da não adoção dos preços propostos pela ACSS, com base no custeio efetuado pelo INSA, demonstrando-se no Quadro 3 os cálculos efetuados que suportam as asserções constantes deste e dos três parágrafos anteriores.

Quadro 3 – Despesa adicional incorrida estimada com testes TAAN

Variáveis	julho de 2020	agosto de 2020	setembro de 2020 a maio de 2021	junho a setembro de 2021	outubro de 2021 a fevereiro de 2022
Nº de testes realizados [1]	74 253	68 179	2 412 804	962 689	3 405 756
Preço médio em vigor [2] = [3] / [1]	87,95 €	87,95 €	65,60 €	45,01 €	44,84 €
Despesa [3]	6 530 551,35 €	5 996 343,05 €	158 287 973,90 €	43 328 552,95 €	152 723 296,13 €
Preço proposto [4]	69,06 €	50,21 €	53,21 €	38,77 €	28,08 €
Diferença de preços (em valor) [2]-[4]	18,89 €	37,74 €	12,39 €	6,24 €	16,76 €
Diferença de preços (em %) [2]-[4] / [4]	27,4%	75,2%	23,3%	16,1%	59,7%
Despesa simulada [5] = [1] x [4]	5 127 912,18 €	3 423 267,59 €	128 385 300,84 €	37 323 452,53 €	95 633 628,48 €
Despesa adicional incorrida [6] = [3] - [5]	1 402 639,17 €	2 573 075,46 €	29 902 673,06 €	6 005 100,42 €	57 089 667,65 €
Σ Despesa adicional incorrida	96 973 155,76 €				

Fonte: Cálculos próprios com base em informação disponibilizada pela ACSS.

Notas: 1. Os cálculos foram efetuados com base em totais mensais de faturação e número de testes conferidos pelo Centro de Controlo e Monitorização do SNS (CCM-SNS), assumindo-se, por regra, o impacto dos preços propostos e não adotados pela Tutela no mês seguinte ao da proposta. 2. O despacho inicial que definiu o preço de 87,95 € vigorou por três meses, entre 26/03/2020 e 26/06/2020, pelo que apenas se estimou o impacto em julho de 2020 da não aplicação do preço proposto de 69,06 €. 3. No período de setembro de 2020 a maio de 2021, o preço convencionado foi revisto em baixa a 26 de setembro de 2020, de 87,95 € para 65 €, impactando o respetivo preço médio. 4. Ainda naquele período, o preço proposto considerado (53,21 €) resultou da média simples dos preços propostos pela ACSS à Tutela no início de setembro de 2021 (50,21 € e 56,21 €). 5. Entre novembro de 2021 e março de 2022, o preço convencionado foi reduzido para 40 € em 21/06.2021, e depois aumentado para 45 €, em 01/07/2021, pelo que o preço médio apurado reflete estas variações. 6. O preço médio em vigor foi calculado dividindo a despesa para o período pelo número de testes faturados nesse período.

128. Adicionalmente, refira-se também que a entrada em vigor do preço de 30 €, em 1 de março de 2022, que ocorreu com a publicação da atualização da Tabela de MCDT no setor convencionado pela ACSS, em 28 de fevereiro, quatro meses após a fixação pela Tutela daquele preço, resultou num adicional estimado de despesa na ordem dos 48,3 M€, em face dos 3,3 milhões de testes realizados durante esse período (de novembro de 2021 a fevereiro de 2022).

129. A análise dos preços praticados noutros países, mostra, para os dados disponíveis, que o preço inicialmente definido em Portugal (em final de março de 2020) era o mais elevado da amostra, que variava entre o preço máximo português de 87,95 € e o mínimo de 46,81 €, existente na Bélgica, tendo por referência o mês de junho de 2020. Não obstante as diferenças na riqueza *per capita* face aos países representados da UE, ainda assim, o preço adotado em Portugal era, a título ilustrativo, superior em 49,1% ao definido na Alemanha e 62,9% ao praticado em França.

130. No conjunto de países considerados na comparação, o preço médio rondava os 64,60 € e o preço praticado em Portugal era, em média, 36,1% superior aos adotados naqueles países.

Quadro 4 – Preços de testes, em diferentes países, junho de 2020

País	Portugal	Grécia	Estónia	Israel	Chéquia	Alemanha	França	Bélgica	Áustria
Preço	87,95 €	75,83 €	67,04 €	65,00 €	64,13 €	59,00 €	54,00 €	46,81 €	85,00 €
Dif. em valor face ao preço PT	-----	-12,12 €	-20,91 €	-22,95 €	-23,82 €	-28,95 €	-33,95 €	-41,14 €	-2,95 €
Diferença % face preço PT	-----	-14%	-24%	-26%	-27%	-33%	-39%	-47%	-3%
Preço médio	N.A.	64,60 €							
PIB per capita 2020 (UE27=100)	76	62	86	n.a.	93	123	105	119	125

Fonte: Elaboração própria, com base em: (i) informação disponibilizada pela ACSS (preços); (ii) dados do Eurostat para o PIB *per capita* em índice (UE27 = 100) expresso em PPS^{88 89}.

Notas: 1. No caso português, o PIB *per capita* é de 76% do PIB *per capita* médio da UE 27; 2. No caso do preço praticado na Grécia, este resulta da média de preços indicados por volume de testes realizados. 3. Os dados de preços internacionais apresentados resultam de informação relativa a um conjunto de dez países (incluindo Israel e Austrália), disponibilizada pelo INFARMED à ACSS, em setembro de 2020. Nem todos os países precisam a data a que se referem os preços. Não se considerou a totalidade dos países por falta de uniformidade nas respostas. 4. Preço médio calculado com base nos preços para o universo de oito países referenciados (excluindo Portugal).

131. Os dados de preços internacionais constantes do Quadro 4, que foram facultados pelo INFARMED à ACSS, constituem a única evidência a que a equipa de auditoria teve acesso acerca da comparação de preços internacionais levada a cabo no âmbito do processo de formação de preços dos testes TAAN.
132. Adicionalmente, refira-se ainda que a ISC francesa, em relatório de julho de 2021, acerca das despesas públicas na resposta à crise pandémica, mencionava também a questão da fixação dos preços dos testes TAAN, indicando a redução de preços operada entre maio de 2020 e julho de 2021, de 63,99 € para 41,04 € e comparando-a com os preços à data referenciados para a Alemanha (42 €) e para a Bélgica (40,44 €), em julho de 2021. Em Portugal, a 1 de julho de 2021 o preço dos testes TAAN era fixado em 45 € (Quadro 2).

8.2.4. Introdução dos testes rápidos de antígeno (TRAg)

133. Na fase inicial da resposta à pandemia, os testes rápidos de antígeno (vulgo TRAg) embora eficazes na identificação precoce da infeção, apresentavam baixa sensibilidade quando comparados com os testes de referência TAAN, limitando os seus resultados e aumentando a probabilidade de falsos negativos, excluindo-os, assim, das opções das autoridades de saúde nacionais, para o diagnóstico fiável da doença⁹⁰.
134. O surgimento de uma “nova geração” de testes TRAg, com características de desempenho melhoradas, reduziu os constrangimentos associados à sua utilização, e potenciou a publicação pelos organismos internacionais de orientações e recomendações favoráveis à inclusão deste tipo de testes nas estratégias nacionais de testagem.
135. Em setembro de 2020, a OMS referencia o bom desempenho dos testes TRAg em pessoas com altas cargas virais, facilitando a deteção precoce da doença. Em outubro de 2020, a Comissão Europeia recomenda aos Estados-Membros que promovam entre si a uniformização dos requisitos mínimos de

⁸⁸ Dados disponíveis em <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tecoo114/default/table>.

⁸⁹ *Purchasing power standard* (PPS), refere-se ao termo técnico usado pelo Eurostat para a “moeda comum” em que os agregados das contas nacionais são expressos, quando ajustados pelas diferenças nos níveis de preços, utilizando paridades do poder de compra. Em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Purchasing_power_standard_\(PPS\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Purchasing_power_standard_(PPS))

⁹⁰ Em maio de 2020, a DGS, o INFARMED e o INSA informam que “... o diagnóstico de novos casos de infeção por SARS-CoV-2 deve ser realizado exclusivamente por testes de deteção de componentes do vírus, sendo os testes de biologia molecular (RT-PCR) para a deteção de RNA considerados de referência, por apresentarem maior fiabilidade”: Circular Informativa Conjunta N.º 3/CD/100.20.200, de 27/05/2020, da DGS, INFARMED.

desempenho exigidos para este tipo de testes e das circunstâncias específicas em que seria recomendada/deveria ser feita a sua utilização^{91 92}.

136. Na mesma senda, o ECDC destaca a importância da introdução dos TRAg no alargamento da capacidade de diagnóstico da COVID-19, com vantagens na expressiva redução dos tempos de resposta e dos custos associados, sobretudo em contextos de limitada capacidade de testagem com recurso aos testes TAAN⁹³.
137. A partir de outubro de 2020, os testes rápidos de antigénio, TRAg, passam a ser uma opção válida na realização do diagnóstico de casos suspeitos de COVID-19, justificada pela DGS, INFARMED e INSA com a evolução de situação epidemiológica e a necessidade de aumentar, quer o número de pessoas testadas, quer a rapidez do diagnóstico.
138. Neste contexto é formalizada a Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, vertida na Norma 19/2020, de 26/10/2020, da DGS, que preconiza o uso dos testes laboratoriais TAAN e dos testes rápidos de antigénio, TRAg, de acordo com a finalidade clínica e de saúde pública. A opção, em primeira linha, pelos testes TRAg é aconselhável no diagnóstico de pessoas sintomáticas, desde que realizado nos primeiros cinco dias de sintomas e em situações de surtos. Nas restantes situações continua-se a privilegiar o uso de testes TAAN, sendo possível o recurso aos testes rápidos de antigénio apenas por indisponibilidade dos primeiros ou nas situações em que o resultado do teste de referência não seja conhecido no prazo de 24 horas após a sua requisição ⁹⁴. (Vide § 88, Ponto 8.2.2)

Quadro 5 – Contexto para utilização dos testes rápidos de antigénio (TRAg)

Finalidade do teste	Contexto	Tipo de teste
Diagnóstico	Sintomáticos sem critérios de internamento.	Teste TAAN ou TRAg (se realizado nos primeiros 5 dias de sintomas).
	Sintomáticos com critérios de internamento.	1. Teste TAAN+ Influenza; 2. Teste TRAg, se não houver disponibilidade de testes TAAN e/ou não obtenção de resposta < a 24 horas.
	Assintomáticos com contacto de alto risco.	1. Teste TAAN; 2. Teste TRAg, se não houver disponibilidade de testes TAAN e/ou não obtenção de resposta < a 24 horas; 3. Em caso de surtos: Testes TRAg.
Rastreio a pessoas sem sintomas e sem contacto de alto risco com caso confirmado	Nos doentes oncológicos.	Teste TAAN
	Para internamento nos cuidados intermédios, UCI, bloco de partos.	Teste TAAN
	Para admissão hospitalar.	1. Teste TAAN; 2. Teste TRAg, se não houver disponibilidade de testes TAAN e/ou não obtenção de resposta < a 24 horas
	Para admissão em ERPI, RNCCI, outros similares.	1. Teste TAAN; 2. Teste TRAg, se não houver disponibilidade de testes TAAN e/ou não obtenção de resposta < a 24 horas
	Profissionais de saúde em instituições de cuidados de saúde.	Teste TAAN ou TRAg seriado, com periodicidade recomendada entre 7 a 14 dias.

Fonte: Elaboração própria com base na consulta de documentos e diplomas vários, com destaque para as normas da DGS e circulares informativas conjuntas DGS/INFARMED/INSA no âmbito da testagem.

⁹¹ [Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays- 11 September 2020, WHO.pdf.](#)

⁹² [Commission Recommendation of 28.10.2020 on COVID-19 testing strategies, including the use of rapid antigen tests.](#)

⁹³ [Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK, 19 November 2020, ECDC.](#)

⁹⁴ Os testes rápidos de antigénio (TRAg), considerados na Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, são os que apresentavam padrões de desempenho com valores de sensibilidade superior ou igual a 90% e de especificidade superior ou igual a 97%, por comparação com os testes RT-PCR. [Circular Informativa Conjunta, N.º 4/CD/100.20.200, de 14/10/2020, da DGS, INFARMED e INSA.](#)

139. A inclusão dos testes TRAg na Estratégia Nacional de Testes e a atualização das circulares informativas produzidas pela DGS, INFARMED e INSA, ampliou o perímetro das entidades habilitadas a efetuar estes testes, passando a integrar todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com registo válido na Entidade Reguladora da Saúde, incluindo as estruturas de natureza extraordinária e temporariamente criadas para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da resposta à pandemia e, a título excecional, as equipas de saúde pública, no âmbito de surtos e/ou rastreios, e as Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios nos cuidados de saúde primários (ADR-Comunidade) e Unidades de Saúde Pública, sob coordenação das ARS/ACES em articulação com o INSA ⁹⁵.
140. Contudo, apenas em abril de 2021, surgiria publicado o plano de promoção da operacionalização daquela estratégia, produzido pela *Task Force* constituída para o efeito, que preconizou a continuidade do plano de testagem massivo e sistemático no sentido de alargar a realização de testes a pessoas assintomáticas e sem exposição ao vírus SARS-CoV-2. Surgem os conceitos de testagem oportunística e de autotestagem⁹⁶.
141. A necessidade de intensificar o controlo da transmissão comunitária do vírus levou à recomendação da DGS, aquando da atualização de 22 de junho de 2021, da Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, para a utilização dos testes TRAg, como primeira opção, nos rastreios laboratoriais regulares a efetuar a um maior número de contextos do que os até a essa data indicados (creches, estabelecimentos de ensino, serviços públicos, locais de trabalho com 150 ou mais trabalhadores).
142. Por sua vez, e face à disponibilização no mercado de testes de antigénio com características melhoradas, foi igualmente introduzida a possibilidade de recurso aos autotestes, que mais não são do que testes rápidos de antigénio, mas passíveis de serem utilizados por não profissionais de saúde. Estes passaram a ser uma opção viável nos contextos relacionados com eventos de natureza familiar, cultural, desportiva ou corporativa, desde que realizados no próprio dia e no local do evento e sob a supervisão de um profissional da entidade ou estabelecimento.
143. Contrariamente ao disposto para os testes TAAN e testes rápidos de antigénio TRAg (identificados em variada literatura como “de uso profissional” para os diferenciar dos TRAg em regime de autotestes), os autotestes não ficaram sujeitos ao registo na plataforma SINAVE, do respetivo resultado⁹⁷.
144. Numa publicação de março de 2021, o ECDC considerou existir um potencial impacto positivo no controlo da transmissão da infeção, resultante da utilização de testes TRAg na modalidade de autotestes, quando realizados por indivíduos assintomáticos antes de eventos sociais. Nesse mesmo mês são disponibilizados, no mercado português, testes rápidos de antigénio para utilização por não profissionais (versão autotestes). Contudo, a inclusão dos autotestes na estratégia de testagem delineada pela autoridade de saúde nacional só ficou formalizada em junho de 2021, através da atualização da Norma 19/2020, da DGS ^{98 99}.

⁹⁵ Circular Informativa Conjunta, N.º 5/CD/100.20.200, de 13/11/2020, da DGS, INFARMED e INSA, revogada pela Circular Informativa Conjunta, N.º 6/CD/100.20.200, de 16/12/2020, da DGS, INFARMED e INSA e Circular Informativa Conjunta, N.º 1/CD/100.20.200, de 12/02/2021, da DGS, INFARMED, INSA.

⁹⁶ [Plano de Promoção da Operacionalização da Estratégia de Testagem em Portugal_SARS_CoV-2](#), de 19/04/2021. A testagem oportunística surge no âmbito de uma estratégia de testagem generalizada, independente do contexto e situação epidemiológica, através da qual se pretende maximizar as oportunidades de testagem em distintos contextos, “*como seja entre os utentes assintomáticos com consulta presencial marcada nas unidades de saúde, grandes superfícies comerciais, estações rodoferroviárias, entre outros.*” Contribuem também para aquela estratégia a promoção de utilização de TRAg por auto-decisão do utente e ainda em regime de autotestagem.

⁹⁷ Cf. Norma 19/2020, da DGS, atualizada a 22/06/2021.

⁹⁸ [Considerations on the use of self-tests for COVID-19 in the EU-EEA, 17 March 2021, ECDC](#)

⁹⁹ A [Portaria n.º 56/2021, de 12/03/2021](#) estabeleceu um regime excecional e temporário para a realização em autoteste de testes rápidos de antigénio. Os testes abrangidos por este diploma referem-se aos que foram, entretanto, disponibilizados no mercado nacional, cujo método menos invasivo de recolha da amostra da área nasal interna, possibilita o manuseamento e interpretação dos resultados por leigos/não profissionais. A operacionalização da utilização destes testes ficou estabelecida na [Circular Informativa Conjunta N.º 005/CD/100.20.200, de 19/03/2021, da DGS, INFARMED e INSA](#).

8.2.5. Comparticipação dos testes TRAg pelo SNS

145. A realização de testes TRAg em larga escala viria a concretizar-se de forma mais expressiva a partir de 1 de julho de 2021, com a entrada em vigor das sucessivas portarias que estabeleceram o regime excecional e temporário de comparticipação destes testes, conforme detalhado no Anexo VIII - Regime de comparticipação dos testes TRAg.
146. Os utentes passaram a poder realizar testes TRAg em farmácias, por auto-decisão, sem necessidade de prescrição médica e sem custos (pese embora, limitados a um número máximo mensal que variou ao longo do tempo)¹⁰⁰. Esta situação vigorou até maio de 2022, data a partir da qual passou a ser exigida prescrição médica para efetivação da comparticipação a 100% por parte do SNS¹⁰¹. Este regime excecional e temporário de comparticipação terminaria no final de setembro de 2022.
147. Vigorou um regime de preço máximo, fixado em 10 €, em 1 de julho de 2021, participado integralmente pelo SNS e que se manteve até 3 de dezembro 2021, data em que foi revisto em alta para 15 €. Esta revisão teve lugar por forma a incentivar a adesão de um maior número de entidades ao regime excecional e temporário em vigor, com vista a incrementar o esforço de testagem a nível nacional. Posteriormente, em 1 de março de 2022, aquele preço voltaria a ser fixado nos 10 €^{102 103 104 105}.
148. À semelhança do ocorrido com os testes TAAN, também os TRAg foram objeto de apuramento de custeio pelo INSA e de proposta da ACSS à Tutela, para inclusão nas tabelas de MCDT.
149. O primeiro custeio apurado pelo INSA para suportar a eventual fixação do preço dos testes TRAg data de 16 de fevereiro de 2021 e indicava o valor de 17,08 €, no pressuposto de realização em ambiente laboratorial. Posteriormente, em 26 de maio de 2021 é apurado novo custeio, no valor de 7,99 €, em contexto laboratorial e de 8,77 € em contexto exterior (*e.g.*, postos de colheita e postos móveis). Em 21 de fevereiro de 2022 seria ainda apurado o valor de 7,41 €, para realização em laboratório e 8,19 € no terreno. Não se conhecem outras estimativas de custeios apuradas pelo INSA^{106 107}.
150. A proposta da ACSS para alargamento do âmbito das convenções a testes rápidos de antigénio, no quadro da Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, formalizada pela DGS em 26 de outubro de 2020, foi apresentada à Tutela a 4 de novembro de 2020, não existindo evidência de despacho concordante, levando a que a ACSS não tenha procedido à atualização da tabela de MCDT no setor convencionado por forma a incluir estes testes, quando prescritos no SNS.
151. Idêntica proposta é apresentada a 17 de dezembro de 2021, com a indicação de um preço máximo a fixar de 15 €, de acordo com o disposto nas portarias que, entretanto, e desde julho de 2021, estabeleceram o regime excecional e temporário de comparticipação dos testes TRAg, quando realizados por auto-decisão do utente. Aquela proposta mereceu despacho autorizador por parte do então Secretário de Estado da Saúde e indicação de entrada em vigor a partir de 18 de dezembro de

¹⁰⁰ O número máximo de testes por utente estava limitado a quatro entre julho e novembro de 2021. Excecionalmente, durante o mês de dezembro de 2021, foi alargado a seis. Aquele limite voltou a fixar-se em quatro testes entre janeiro e fevereiro de 2022. A partir de março foi reduzido para dois testes por utente e, em final de maio de 2022, terminaria a comparticipação dos testes realizados por auto-decisão do utente, mantendo-se apenas para os testes prescritos no SNS.

¹⁰¹ Cf. [Portaria n.º 151-B/2022, de 23/05/2022](#), que remete para a [Portaria n.º 126/2018, de 08/05/2018](#), que define as regras de prescrição, registo e disponibilização de resultados de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e regula a faturação dos respetivos prestadores ao SNS.

¹⁰² [Portaria n.º 138-B/2021, de 30/06/2021](#)

¹⁰³ [Portaria n.º 281-A/2021, de 03/12/2021](#)

¹⁰⁴ Nota interna do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, referência 003/2022/IF, de 23/02/2022.

¹⁰⁵ [Portaria n.º 105/2022, de 28/02/2022](#)

¹⁰⁶ A evolução dos valores de custeio dos testes TRAg deveu-se essencialmente à redução dos custos com recursos humanos, reagentes e material diverso.

¹⁰⁷ Apesar de solicitada, não foi disponibilizada evidência acerca da eventual comparação de preços internacionais para os testes TRAg.

2021. Em conformidade, a ACSS procedeu à atualização da tabela de MCDT no setor convencionado, que passou a incluir aqueles testes ^{108 109}.

152. À semelhança do sucedido com o processo de formação dos preços dos testes TAAN, também em relação aos testes TRAg se verificou um desvio entre o preço decorrente do custeio apurado pelo INSA (um preço médio de 8,38 € e posteriormente de 7,80 €) e aqueles que viriam a ser os preços fixados pela Tutela (inicialmente de 10 €, depois revisto para 15 €, seguindo-se redução para os iniciais 10 €), daqui resultando um impacto estimado de 56,4 M€ na despesa do SNS com a participação destes testes, nos termos demonstrados no Quadro 6.
153. Com efeito, entre julho e novembro de 2021 vigou um preço de 10 €, superior em 19,3% ao custeio apurado em maio de 2021 (valor médio de 8,38 €). Esta diferença seria dilatada entre dezembro de 2021 e fevereiro de 2022, face à decisão da Tutela de rever aquele preço em alta para os 15 €, superior em 79,0% ao referido custeio. O preço regressaria aos 10 € em março de 2022, permanecendo acima do valor apurado pelo INSA. (ver Quadro 6)

Quadro 6 - Despesa adicional incorrida estimada com testes TRAg

Variáveis	julho a novembro de 2021	dezembro de 2021 a fevereiro de 2022	março a abril de 2022
Nº de testes realizados [1]	566 521	7 606 835	1 666 504
Preço médio em vigor [2] = [3] / [1]	10,00 €	14,94 €	11,14 €
Despesa [3]	5 664 427,20 €	113 667 586,00 €	18 567 430,00 €
Preço proposto [4]	8,38 €	8,38 €	7,80 €
Diferença de preços (em valor) [2]-[4]	1,62 €	6,56 €	3,34 €
Diferença de preços (em %) [2]-[4] / [4]	19,3%	78,3%	30,0%
Despesa simulada [5] = [1] x [4]	4 747 445,98 €	63 745 277,30 €	12 998 731,20 €
Despesa adicional incorrida [6] = [3] - [5]	916 981,22 €	49 922 308,70 €	5 568 698,80 €
Σ Despesa adicional incorrida	56 407 988,72 €		

Fonte: Cálculos próprios com base em informação disponibilizada pela ACSS.

Notas: 1. Os cálculos foram efetuados com base em totais mensais de faturação e número de testes TRAg conferidos pelo CCM-SNS, assumindo-se, por regra, o impacto dos preços propostos e não adotados pela Tutela no mês seguinte ao da proposta. 2. Os testes TRAg considerados respeitam aos realizados por auto-decisão do utente e prescritos pelo SNS. 3. O preço proposto considerado no período de julho de 2021 a fevereiro de 2022 resulta da média simples dos dados de custeio apurados no final de maio (7,99 € e 8,77 €, em função do contexto de realização dos testes). 4. O preço proposto considerado no período de março a abril de 2022 resulta da média simples dos dados de custeio apurados no final de fevereiro de 2022, de 7,41 € e de 8,19 €, em função do contexto de realização dos testes. 5. O preço médio em vigor foi calculado dividindo a despesa para o período pelo número de testes faturados nesse período.

154. Considerando que, desde final de outubro de 2020, a DGS passara a considerar os TRAg como opção válida na realização do diagnóstico de casos suspeitos de COVID-19, decorreriam ainda vários meses até que a sua utilização massificada fosse efetivamente promovida, com os eventuais prejuízos daí decorrentes, tanto ao nível da despesa, face ao diferencial de preços significativo para os TAAN, quanto ao nível de um mais efetivo controlo da propagação da doença, por via da intensificação da testagem da população.
155. Com efeito, seria necessário que decorressem: (i) 8 meses até à adoção de um regime excecional de participação destes testes, quando realizados por auto-decisão do utente, que promoveria de forma significativa a sua realização; e (ii) 14 meses até à entrada em vigor de um novo regime excecional e temporário de alargamento das convenções na área da patologia clínica/análises clínicas que asseguraria a participação integral dos testes prescritos no SNS, de acordo com o regime especial de preços máximos criado para esse efeito. (Vide Anexo VIII - Regime de participação dos testes TRAg)

¹⁰⁸ Para maior detalhe acerca da evolução do regime de participação referido vide Anexo VIII - Regime de participação dos testes.

¹⁰⁹ [ACSS. Atualização da tabela de MCDT da área A-análises clínicas, relativamente ao teste de diagnóstico laboratorial SARS-CoV-2 \(COVID-19\) teste rápido de antígeno \(TRAg\), de 18/12/2021.](#)

8.3. Rastreo de contactos

156. Em maio de 2021, a OMS definia o rastreo de contactos (*contact tracing*) como o processo de identificação, avaliação e gestão das pessoas expostas a um caso confirmado de COVID-19, contribuindo, em conjunto com o isolamento dos contactos identificados por essa via, para a interrupção de cadeias de transmissão e constituindo uma ferramenta de saúde pública essencial para o controlo da disseminação do vírus. Adicionalmente, podia também contribuir para que pessoas com maior risco de desenvolver quadros críticos da doença pudessem mais rapidamente obter cuidados médicos¹¹⁰.

8.3.1. Expansão da capacidade de rastreo

157. Em termos operacionais, o rastreo de contactos consistia no contacto direto com o caso confirmado, que permitia a identificação das respetivas pessoas de contacto e a sua estratificação em função do respetivo risco de infeção. De seguida, e essencial para a eficaz quebra de cadeias de transmissão, havia a necessidade de contactar estas pessoas, no mais curto espaço de tempo para, em função da estratificação de risco efetuada, recomendar as medidas de saúde pública adequadas (autoisolamento, testagem, entre outras).
158. Numa fase inicial da resposta pandémica, o rastreo de contactos implicava duas atividades distintas, mas relacionadas, desenvolvidas por duas equipas diferenciadas: (i) uma equipa de “inquiridores”, responsável pela gestão do “caso” e pela realização dos inquéritos epidemiológicos (IE), constituída por profissionais com maior grau de diferenciação, que faziam o contacto com o caso confirmado, identificavam os seus contactos, estratificavam-nos em função do risco e registavam esta informação; e (ii) uma equipa de “isoladores”, que recebia a informação dos contactos do caso confirmado, com a respetiva estratificação de risco e que efetuava o conseqüente contacto com estas pessoas, de acordo com um guião pré-definido.
159. Contudo, ao longo do desenrolar da pandemia, a abordagem prática à atividade de rastreo de contactos, bem como aos conceitos associados, foi sendo ajustada ao contexto epidemiológico e aos recursos existentes. De uma maneira geral, a referência à realização de inquéritos epidemiológicos integraria e corresponderia também à atividade de rastreo de contactos.
160. Em sede de contraditório, o vogal do Conselho Diretivo da ARSLVT esclareceu que *“numa fase mais inicial da resposta da Saúde Pública no que diz respeito ao rastreo de contactos, o inquérito epidemiológico e o isolamento eram feitos pelos rastreadores”*. E estes, inicialmente, foram constituídos, maioritariamente por profissionais das Unidades de Saúde Pública.
161. Acrescenta, ainda, que *“numa fase posterior, em janeiro de 2021, (...) a metodologia de inquérito em Lisboa e Vale do Tejo, foi reformulada e uniformizada e as equipas, a nível regional, foram reorganizadas em equipa de “isoladores” e em equipa de “rastreadores”*. Os primeiros iniciavam o contacto prévio com o caso, e os segundos, mais diferenciados, avaliavam o risco de cada contacto.
162. Inicialmente enquadrada pela Norma 4/2020, de 23/03/2020, da DGS, a atividade de rastreo de contactos, a cargo das autoridades de saúde de nível regional e local, correspondentes aos departamentos de saúde pública (DSP) e às unidades de saúde pública (USP), respetivamente, foi depois objeto de orientação específica, com a publicação da Norma 015/2020, de 24/06/2020, também da DGS.
163. Esta sedimentou a estratégia *“test-track-trace”*: (i) fixou o período de transmissibilidade para efeitos de rastreo de contactos; (ii) estratificou, com base no risco de exposição, os contactos de um caso COVID-19 e fez depender dessa estratificação o tipo de vigilância a atribuir; (iii) indicou as situações

¹¹⁰Em <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-contact-tracing>.

para prescrição de teste laboratorial; e (iv) fixou em 12 horas a janela horária ideal para a realização da investigação epidemiológica ¹¹¹.

164. Com o aumento do número de infetados pelo vírus SARS-CoV-2 impôs-se a reorganização das equipas de saúde dos departamentos e unidades de saúde pública, a adoção de novas metodologias de trabalho e a mobilização de recursos materiais e humanos de outras unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e de outras áreas profissionais. Foi o que dispôs a atualização, de 19 de fevereiro de 2021, da Norma 015/2020 ¹¹².
165. Para a efetivação do reforço das equipas de saúde os departamentos de saúde pública e as unidades de saúde dos ACES recorreram maioritariamente à reafecção de profissionais das suas estruturas, que, sob a orientação técnica das autoridades de saúde, apoiaram a atividade de investigação epidemiológica.
166. Assim, foram chamados a colaborar enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, médicos do internato médico de formação geral, nutricionistas, psicólogos, médicos dentistas, entre outros e ainda médicos aposentados de saúde pública e de outras especialidades. Por sua vez, os médicos de medicina geral e familiar intervieram essencialmente no acompanhamento clínico dos casos confirmados e, em algumas regiões de saúde, na prescrição de testes.
167. A Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, no contraditório apresentado, informou, ainda, *“(...) ter existido, no ano de 2021, a contratação ao setor privado de serviços médicos para a realização de inquéritos epidemiológicos e de rastreio junto da população, serviços esses que foram solicitados pelo Departamento de Saúde Pública (DSP)(...) e que serviram precisamente para suprir carências de recursos humanos.”*
168. Foi ainda efetivado, no final de 2020, o recurso aos militares das Forças Armadas que, de forma mais ou menos ampla e atendendo às necessidades específicas das autoridades de saúde regionais e locais, apoiaram a atividade de rastreio de contactos, a realização de inquéritos epidemiológicos e de contactos prévios. Também colaboraram com as autoridades de saúde profissionais cedidos pelas autarquias locais e voluntários do ensino superior¹¹³.
169. De acordo com os dados reportados à DGS pelas autoridades de saúde regionais e locais, entre dezembro de 2020 e início de janeiro de 2022, terão estado afetos à realização de inquéritos epidemiológicos e ao rastreio de contactos, em média, por dia, cerca de 277 profissionais, dos quais 40% correspondiam a recursos não geridos pelas USP e que incluíam, entre outros, militares das Forças Armadas, técnicos superiores e ainda médicos dentistas¹¹⁴ ¹¹⁵.

¹¹¹ A atualização de 19/02/2021 da Norma 015/2020 alargou o período de início de realização do inquérito epidemiológico e rastreio de contactos para as 24 horas seguintes ao conhecimento da existência do caso de COVID-19.

¹¹² A norma esclarece ainda que *“a investigação epidemiológica é operacionalizada através da realização do inquérito epidemiológico que consiste na recolha sistemática de informação referente aos casos suspeitos e confirmados da infeção por SARS-CoV-2 para a implementação de medidas de prevenção e controlo. Para cada caso são recolhidos, pelo menos, os dados de identificação, a informação demográfica e informação clínica, de modo a estabelecer o período de infecciosidade, complementados com dados que permitam indiciar a fonte de infeção e o modo de transmissão bem como a identificação de contactos e a avaliação de risco”*. Esta informação é registada no formulário disponível na aplicação informática de suporte ao SINAVE.

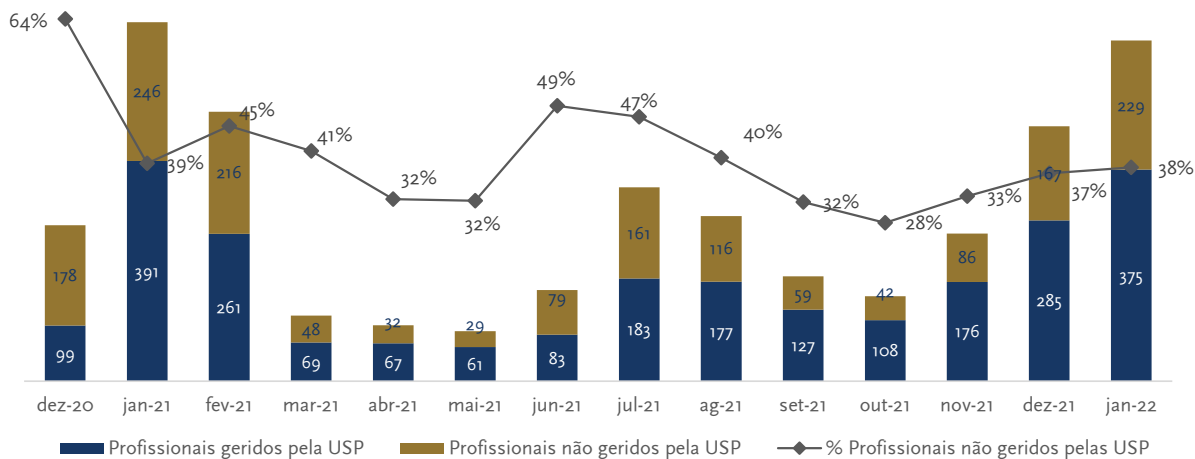
¹¹³ O Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020, de 06/11/2020, que declarou o estado de emergência, a partir de 9 de novembro, previu que as autoridades e serviços de saúde recorressem às Forças Armadas e de Segurança para a realização de inquéritos epidemiológicos, rastreio de contactos e seguimento de pessoas em vigilância ativa. Consequentemente o Decreto n.º 8/2020, de 08/11/2020, que regulamentou aquele estado de emergência, previu mecanismos de reforço da capacidade de investigação epidemiológica consubstanciados na mobilização de recursos humanos, não necessariamente profissionais de saúde e onde se incluíram os militares das Forças Armadas.

¹¹⁴ Número de profissionais equivalentes de tempo completo (ETC).

¹¹⁵ Informação recolhida pela DGS através do que designou como “formulário de partilha de dados”, consistindo num ficheiro Excel partilhado via aplicação Teams, que cada DSP preenchia diariamente com as métricas solicitadas pela DGS, tendo por base a informação previamente recolhida junto das respetivas USP. Da análise efetuada pelo TdC, a fiabilidade e a coerência desta informação apresenta fragilidades, de que se destacam a ausência de dados reportados em várias das datas de reporte consideradas, o caráter manual do reporte, o reporte de valores incongruentes e a identificação de padrões de reporte assentes na repetição de dados. Como tal, não é possível aferir o grau de erro ou imprecisão presente naquela informação.

170. No período analisado, o número médio diário de profissionais afetos à realização de inquéritos epidemiológicos e ao rastreio de contactos terá variado entre os 637 profissionais indicados para janeiro de 2021 e os 90 reportados para maio desse ano.

Gráfico 6 – Nº médio diário de profissionais afetos à realização de IE e rastreio de contactos



Fonte: Elaboração própria, com base em dados disponibilizados pela DGS.

Nota: 1. Os profissionais geridos pelas USP respeitam aos recursos com vínculos contratuais com USP/ACES/ARS. 2. Os valores apresentados são a média diária mensal, apurada com base no somatório, por dia, do número de profissionais reportados pelas várias USP, excluindo os registos para os quais não existiram dados reportados para as métricas “Profissionais geridos pela USP” e “Profissionais não geridos pela USP” (campos em branco), mas incluindo os registos em que os dados reportados eram nulos, em pelo menos uma daquelas métricas.

171. Na análise por região de saúde, destaca-se Lisboa e Vale do Tejo que, face aos dados reportados terá tido uma média diária de cerca de 137 profissionais afetos à realização de IE e ao rastreio de contactos, dos quais cerca de dois terços (66%; 90 profissionais) respeitavam a profissionais não geridos pelas USP. Em contraponto, na região de saúde do Norte, aquela percentagem terá sido de apenas 18%, para um número médio de 103 profissionais por dia.

172. Nas regiões de saúde do Centro e do Alentejo, o número médio diário de profissionais foi similar, 12 e 13, respetivamente, pese embora com picos registados nos meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021, e a percentagem de profissionais não geridos pelas respetivas USP também seguiu a mesma tendência, situando-se em torno dos 20%. A região de saúde do Algarve terá registado a percentagem mais baixa (6%), para uma média diária de 20 profissionais.

173. Contudo, importa referir que, da análise efetuada pelo TdC, a informação relativa ao número de profissionais afetos à realização de IE e ao rastreio de contactos, reportada pelas autoridades de saúde regionais e locais, apresenta fragilidades ao nível da respetiva qualidade, que não permitem aferir o grau de erro ou imprecisão presente na mesma, pelo que a sua leitura deverá ser feita à luz desta limitação¹¹⁶. (Vide ponto 8.3.2 e Anexo XII – Tratamento e qualidade dos dados)

A solução de rastreio de proximidade digital StayAway COVID

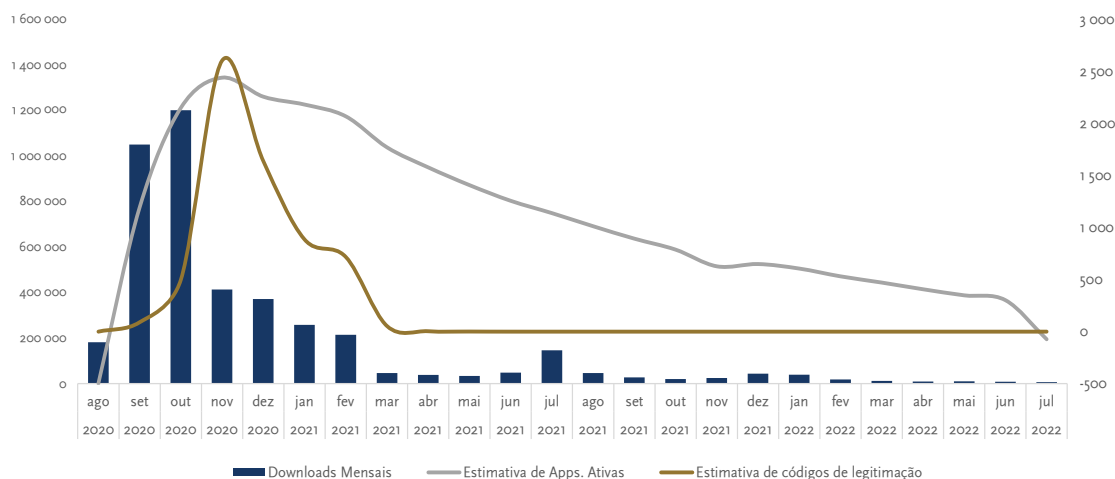
174. Mencionar ainda que, à semelhança da maioria dos países europeus e em linha com as recomendações de organismos internacionais como a OMS e o ECDC, Portugal promoveu o desenvolvimento de uma solução de rastreio de proximidade digital, a aplicação *StayAway* COVID, em complementaridade da estratégia de rastreio de contactos adotada e da sua abordagem convencional. Este tipo de solução podia trazer vantagens em contextos de transmissão comunitária alargada,

¹¹⁶ De entre as questões identificadas, destacam-se a ausência de dados reportados para as métricas em análise em várias das datas de reporte consideradas, o carácter manual do reporte e a identificação de padrões de reporte assentes na repetição de dados.

quando a capacidade de rastreio convencional estivesse no seu limite, face ao elevado número de casos e à limitação de recursos ¹¹⁷ ¹¹⁸. (Vide igualmente o Ponto 8.4)

- 175. Aquele sistema foi desenvolvido pelo Instituto de Engenharia de Sistemas de Computadores, Ciência e Tecnologia (INESC TEC), em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) e as empresas *Keyruptive* e *Ubirider* e beneficiou de um apoio especial para o seu desenvolvimento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), no montante de 400 mil euros.
- 176. Contudo, os dados disponíveis para o período em que a aplicação esteve ativa, entre 1 de setembro de 2020 e 19 de julho de 2022, revelam uma utilização meramente marginal e com muito fraco impacto na identificação de contactos de risco, contrariando as elevadas expectativas existentes aquando do seu lançamento.
- 177. Não obstante os 4,2 milhões de *downloads* efetuados (cerca de 78% da população alvo estimada), apenas foram emitidos 15.971 códigos de legitimação, correspondentes a casos confirmados e, destes, estima-se que somente 6.494 terão sido registados na aplicação *StayAway* COVID. Este registo constituía condição necessária para a identificação e notificação de alertas para os contactos de risco dos casos confirmados¹¹⁹ ¹²⁰. (Gráfico 7) (Vide Anexo IX – Soluções de rastreio de proximidade digital)

Gráfico 7 - Evolução mensal da utilização do sistema *StayAway* COVID



Fonte: Elaboração própria. Dados do Instituto de Engenharia de Sistemas de Computadores, Ciência e Tecnologia (INESC TEC).

- 178. De acordo com um estudo da CE, de dezembro de 2022, que analisou as melhores práticas adotadas por 27 países europeus do espaço UE/EEE, Suíça e Reino Unido, na utilização das aplicações de rastreio digital de contactos e o seu impacto na situação epidemiológica e na interoperabilidade transfronteiriça, foram poucas as publicações relacionadas com a avaliação da eficácia dos aplicativos de rastreio digital de contactos. A Comissão concluiu pelo elevado grau de heterogeneidade nos objetivos das avaliações e nas metodologias utilizadas, aliado a um número limitado de indicadores produzidos. Com efeito, o número de *downloads* das aplicações surgiu como único indicador comum

¹¹⁷ O Quadro 22, no Anexo IX – Soluções de rastreio de proximidade digital, identifica e descreve as características das soluções adotadas em mais de 25 países europeus, entre os quais Portugal.

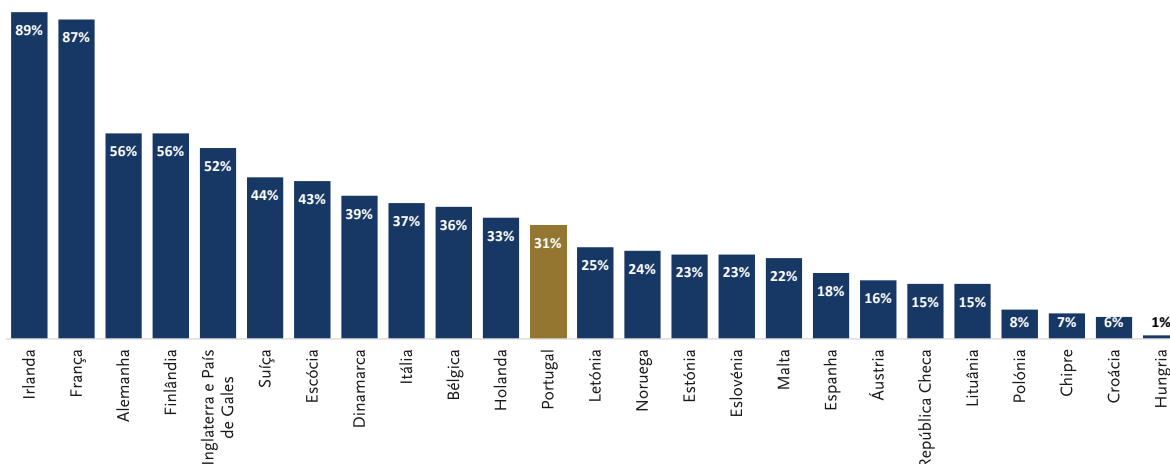
¹¹⁸ [Indicator framework to evaluate the public health effectiveness of digital proximity tracing solutions \(europa.eu\)](https://www.euro.who.org/en/health-topics/diseases-and-conditions/coronavirus/indicator-framework-to-evaluate-the-public-health-effectiveness-of-digital-proximity-tracing-solutions), World Health Organization and European Centre for Disease Prevention and Control, 2021.

¹¹⁹ Os códigos de legitimação eram cedidos por um profissional médico a pedido dos utentes diagnosticados com COVID-19 para que estes pudessem registar os respetivos códigos na aplicação e assim permitir a identificação e notificação de alertas para os seus contactos de risco.

¹²⁰ Dados disponibilizados pelo INESC-TEC. Para adicional detalhe *vide* Anexo IX – Soluções de rastreio de proximidade digital.

à quase totalidade dos países europeus analisados. Contudo, este refletia apenas a intenção de utilização por parte dos cidadãos e não a sua utilização efetiva¹²¹. (Gráfico 8)

Gráfico 8 - Percentagem da população que efetuou *downloads* das aplicações de rastreio digital de contactos



Fonte: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/covid-19-digital-contact-tracing-study>

8.3.2. Monitorização da atividade e qualidade dos dados reportados

179. A evolução da infeção por SARS-CoV-2 tornou o procedimento padrão de vigilância epidemiológica instituído desadequado à rápida identificação dos casos suspeitos e/ou confirmados e respetivos contactos, dificultando a promoção imediata de medidas de saúde pública, como o isolamento profilático e a testagem. De entre os principais constrangimentos identificados destacam-se:

- i. A desadequação do modelo de investigação epidemiológica e de inquérito epidemiológico padronizado existente no SINAVE, à realidade pandémica da COVID-19, caracterizada pelo crescimento exponencial do número de casos confirmados;
- ii. As limitações da plataforma de suporte ao SINAVE para lidar com o excecional volume de informação a recolher, tornando o registo dos inquéritos epidemiológicos um processo moroso, pouco eficiente e sujeito a falhas.

180. Para colmatar estes constrangimentos e suportadas na prerrogativa da autonomia técnica, as autoridades de saúde adotaram as ferramentas de registo e monitorização de vigilância epidemiológica que entenderam melhor se lhes adequar, face às necessidades e recursos existentes, desenvolvendo respostas locais, casuísticas e autónomas. Estas soluções, inicialmente contingenciais, tornaram-se em muitos casos permanentes, face não só aos recursos que foram afetos ao seu desenvolvimento, mas também à eventual descontinuidade de processos que a transição para soluções alternativas poderia trazer.

181. Adicionalmente, a DGS emitiu orientações no sentido de simplificar e agilizar o processo de recolha de dados no âmbito da vigilância epidemiológica, na plataforma de suporte ao SINAVE, deixando de ser necessária a associação de uma notificação clínica a uma notificação laboratorial de resultado positivo para a COVID-19, para a consideração de um caso confirmado, e passando a bastar apenas esta última¹²².

¹²¹ [Digital contact tracing study - Publications Office of the EU \(europa.eu\)](https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/covid-19-digital-contact-tracing-study)

¹²² Sobre esta temática a DGS, por email de 31.08.2022, informou que “Em Portugal, qualquer cidadão podia recorrer ao médico assistente, ao Centro de Contacto do SNS (SNS24) ou, mais tarde, diretamente a farmácias e laboratórios, com o objetivo de realizar um teste laboratorial para a COVID-19, independentemente de ter ou não uma suspeita clínica. Inicialmente, o processo de recolha de dados no âmbito da vigilância epidemiológica tinha por base uma notificação clínica por um médico, realizada no momento de suspeita de COVID-19, seguida da realização de um teste laboratorial pelo indivíduo e de

182. Referir, igualmente, que o nível de detalhe dos inquéritos epidemiológicos realizados (padronizado no SINAVE) variou ao longo do período de resposta à pandemia, tendo em conta o conhecimento da doença e o volume de casos reportados, no sentido da sua diminuição e simplificação, conforme indicado pelas autoridades de saúde regionais.
183. Ainda com a preocupação de agilizar procedimentos e encurtar os tempos para o contacto com os casos confirmados, as autoridades de saúde regionais e locais adotaram, na sua maioria, nos períodos de maior *stress* epidemiológico, e em momento anterior à realização do inquérito epidemiológico, o procedimento do contacto prévio. Um formato de contacto simplificado e breve, que permitia transmitir a indicação de isolamento ao caso confirmado e seus coabitantes, se aplicável, e a preparação da lista de contactos para estratificação do risco e aplicação de medidas de saúde, incluindo o acesso à realização de teste à COVID-19¹²³ ¹²⁴.
184. De acordo com as evidências recolhidas, a informação registada no SINAVE não foi utilizada pela DGS para efeitos da monitorização e avaliação da atividade de rastreio de contactos (entendida, genericamente, como correspondendo à realização de inquéritos epidemiológicos). No âmbito da análise dos dados disponibilizados ao TdC, foram identificadas várias inconsistências relacionadas com os registos feitos naquele sistema. (*Vide Anexo XII – Tratamento e qualidade dos dados*)
185. Acresce o facto de, face às limitações e constrangimentos associados ao registo da informação de inquéritos epidemiológicos no SINAVE, não ser possível assegurar que a totalidade da atividade desenvolvida tenha sido efetivamente registada naquele suporte.
186. Pese embora a DGS tenha esclarecido que “*Não foram identificadas, nem quantificadas, as situações em que por algum motivo não tenha sido possível recolher a informação do inquérito epidemiológico e que não se encontre registada na plataforma de suporte ao SINAVE*”. Acrescentou que “*A ausência de registos nesta plataforma poderá dever-se ao aumento da incidência da infeção, com maior volume de notificações, à necessidade de privilegiar a intervenção (seguimento clínico e isolamento dos casos, e rastreio e isolamento profilático dos contactos) sobre o registo, e eventualmente à impossibilidade de contacto com os casos e respetivos contactos (chamadas não atendidas, contactos telefónicos errados ou não atualizados, etc.)*.”¹²⁵
187. Deste modo, a monitorização e avaliação da atividade de rastreio de contactos, vertida em relatórios publicados pela DGS, assentou essencialmente na informação recolhida através de um “formulário de partilha de dados” que consistia, em termos práticos, num ficheiro *Excel*/partilhado via aplicação *Teams*, que cada DSP regional preenchia diariamente com as métricas solicitadas pela DGS (e cujas definições constavam daquele ficheiro), tendo por base a informação previamente recolhida junto das respetivas USP locais.
188. Estas métricas compreendiam: (i) o número de notificações identificadas pela USP; (ii) o número de inquéritos epidemiológicos iniciados; (iii) o número de inquéritos epidemiológicos finalizados nas

uma notificação laboratorial do resultado desse teste pela entidade laboratorial, com a criação de um Caso na plataforma de suporte ao SINAVE pelas Autoridades de Saúde e equipas de saúde pública (que incluía informação da notificação clínica de forma automática e informação do inquérito epidemiológico preenchida pela Autoridade de Saúde), no qual a notificação laboratorial era associada ao Caso. Posteriormente, este caso era validado e enviado ao nível regional. Face ao aumento do volume de notificações este processo de recolha de dados teve de ser alterado pela “(...) dificuldade dos médicos em proceder a notificações clínicas atempadamente ou do registo da informação dos inquéritos epidemiológicos na plataforma de suporte ao SINAVE pelas Autoridades de Saúde locais e respetivas equipas de saúde pública atempadamente”.

¹²³ Apenas a autoridade de saúde regional do Norte indicou ter comunicado o seu entendimento desfavorável quanto a esta abordagem, quer às autoridades de saúde locais (ASL), quer à autoridade de saúde nacional (ASN), “(...) pelo que, nos casos em que esse procedimento foi adotado, a ASR não acompanhou esse processo.”

¹²⁴ A monitorização destes contactos foi efetuada nas plataformas locais de apoio ao inquérito epidemiológico adotadas pelos respetivos departamentos e unidades de saúde pública.

¹²⁵ Cf. esclarecimentos prestado através de e-mail da DGS, de 21 de setembro de 2022.

primeiras 24 horas; (iv) o número de inquéritos epidemiológicos finalizados; e (v) o número de inquéritos epidemiológicos por finalizar¹²⁶.

189. Contudo, as definições destas métricas prestavam-se a diferentes entendimentos por parte de USP distintas, ou, mesmo, a sofrer alterações de entendimento, por parte das USP, ao longo do tempo, não existindo garantia (ou mecanismos que a promovessem) de que todas as USP terão reportado dados de acordo com um entendimento uniforme das métricas alvo de reporte.
190. A título ilustrativo, o conceito de inquérito epidemiológico (IE) finalizado não especificava, claramente, se este incluía ou não incluía o contacto com os contactos identificados dos casos confirmados¹²⁷.
191. Não obstante os constrangimentos mencionados – a multiplicidade de diferentes ferramentas de gestão utilizadas pelas USP e DSP, a possibilidade de distintos entendimentos dos conceitos associados às métricas a reportar e o carácter manual do reporte de dados – a informação recolhida através daquele “formulário de partilha de dados” suportou o apuramento de indicadores operacionais em relatórios de monitorização e acompanhamento publicados pela DGS¹²⁸.
192. A análise da informação agregada obtida através daquele formulário, para o período de 3 de novembro de 2020 a 5 de janeiro de 2022¹²⁹, permitiu identificar incongruências que indiciam fragilidades na qualidade da informação reportada. Destacam-se a ausência ou reporte de dados nulos para certas métricas, a incoerência dos dados em métricas relacionadas (*e.g.*, IE iniciados e IE finalizados) e estratégias de reporte assentes na repetição dos dados reportados. O Quadro 7 descreve e ilustra, por ARS, as principais questões identificadas.

¹²⁶ O “número de notificações identificadas pela USP” correspondia às notificações de casos confirmados, com origem na plataforma informática de suporte ao SINAVE, para os quais seria necessária a realização de inquéritos epidemiológicos por parte das autoridades de saúde. Pese embora a informação de número de notificações identificadas pela USP resultasse da sua consulta ao SINAVE, o seu reporte à DGS dependia da inserção manual daqueles dados por parte da USP.

¹²⁷ Tomando como exemplo a ARS Norte e o respetivo DSP, de acordo com informação transmitida no decurso do trabalho de campo, este começou por entender que o IE finalizado incluiria a realização de contactos junto dos contactos identificados dos casos confirmados. Contudo, este entendimento sofreu adaptações ao longo do tempo, em virtude do crescimento exponencial do número de casos confirmados.

Como tal, a partir de dado momento, passou a considerar-se como IE finalizado apenas o contacto com o caso confirmado e a identificação e estratificação de risco dos respetivos contactos, sem incluir o subsequente contacto com estes últimos. Como estratégia de recurso, o contacto feito com o caso confirmado passou a incluir uma tónica de corresponsabilização, sendo-lhe solicitado que atuasse de forma proativa e colaborativa com os serviços de saúde pública, transmitindo diretamente um conjunto de informações aos seus contactos, atuando como facilitador da adoção de adicionais medidas de prevenção.

¹²⁸ Designadamente, os relatórios de avaliação da realização de inquéritos epidemiológicos no âmbito da COVID-19 e os relatórios de monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19.

¹²⁹ Período para o qual existiam dados disponíveis, partilhados com o Tribunal pela DGS.

Quadro 7 – Questões relativas à qualidade dos dados reportados pelos DSP

ARS Norte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de dados reportados <ul style="list-style-type: none"> ✓ N.º de IE finalizados nas primeiras 24 horas (em 99,99% do período de reporte); ✓ N.º de IE iniciados (em 21,7% do período de reporte).
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incoerência dos dados reportados <ul style="list-style-type: none"> ✓ N.º de IE iniciados reportados foi 5,2% do n.º total de IE finalizados indicados à DGS.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégias de reporte de dados assentes na repetição dos dados reportados (e.g., USP que reportou os mesmos dados de atividade em 312 dias de um total de 423 dias de reporte).
ARS Centro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de dados reportados ou reporte de dados nulos para o n.º de IE iniciados (em 42% do período de reporte);
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incoerência dos dados reportados <ul style="list-style-type: none"> ✓ N.º de IE iniciados reportados é inferior a metade (44,5%) do n.º total de IE finalizados indicados à DGS; ✓ N.º de IE por finalizar, variável cumulativa, foi reportado como nulo em mais de 2/3 do total de dias de reporte analisados.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégias de reporte de dados assentes na repetição dos dados reportados (e.g., USP que reportaram dados nulos em cerca de 1/3 do total dos dias de reporte analisados).
ARS LVT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparente padrão comum de reporte de dados repetidos em períodos de 2 e 3 dias consecutivos
ARS Alentejo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A existência de reporte de dados repetidos em períodos de vários dias consecutivos.

Fonte: Elaboração própria com base em ficheiro disponibilizado pela DGS.

Nota: Relativamente à ARS Algarve não se identificaram situações de ausência e/ou de incongruência nos dados reportados.

193. No âmbito do inquérito realizado junto das autoridades de saúde regionais, salientam-se as seguintes explicações para as situações identificadas:

- i.) Priorização da intervenção das autoridades de saúde em detrimento de tarefas relacionadas com o preenchimento e reporte de dados;
- ii.) A sobrecarga dos profissionais de saúde pública e a ausência de ferramentas de extração e reporte automático de dados;
- iii.) A adoção de formatos de contacto simplificados e breves (“contactos prévios”), previamente à realização de inquéritos epidemiológicos e por vezes em sua substituição;
- iv.) A não utilização de certas métricas de reporte (e.g., IE iniciados, reportando apenas IE finalizados), por questões de otimização de recursos e processos, considerando que o seu reporte assentava em procedimentos manuais.

194. Adicionalmente, o tratamento centralizado dos dados reportados pelos DSP para efeitos de elaboração dos relatórios de monitorização da atividade de realização de inquéritos epidemiológicos implicou a adoção de pressupostos destinados a endereçar a ausência de dados reportados em certas métricas e questões de coerência. Como tal, o apuramento de indicadores de desempenho com base naqueles dados, como sejam o “isolamento até 24 horas” ou a “% de contactos rastreados isolados” foi influenciado pelos pressupostos assumidos.¹³⁰

195. Tendo em consideração as questões identificadas pelo TdC quanto à qualidade da informação relativa à atividade de rastreio de contactos e a ausência de evidência da instituição de mecanismos que permitissem assegurá-la com segurança razoável, não é possível avaliar em que medida aquela reflete apropriadamente a realidade da atividade desenvolvida. Assim sendo, a análise dos resultados alcançados, desenvolvida sumariamente no Ponto 8, saiu prejudicada pelas fragilidades identificadas e deverá ser lida à luz das mesmas.¹³¹

¹³⁰ A Diretora-Geral da Saúde, quando questionada acerca das incongruências e ausências de dados detetadas na informação acerca da atividade de inquéritos epidemiológicos, com previsíveis reflexos no apuramento de indicadores de desempenho relacionados, prestou esclarecimentos específicos sobre o modo como foram endereçadas aquelas situações e indicou que: “De forma genérica a Direção-Geral da Saúde tenta representar a realidade da melhor forma possível com os dados que são gerados. Isso leva a que no processo de limpeza e análise de dados sejam tomadas opções metodológicas que achamos que melhoram a representação da realidade. Todas as inconsistências nos dados e valores improváveis ou improváveis são genericamente eliminadas durante o processo de análise.”, cf. e-mail da DGS datado de 16 de setembro de 2022.

¹³¹ Para maior detalhe acerca das questões relacionadas com a qualidade da informação, em particular, a sua coerência e fiabilidade vide Anexo XII – Tratamento e qualidade dos dados.

8.4. *Sistemas de informação*

196. O crescimento muito substantivo do número de infeções verificado em Portugal, ao longo da pandemia, e de forma generalizada a nível mundial, tornou a vigilância epidemiológica no contexto da COVID-19 extremamente exigente ao nível da afetação de recursos, humanos e tecnológicos, gerando, entre outras, necessidades incrementais significativas quanto à capacidade existente de tratamento e processamento de volumes massivos de dados, bem como de assegurar a interoperabilidade entre sistemas e fontes de informação.
197. Neste contexto, o sistema de informação de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), também comumente designado, para efeitos de simplificação, como SINAVE, revelou limitações várias que constrangeram a capacidade de resposta às exigências colocadas pela pandemia.
198. Um dos constrangimentos verificados relacionou-se com a capacidade de processamento de dados. Como referido no âmbito do inquérito efetuado junto das autoridades de saúde regionais (ASR) esta *“(...) plataforma informática não se encontrava dimensionada para lidar com o volume de dados que foi necessário reportar. Este facto levou a ineficiências, como o “crash” do sistema informático e a lentidão na sua utilização.*”¹³²
199. Outro dos constrangimentos identificados prendeu-se com a existência de atrasos nas notificações laboratoriais. Segundo as autoridades de saúde regionais, este processo de notificação, sobretudo nas fases iniciais da pandemia, não ocorria dentro da janela temporal de 24 horas definida como ideal. Esta circunstância determinou a criação de mecanismos paralelos de conhecimento das notificações de casos confirmados, assentes na comunicação direta com os laboratórios, que diariamente disponibilizavam esta informação às ASR, por norma através de e-mail.¹³³
200. O intento destes mecanismos redundantes era garantir o conhecimento atempado de todos os casos confirmados, a fim de garantir uma mais pronta intervenção, face aos atrasos registados no SINAVE. Exigiam a existência de bases de dados locais para fazer a gestão dessa informação e a sua reconciliação com as notificações recebidas via SINAVE, para obviar a duplicações no universo de casos confirmados.
201. A necessidade de desenvolver e manter aqueles sistemas retirou eficiência aos processos associados e sobrecarregou adicionalmente as ASR, num contexto de significativa escassez de recursos. Muitos daqueles mecanismos permaneceram em uso ao longo de toda a pandemia.
202. Também ao nível da realização de inquéritos epidemiológicos (atividade que integrava o rastreio de contactos) o SINAVE apresentou limitações. Foram destacadas, entre outras, o facto de não estar vocacionado para o acompanhamento dos casos e respetivos contactos, a ausência de funcionalidades para a vigilância de contactos e a demora no processamento dos registos dos inquéritos epidemiológicos. Este processo foi descrito como moroso e limitador¹³⁴.
203. Em resultado, a maioria das autoridades de saúde regionais (quatro em cinco), quando questionadas quanto às plataformas e sistemas utilizados para registo da atividade de inquéritos epidemiológicos, indicaram “Vários, dependendo da USP e/ou período temporal em causa, ao longo da resposta à pandemia”. A análise das respostas recebidas permite perceber da heterogeneidade das soluções adotadas dentro de cada região de saúde e entre regiões, bem como dos recursos exigidos para o seu desenvolvimento e manutenção¹³⁵. (*Vide Anexo XI – Análise das respostas do inquérito às autoridades de saúde regionais, Quadro 28*)

¹³² Resposta da autoridade de saúde regional do Norte.

¹³³ A autoridade de saúde regional do Norte descreveu em detalhe os sistemas localmente desenvolvidos para processar e gerir esta informação e para suportar a gestão e acompanhamento de atividade de rastreio de contactos por parte das autoridades de saúde locais.

¹³⁴ Com base na resposta da autoridade de saúde regional do Centro, alinhada com respostas das demais autoridades regionais.

¹³⁵ A questão colocada às ASR, no âmbito do ponto do questionário relativo aos “Sistemas de Informação”, foi “*Em que plataforma foram registados os Inquéritos Epidemiológicos desenvolvidos ao nível da região?*” Sendo uma pergunta para resposta de escolha

204. Outros constrangimentos identificados remeteram para a ausência de interoperabilidade entre sistemas relevantes, o funcionamento em ambiente *web*, descrito como lento e pouco “amigável” e a complexidade do modelo de inquérito epidemiológico previsto. Aliás, relativamente a esta última questão, e como já referido no ponto 8.3, as autoridades de saúde pública diminuíram e simplificaram o detalhe dos inquéritos epidemiológicos realizados ao longo da pandemia, em função da evolução do volume de casos reportados.
205. Como resposta às insuficiências do SINAVE foi lançado, em final de novembro de 2020, o BI SINAVE, “*um novo sistema de tratamento, análise e comunicação de dados mais dinâmico, no âmbito da pandemia COVID-19.*” A nova plataforma permitia a recolha de um maior volume de informação, assegurando maior qualidade e rapidez na atualização dos dados laboratoriais¹³⁶.
206. Este sistema visou disponibilizar “*(...) uma contabilização geral da pandemia mais atualizada e mais detalhada ao cidadão, equipas de intervenção locais, academia e decisores políticos.*” Permitindo maior capacidade de processamento de dados e melhor articulação e suporte com outras plataformas, designadamente, com a aplicação Trace COVID-19 e o Registo Nacional de Utentes (RNU)¹³⁷.
207. De entre as vantagens apontadas pelas ASR contam-se a integração de informação das plataformas SINAVE e VACINAS, a possibilidade de consultas gráficas (através de *dashboards*) e de exportação de dados para ficheiros de trabalho. Como limitação foi referido o facto de as autoridades de saúde locais (ASL) não acederem a este novo sistema, obrigando à exportação e partilha de dados pelas ASR, o que limitou a sua utilidade ao nível das atividades de vigilância epidemiológica e de rastreio de contactos¹³⁸.
208. Adicionalmente, foi ainda desenvolvida pela DGS, em articulação com a SPMS, a plataforma Trace COVID-19, que visava “*Dar suporte aos profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários, hospitalares e similares, bem como às Equipas de Saúde Pública e Autoridades de Saúde, para a realização de registos detalhados de informação específica sobre os casos, respetivo rastreio de contactos, vigilância e seguimento clínico a doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19.*”¹³⁹
209. Esta plataforma foi genericamente vista como uma mais-valia, graças não só às funcionalidades próprias de que foi sendo dotada, tais como o registo de informação de vigilância clínica (no contexto da medicina geral e familiar), epidemiológica (ao nível da saúde pública) e a possibilidade de emissão de declarações de isolamento profilático (individuais e em massa) e de alta. Como também, pelo facto de integrar informação do SINAVE, relativa aos resultados laboratoriais, do sistema VACINAS, quanto ao estado vacinal COVID-19 e do RNU¹⁴⁰.
210. Por fim, e como medida complementar às abordagens tradicionais ao rastreio de contactos, em contexto de resposta pandémica, foi também desenvolvida e implementada uma solução de rastreio de proximidade digital, o sistema *StayAway* COVID, já abordada no ponto 8.3.1, adotando recomendações internacionais nesta matéria e em linha com a atuação da maioria dos países europeus¹⁴¹.
211. Com arranque a 1 de setembro de 2020 e interrupção a 19 de julho de 2022, esta aplicação recorria ao uso de *smartphones* como meio de capturar as interações anonimizadas entre indivíduos para, com base nessa informação, gerar alertas quando se identificassem situações de exposição a fatores de risco, enquadradas em critérios de proximidade e duração de contactos com indivíduos com infeção

múltipla, as opções existentes eram: a) SINAVE; b) Trace-COVID-19; c) Formulário eletrónico próprio; d) Vários dependendo da USP e/ou período temporal em causa, ao longo da resposta à pandemia.

¹³⁶ [Nova plataforma BI SINAVE melhora sistema de informação COVID-19.](#)

¹³⁷ *Ibidem.*

¹³⁸ Com base nas respostas das autoridades de saúde regionais no âmbito do inquérito realizado pelo TdC.

¹³⁹ Em <https://www.spms.min-saude.pt/2019/05/trace-covid-19/>.

¹⁴⁰ Com base nas respostas das autoridades de saúde regionais no âmbito do inquérito realizado pelo TdC.

¹⁴¹ Desenvolvido pelo Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência (INESC TEC), da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) e as *start-up* *Keyruptive* e *Ubirider*.

confirmada. Não obstante as elevadas expectativas criadas aquando do seu lançamento, a sua efetiva utilização viria a revelar-se muito aquém do perspetivado¹⁴².

212. Em sede de contraditório, a Diretora-Geral da Saúde informou ter despachado, favoravelmente, a realização de um estudo intitulado “Adesão da população portuguesa à utilização da solução de rastreio de proximidade digital implementada no âmbito da COVID-19”.
213. Este estudo tem como objetivo a identificação dos fatores que determinaram a adesão à aplicação *StayAway* e das principais barreiras à adoção e utilização dessa tecnologia, com vista à produção de recomendações de mecanismos de incentivo que possam aumentar a adesão da população em futuras respostas pandémicas.
214. A comissão de acompanhamento do estudo é constituída pela DGS e SPMS, com a seguinte calendarização: início do estudo a 15 de janeiro de 2024, primeiras conclusões e reunião com a comissão de acompanhamento a 15 de julho de 2024 e submissão dos “entregáveis”¹⁴³ a 15 de dezembro de 2024.
215. A identificação e caracterização dos principais sistemas de informação utilizados no contexto da testagem e rastreio de contactos constam do Anexo X – Sistemas de informação. As respostas recebidas no âmbito do inquérito dirigido às autoridades de saúde regionais relacionadas com os sistemas de informação encontram-se sintetizadas no Anexo XI – Análise das respostas do inquérito às autoridades de saúde regionais, Quadro 27 e Quadro 28.

8.5. Monitorização e acompanhamento

216. A DGS produziu, essencialmente a partir do final de 2020, um conjunto de relatórios, objeto de publicação periódica, contendo informação acerca da realidade da testagem e rastreio de contactos, com destaque para indicadores da atividade desenvolvida e para alguns indicadores de desempenho, mas com escassa informação quer acerca da capacidade instalada de meios relevantes, e da sua evolução no tempo, quer quanto a indicadores da eficácia daqueles processos¹⁴⁴.
217. A estrutura e conteúdo destes relatórios acompanhou a evolução da pandemia e a adequação da resposta pandémica, ao nível dos meios que foram sendo progressivamente mobilizados, sobretudo no que respeita aos sistemas de informação que suportaram os processos e circuitos associados a essa resposta, permitindo alguns ganhos de detalhe e de extensão da informação recolhida e relatada.
218. O Quadro 8 identifica os quatro relatórios analisados e lista, para cada um deles e de forma não exaustiva, a informação produzida que se encontrava relacionada com as atividades de testagem e rastreio de contactos.

¹⁴² [Indicator framework to evaluate the public health effectiveness of digital proximity tracing solutions \(europa.eu\)](https://europa.eu). Geneva: World Health Organization and European Centre for Disease Prevention and Control; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹⁴³ Expressão utilizada pela DGS para identificar os produtos finais a obter com estudo referido, a saber: (1) um relatório abrangente e detalhado para responder aos objetivos específicos do estudo, incluindo análises estatísticas; (2) um documento com recomendações de mecanismos de incentivo que possam aumentar a adesão da população em futuras respostas pandémicas; (3) um resumo do estudo para divulgação pública.

¹⁴⁴ A DGS identificou 4 relatórios-tipo com informação relevante em matéria da testagem e do rastreio de contactos: 1. Relatório Técnico de Vigilância da Infeção pelo SARS-CoV-2/ COVID-19; 2. Avaliação da realização de inquéritos epidemiológicos (IE) no âmbito do COVID-19; 3. Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19; e 4. Relatório SINAVE Lab. A análise realizada recaiu unicamente sobre estes relatórios, não sendo, por isso, uma análise exaustiva.

Quadro 8 – Acompanhamento e monitorização: 4 relatórios-tipo

Designação	Descrição	Início de publicação	Entidade responsável
1. Vigilância da Infecção pelo SARS-CoV-2/ COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório semanal de monitorização da infeção, através da análise da situação epidemiológica (incidência temporal e espacial dos novos casos e respetiva caracterização), da realidade da testagem e, ainda, dos impactos sentidos nos internamentos hospitalares e nos óbitos. ▪ De entre a informação relatada destaca-se a relativa à ligação epidemiológica dos novos casos, o nº de contactos em vigilância ativa e o nº de testes realizados. 	08/07/2020	DGS
2. Avaliação da realização de inquéritos epidemiológicos (IE) no âmbito do COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório semanal de monitorização dos inquéritos epidemiológicos realizados no contexto do COVID-19. ▪ Apresentava informação sobre: i.) o número total de notificações de casos confirmados, com detalhe por região de saúde, concelho e ACES/ULS; ii.) o nº de IE iniciados, finalizados e por finalizar; e, também, iii.) informação sobre os profissionais afetos ao desenvolvimento desta atividade. 	24/11/2020	DGS
3. Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório semanal de avaliação de risco, com base na análise de uma matriz de risco que integrava indicadores de transmissibilidade, de gravidade e de impacto, associados a valores de referência que permitiam classificar a realidade pandémica em distintos graus de severidade e determinavam a necessidade de eventuais ajustamentos aos mecanismos de resposta em vigor. ▪ Disponibilizava dados relativos à testagem e ao rastreio de contactos, como sejam: i.) nº de testes realizados; ii.) nº de testes positivos; iii.) % de casos isolados em menos de 24 horas, após notificação do resultado; ou, ainda, iv.) a % de contactos de casos positivos rastreados e isolados. 	03/04/2021	DGS INSA
4. SINAVE Lab	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório semanal de monitorização da realidade da testagem laboratorial, com base na informação residente na versão para laboratórios da aplicação de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), o SINAVE Lab. ▪ Reportava dados de testagem global, de testagem por contexto e de desempenho laboratorial, integrando informação sobre: i.) nº de testes, nº de testes positivos e nº de testes rápidos de antigénio (TRAg) por região de saúde e concelho; ii.) nº de testes de rastreio e sua positividade; iii.) nº de testes por laboratório, com partição entre testes TAAN e TRAg; e, ainda, iv.) atraso na notificação laboratorial dos resultados dos testes (no total dos testes e nos testes positivos). 	28/04/2021	DGS

Fonte: DGS.

9. Resultados da testagem e rastreio de contactos

9.1. Objetivos e indicadores

219. A estratégia de testagem e rastreio de contactos definida e implementada em Portugal visava dois objetivos primordiais: *(i)* reduzir e controlar a transmissão da infeção por SARS-CoV-2; e *(ii)* prevenir e mitigar o impacto da infeção por SARS-CoV-2 nos serviços de saúde e nas populações vulneráveis¹⁴⁵.
220. A prossecução destes objetivos foi avaliada e monitorizada através de um conjunto de instrumentos de acompanhamento, vários dos quais referidos no ponto 8.5. Estes contemplavam, não só a avaliação do risco pandémico, através de indicadores de transmissibilidade, gravidade e impacto, e a sua classificação em distintos níveis de severidade, como também incluíam indicadores de monitorização e avaliação das atividades e processos de testagem e rastreio de contactos.

¹⁴⁵ Norma 019/2020, da DGS, referente à Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, de 26/10/2020, revogada, sem publicação eletrónica.

221. Contudo, e ao contrário do sucedido no processo de vacinação contra a COVID-19, não foram definidos objetivos e metas específicos para os níveis de capacidade e de atividade de testagem e rastreio de contactos a implementar ao longo da resposta pandémica, numa abordagem essencialmente adaptativa à evolução do contexto epidemiológico.
222. O Quadro 9 descreve os indicadores e metas inicialmente definidos e previstos adotar no âmbito dos processos de testagem (quatro indicadores) e rastreio de contactos (seis indicadores), identificando aqueles que, de acordo com a evidência recolhida, vieram a ser efetivamente adotados e alvo de monitorização e acompanhamento.
223. Dos dez indicadores e metas abaixo elencados, apenas dois apresentam evidências de efetiva adoção (20% dos indicadores definidos). Um terceiro indicador foi adotado apenas parcialmente e/ou com constrangimentos vários relacionados com a fiabilidade e a coerência da informação de suporte ao seu apuramento. Os restantes sete não terão sido implementados de forma sistemática e uniforme.

Quadro 9 – Indicadores e metas nos processos de testagem e rastreio de contactos

	Indicadores	Metas	Fontes	Adoção
Testagem	Tempo entre a requisição de testes laboratoriais e a sua disponibilização, comunicação ao utente e notificação na plataforma SINAVElab, pelos laboratórios.	<= 24 horas	Norma 19/2020, de 26/10 da DGS	✓
	Tempo entre rastreio positivo de teste rápido de antigénio em populações vulneráveis e a sua confirmação por teste molecular.	<= 24 horas	Norma 19/2020, de 26/10, da DGS	✗
	Tempo entre rastreio positivo de teste rápido de antigénio em contexto comunitário ou ocupacional e a sua confirmação por teste molecular.	<= 24 horas	Norma 19/2020, de 26/10, da DGS	✗
	Proporção de positividade, dada pelo quociente entre o número de testes positivos e o número total de testes realizados.	4%	Linhas Vermelhas Epidemia de Infeção por SarsCov-2/ Covid-19, de março 2021	✓
Rastreio de contactos	Indicador de capacidade de resposta em inquéritos epidemiológicos (rastreio de contactos) $\frac{\text{N.º de inquéritos epidemiológicos por realizar}}{\text{Mediana diária do número de inquéritos epidemiológicos efetuados nos últimos 7 dias}}$	<=1	Orientação 1/2021, de 20/01, da DGS (em vigor até 23/02/2021)	✗
	Indicador de capacidade de resposta em inquéritos epidemiológicos (rastreio de contactos) $\frac{\text{N.º de casos com processo por encerrar}}{\text{Mediana diária do número de casos com processo encerrado nos últimos 7 dias}}$	<=1	Norma 15/2020 de 24/07, da DGS (em vigor após 23/02/2021)	✗
	Tempo entre a identificação da necessidade e a mobilização das equipas de Apoio Regional e/ou Nacional aos inquéritos epidemiológicos.	< 24 horas	Orientação 1/2021, de 20/01, da DGS Norma 15/2020 de 24/07, da DGS	✗
	Tempo entre o conhecimento da existência de um caso e o início do inquérito epidemiológico e do rastreio de contactos.	<=24 horas	Norma 15/2020 de 24/07, da DGS	!
	Tempo entre a identificação de contacto de alto ou de baixo risco e a realização de teste.	< 24 horas	Norma 15/2020 de 24/07, da DGS	✗
	Tempo entre a introdução de contactos na plataforma Trace COVID-19, identificados pelo SNS 24, e o contacto a efetuar pelas Autoridades de Saúde, ou profissionais coordenados por estas.	<=72 horas	Norma 15/2020 de 24/07, da DGS	✗

Fonte: Elaboração própria com base na consulta de normas e orientações no âmbito da testagem e rastreio de contactos.

Nota: ✓ Adotado ✗ Não adotado ! Parcialmente adotado e/ou com questões de fiabilidade e coerência no seu apuramento.

224. Relativamente aos processos de testagem, foi feita a monitorização, de forma regular e sistemática do cumprimento da meta prevista para o indicador relativo ao tempo entre a requisição do teste laboratorial e a notificação do seu resultado na plataforma SINAVE (igual ou inferior a 24 horas). Em particular, foi avaliado regularmente o atraso registado na notificação de casos confirmados¹⁴⁶.
225. Ao nível da testagem foi feito o acompanhamento regular da proporção de positividade e dos desvios verificados face ao limiar definido de 4%. A ultrapassagem do limiar definido poderia indicar que a testagem estaria demasiado restritiva e ou dificuldades por parte dos prestadores a nível laboratorial de incrementarem a atividade face ao número de novos casos verificado¹⁴⁷.
226. Já no que respeita ao rastreio de contactos, verificou-se que a maioria (cinco em seis) dos indicadores inicialmente previstos acabariam por não ser adotados. É o caso dos dois indicadores de avaliação da

¹⁴⁶ *Ibidem*.

¹⁴⁷ Indicador monitorizado no âmbito dos relatórios “Monitorização das Linhas Vermelhas para a COVID-19”, da responsabilidade do INSA e da DGS e publicados entre 03 de abril de 2021 e 11 de março de 2022.

capacidade de resposta em inquéritos epidemiológicos. Pese embora o reporte de dados exigido às unidades de saúde pública incluísse métricas que permitiam o seu apuramento e avaliação, não existem evidências da sua utilização de forma sistemática e uniforme, nem de atuação decorrente da sua monitorização.

- 227. Ainda no que respeita à capacidade para o rastreio de contactos, também não foi possível concluir pela efetiva monitorização do cumprimento da meta de reforço das equipas em menos de 24 horas, após a identificação dessa necessidade.
- 228. Apenas o indicador “tempo entre o conhecimento da existência de um caso e o início do inquérito epidemiológico e do rastreio de contactos”, cuja meta previa que ocorresse até 24 horas, seria apurado e acompanhado através do indicador “Isolamento e rastreamento nas primeiras 24 horas”, que media a percentagem de casos notificados isolados em menos de 24 horas após a notificação. Adicionalmente, foi também calculada a percentagem daqueles casos com a totalidade dos seus contactos rastreados.
- 229. Contudo, face à evidência recolhida existem questões de fiabilidade e coerência dos dados utilizados e das opções metodológicas adotadas para o apuramento daqueles indicadores, que não permitem concluir que os valores apurados traduzem de forma adequada as realidades em análise¹⁴⁸. (Vide Anexo XII – Tratamento e qualidade dos dados)

9.2. Testagem

- 230. Entre 1 de março de 2020 e 30 de abril de 2022 foram realizados um total de 37,9 milhões de testes de diagnóstico da COVID-19. Destes, 51,2% (19,4 milhões) respeitaram a testes TAAN, e 48,8% (18,5 milhões) a testes TRAg¹⁴⁹.
- 231. A ARS de Lisboa e Vale do Tejo concentrou a maior proporção de testes, 39,7% (15,1 milhões), seguida da ARS do Norte, com 34,5% (13,1 milhões). Estas duas regiões de saúde representaram, agregadamente, 74,2% do total de testes realizados no período em análise. A partição por tipo de teste (TAAN e TRAg) é relativamente equitativa e homogénea nas várias regiões de saúde (Gráfico 9). Apenas nas regiões de saúde do Alentejo e do Algarve a preponderância dos testes TAAN surge mais pronunciada, com 54,2% e 53,4% do total de testes, respetivamente.

Gráfico 9 – Nº de testes, por ARS e tipo de teste

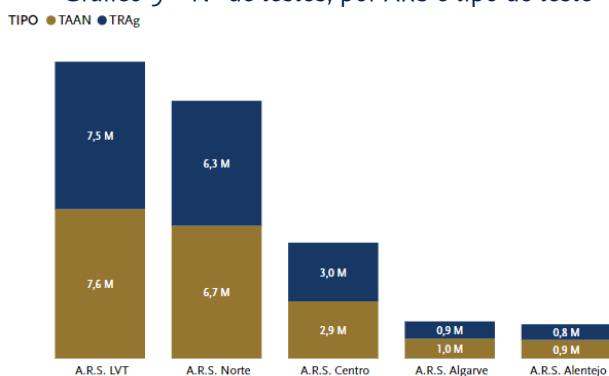
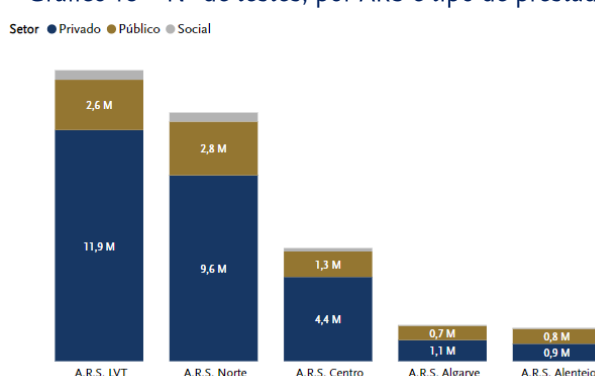


Gráfico 10 – Nº de testes, por ARS e tipo de prestador



Fonte: Elaboração própria com base em dados disponibilizados pela DGS.

- 232. Olhando para a tipologia dos prestadores (entidades que realizaram os testes), verifica-se que a larga maioria dos testes, 28,1 milhões (74,1%) foi realizada por prestadores privados. Os prestadores do

¹⁴⁸ A última referência ao indicador “Isolamento e rastreamento nas primeiras 24 horas”, consta do relatório [INSA, DGS. Monitorização das Linhas Vermelhas para COVID-19](#). Relatório #41, de 07/01/2022.

¹⁴⁹ Número de testes realizados em Portugal Continental, registados na plataforma informática de suporte ao SINAVE, no módulo destinado aos prestadores de serviços laboratoriais de diagnóstico, designado como SINAVELab. Destes, 0,04% referem-se a “Outros”, onde se incluem testes sem informação, serológicos e outros não especificados.

setor público realizaram 8,2 milhões de testes (21,8%) e o setor social terá realizado cerca de 3,3% do total de testes, correspondente a 1,2 milhões de testes¹⁵⁰ (Gráfico 10).

233. Quanto à natureza das entidades prestadoras, destacam-se os laboratórios do setor privado, que asseguraram a realização de mais de um terço dos testes (36,8%; 13,9 milhões). Seguem-se as farmácias, responsáveis por cerca de um quinto dos testes (21,5%; 8,1 milhões). Agregadamente, estas entidades efetuaram 22 milhões de testes, mais de metade do total de testes do período em análise (58,3%).
234. Já as unidades hospitalares e unidades locais de saúde do setor público realizaram 5,7 milhões de testes (15,1%). Refira-se ainda o papel da academia e dos laboratórios regionais de saúde pública que suportaram o esforço de testagem com a realização de 1,2 milhões (3,3%) e de 996 mil testes (2,6%), respetivamente.

Quadro 10 – N° de testes por tipologia do prestador

Tipo de prestador \ Setor	Privado	Público	Social	Total de testes	% total de testes
Laboratórios comerciais	13 938 127			13 938 127	36,8%
Farmácias	8 144 725			8 144 725	21,5%
Prestadores não classificados	5 677 763	57 321	251 723	5 986 807	15,8%
Hospitais	323 152	4 797 291	7 365	5 127 808	13,5%
Academia		1 231 368		1 231 368	3,3%
Laboratórios regionais de saúde pública		996 234		996 234	2,6%
Unidades Locais de Saúde		906 767		906 767	2,4%
Cruz Vermelha Portuguesa			853 533	853 533	2,3%
Outros	314 300	260 490	125 344	700 134	1,8%
Total	28 398 067	8 249 471	1 237 965	37 885 503	100,0%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela DGS.

Nota: A categoria “prestadores não classificados” engloba o universo de prestadores que não foi possível classificar quanto ao tipo de prestador com base na identificação/designação constante dos dados disponibilizados pela DGS.

235. Os dois gráficos seguintes (Gráfico 11 e Gráfico 12) traduzem a evolução da atividade de testagem ao longo do tempo, refletindo a forma como progressivamente se avançou para um cenário de testagem massiva da população ao longo do período analisado, com a sua maior expressão no período entre novembro de 2021 e janeiro de 2022.
236. Na fase inicial da pandemia, a atividade de testagem é pouco expressiva, começando a crescer, ainda que de forma gradual sobretudo a partir de outubro de 2020, pese embora apresentando oscilações, por vezes pronunciadas.
237. Para a evolução registada contribuíram diferentes fatores, em distintos momentos e com impactos diferenciados. Destacam-se: (i) o reforço da capacidade laboratorial; (ii) a definição e promoção da operacionalização da estratégia de testagem para a COVID-19; e no contexto desta, (iii) a introdução dos testes TRAg; e (iv) a política de participação destes testes.
238. Os meses de dezembro de 2021 e de janeiro de 2022 registaram máximos diários de testagem. Em 30 de dezembro de 2021, foram realizados 359 mil testes, dos quais 270 mil TRAg (75,2%) e apenas 89 mil referentes a TAAN (24,9%). A comparação com a atividade de testagem ocorrida um ano antes, em 30 de dezembro de 2020, de 45 mil testes (39 mil TAAN e 5 mil TRAg) ilustra o crescimento muito expressivo verificado, com um número total de testes cerca de oito vezes superior ao verificado no final de dezembro de 2020. Este crescimento assentou maioritariamente no incremento registado na utilização de TRAg, como patente no Gráfico 12.

¹⁵⁰ Nos dados de testagem disponibilizados pela DGS apenas existia a identificação da entidade prestadora. No âmbito do tratamento dos dados recebidos, e com base na análise do universo de prestadores identificado, estes foram manualmente classificados quanto à natureza, ao setor (privado, público e social) e integração/não integração no SNS.

Gráfico 11 – Evolução diária do n.º de testes

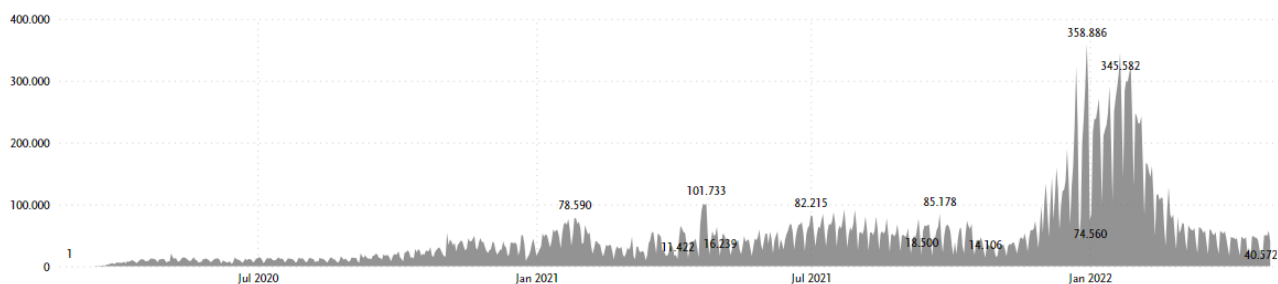
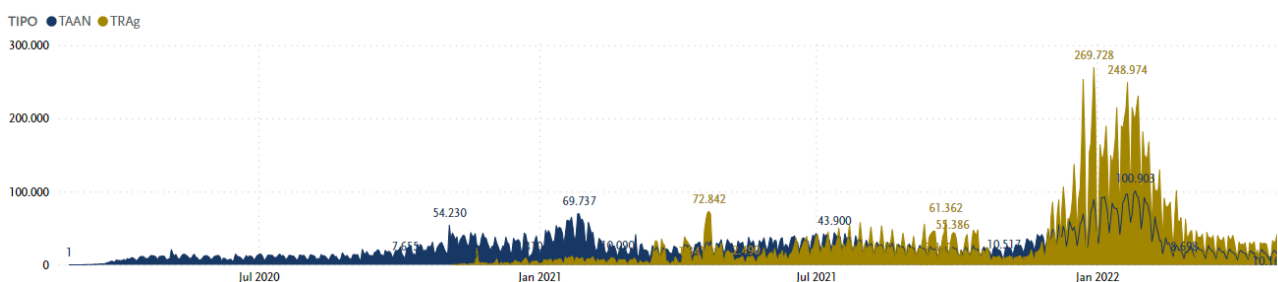


Gráfico 12 – Evolução diária do n.º de testes: tipo de teste (TAAN ou TRAg)

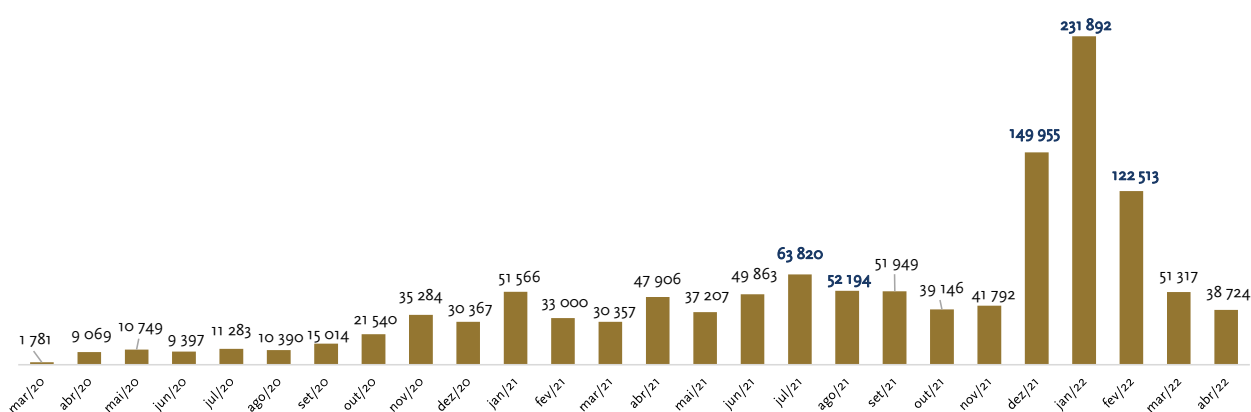


Fonte: Elaboração própria com base em dados disponibilizados pela DGS.

239. A evolução do número médio de testes diários, por mês, reflete igualmente o crescimento da atividade de testagem, sobretudo alavancada pela introdução dos TRAg e da política de comparticipação destes testes, quando realizados por auto-decisão do utente, implementada a partir de julho de 2021, que promoveu e facilitou o acesso à testagem.

240. Em janeiro de 2022 foram realizados por dia, em média, 232 mil testes (68,1% destes respeitantes a TRAg), o que compara com a média diária de 52 mil testes verificada no período homólogo de 2021 (dos quais apenas 12,5% TRAg).

Gráfico 13 – Média de testes diários em cada mês

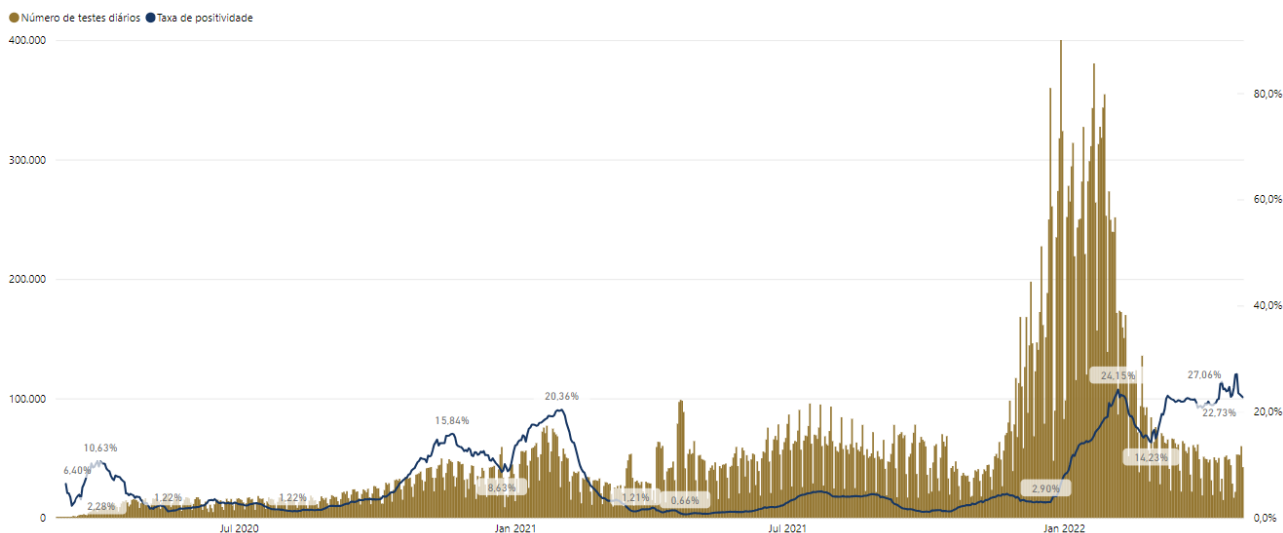


Fonte: Elaboração própria com base em dados disponibilizados pela DGS.

241. Do total de testes realizados no período analisado, 33,3 milhões (88,0%) produziram um resultado negativo e 4,3 milhões respeitaram a testes positivos para a COVID-19. As várias ARS apresentaram resultados relativamente homogêneos entre si, variando entre os 12,2% de testes positivos registados na ARS Norte (1,6 milhões de testes positivos) e os 10,4% verificados na ARS Algarve (196 mil testes positivos).

242. O gráfico seguinte ilustra a evolução do número de testes realizados e respetiva taxa de positividade. Este indicador permitiu avaliar os níveis de transmissão da doença, bem como a adequação da intensidade de testagem ao contexto epidemiológico verificado. De acordo com recomendações da OMS de maio de 2020, o controlo da epidemia exigiria taxas de positividade abaixo dos 5%¹⁵¹.

Gráfico 14 – Número de testes diários e taxa de positividade



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://ourworldindata.org>, cuja fonte primária é a DGS.

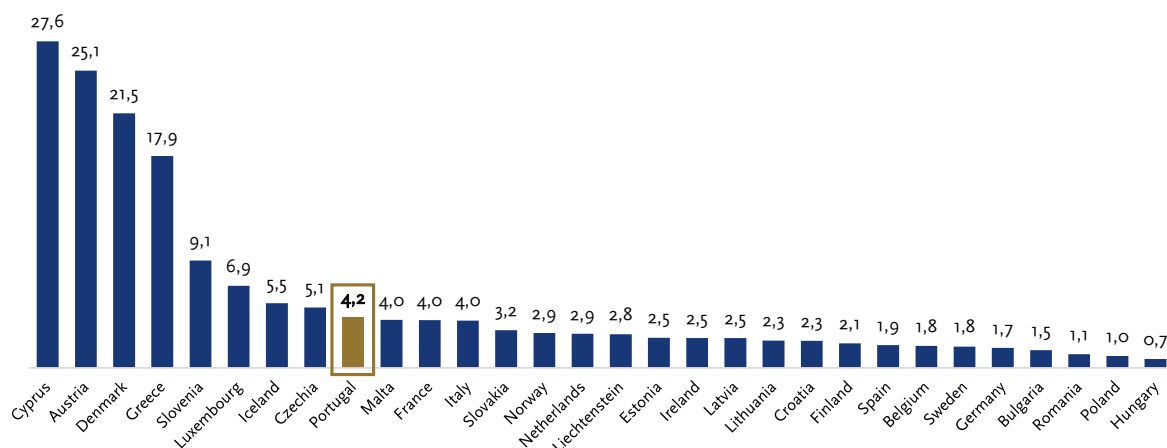
243. Durante o primeiro ano da pandemia, verifica-se que ao longo de vários meses a taxa de positividade registada se manteve, por vezes significativamente, acima do limiar referido pela OMS, de 5%, indiciando uma intensidade de testagem abaixo da exigida pelos níveis de propagação da doença verificados. Esta situação alterou-se entre abril de 2021 e janeiro de 2022, com taxas de positividade inferiores àquele limiar (5%), podendo refletir um ajustamento dos níveis de testagem ao contexto epidemiológico existente¹⁵².

244. Analisando os dados publicados pelo ECDC referentes ao número de testes realizados por milhão de habitantes, a comparação é positiva: Portugal ocupa, num universo de 30 países europeus, a nona posição dos países que mais testes efetuaram, em termos relativos, com 4,2 milhões de testes por milhão de habitantes, acima de países como Itália e Espanha, fortemente atingidos na fase inicial da pandemia.

¹⁵¹ [COVID-19 Testing: Understanding the “Percent Positive”](#), *Jonh Hopkins Bloomberg School of Public Health*.

¹⁵² A partir de fevereiro de 2022 a taxa de positividade volta a subir, associada ao decréscimo acentuado registado nos níveis de testagem, após os picos verificados em dezembro de 2021 e janeiro de 2022. O sucesso da campanha de vacinação, expresso pela elevada taxa de cobertura vacinal, a par com a efetividade das vacinas na redução da transmissão e severidade da doença poderão ter afetado a procura de testes. [As Vaccines Roll Out, Testing Still Matters](#), *Boston Consulting Group*.

Gráfico 15 – Número de testes por milhão de habitantes, por país (em milhões)

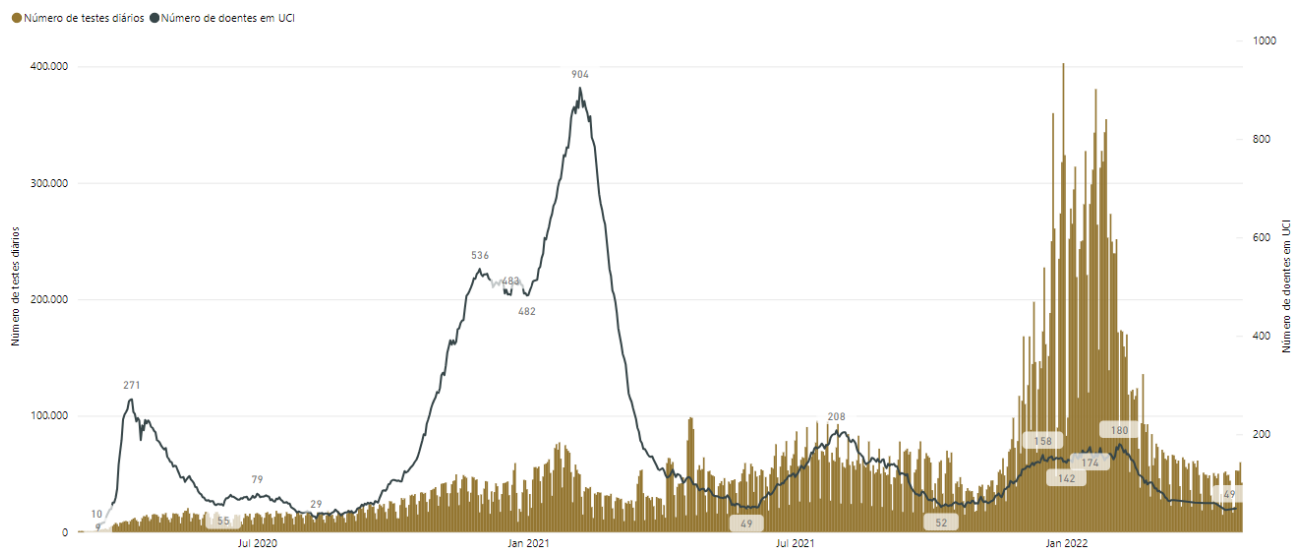


Fonte: Elaboração própria, com base em dados publicados pelo ECDC referentes ao volume de testes COVID-19 a nível europeu (EU/EEE/UK), disponíveis em <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/archive-historical-data-testing-volume-covid-19>.

Notas: 1. Dados nacionais. 2. O ECDC apenas reportou dados sobre volume de testes até 15 de setembro de 2022. 3. A plataforma *OurWorldindata* deixou de atualizar dados sobre testagem a 23 de junho de 2022, remetendo em alternativa para os dados do ECDC.

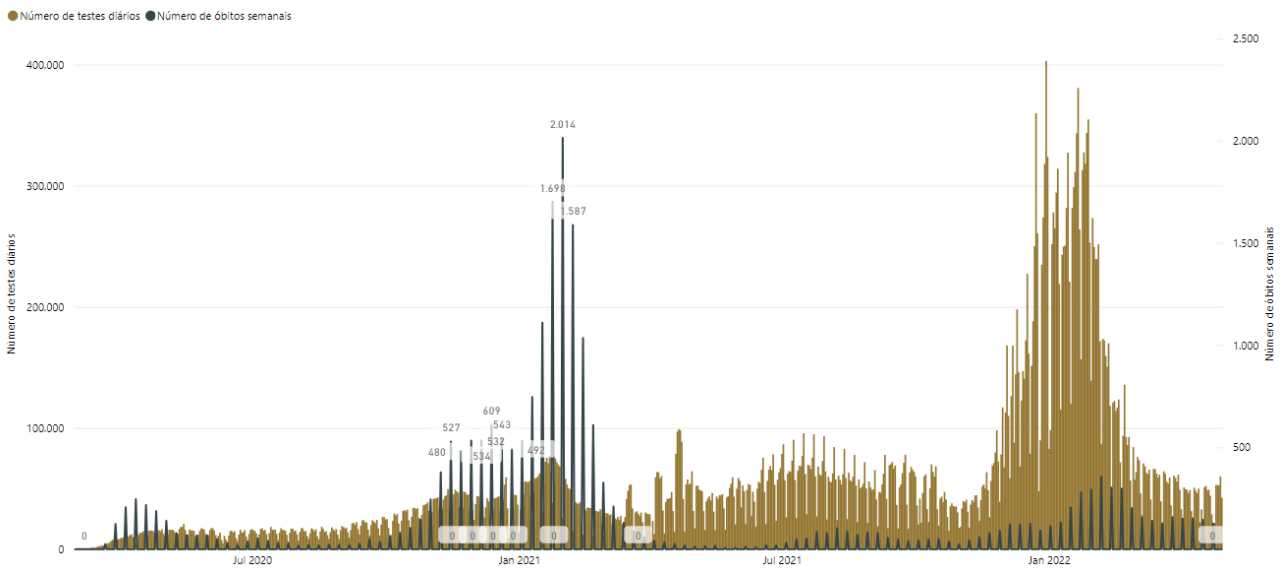
245. Porém, a análise da evolução da atividade de testagem ao longo do período em referência, parece revelar um desfasamento entre os momentos mais críticos da pandemia e os períodos em que se viria a concretizar a efetiva massificação da testagem. Com especial destaque para o pico pandémico verificado no final de janeiro de 2021, marcado pela excecional sobrecarga exercida sobre o SNS, sobretudo ao nível dos internamentos em unidades de cuidados intensivos (UCI), mas também pelo número de novos casos e de óbitos associados à doença. (*Vide* Gráfico 16 e Gráfico 17)

Gráfico 16 – Evolução do número de testes diários e de internamentos em UCI



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://ourworldindata.org>, cuja fonte primária é a DGS.

Gráfico 17 – Evolução do número de testes diários e número de óbitos semanais



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em <https://ourworldindata.org>, cuja fonte primária é a DGS.

246. Com efeito, os esforços de massificação da testagem ocorridos a partir de julho de 2021, sobretudo com a comparticipação dos testes TRAG realizados por auto-decisão dos utentes, e o pico da testagem observado entre final de dezembro de 2021 e final de janeiro de 2022, ocorrem já em fases da resposta pandémica em que o processo de vacinação em massa da população portuguesa decorria em ritmo superior ao planeado, superando os objetivos definidos e permitindo que, em agosto de 2021, 74% da população portuguesa tivesse o esquema vacinal completo e que, no final de dezembro de 2021, 93,6% da população com 18 anos ou mais tivesse completado o esquema de vacinação inicial¹⁵³ ¹⁵⁴.
247. Ou seja, a massificação da testagem e os picos de atividade que esta registou entre final de 2021 e início de 2022, ocorreram numa fase da resposta pandémica na qual a vacinação produzia já resultados evidentes na redução dos efeitos da doença, designadamente ao nível da taxa de mortalidade de casos confirmados e do excesso de mortalidade semanal, e também no alívio da sobrecarga do SNS, com a diminuição do número de internamentos de doentes com COVID-19, em especial em UCI¹⁵⁵.
248. O tempo para obtenção dos resultados dos testes constitui um indicador da efetividade da estratégia de testagem e rastreio de contactos. Tempos reduzidos permitiam o rápido isolamento de casos e o oportuno rastreio de contactos, determinantes para travar a disseminação da doença. No período analisado, em termos globais e agregados, o tempo médio para obtenção dos resultados dos testes realizados foi de 1,7 dias¹⁵⁶, não cumprindo a meta definida na Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, que previa a obtenção do resultado do teste num período até 24 horas¹⁵⁷.

¹⁵³ O relatório [Estado da Saúde na UE – Portugal – Perfil de saúde do país 2021](#), publicado em dezembro de 2021, indicava que, no final de agosto de 2021, 74% da população portuguesa já tinha recebido duas doses (ou equivalente) de vacina contra a COVID-19. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.

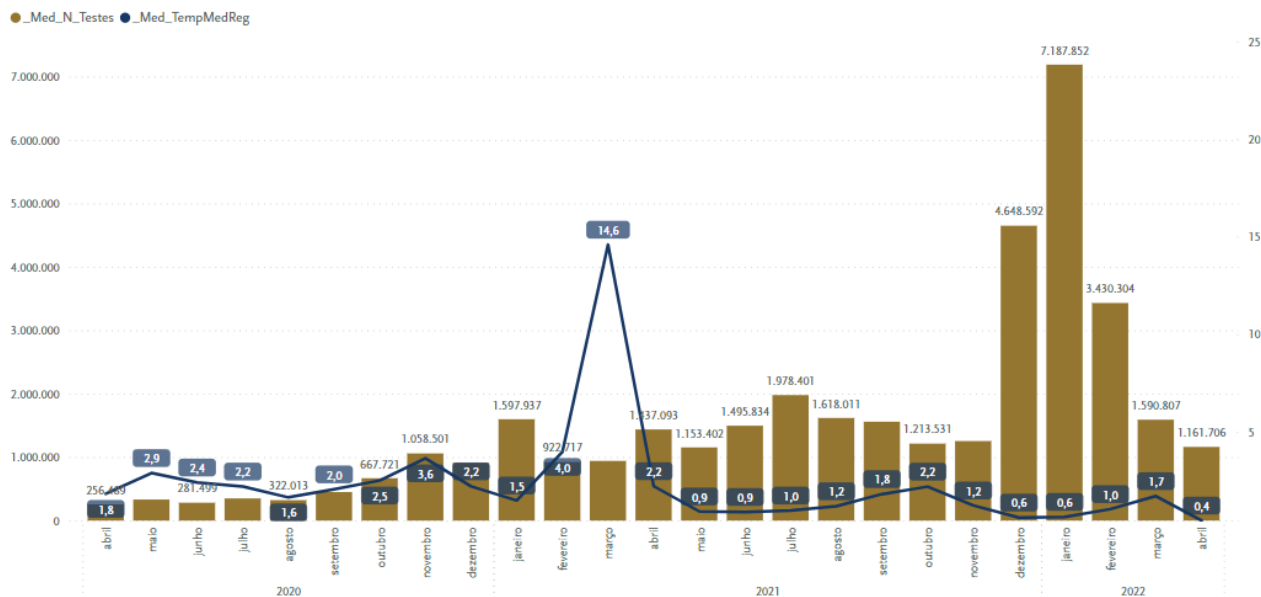
¹⁵⁴ OCDE (2022). [Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle | Health at a Glance: Europe | OECD iLibrary \(oecd-ilibrary.org\)](#) (dezembro 2022).

¹⁵⁵ [Auditoria à vacinação contra a COVID-19, Relatório nº 13/2023, 2ª Secção, TdC, setembro de 2023.](#)

¹⁵⁶ Cálculos próprios, efetuados com base nos dados de testagem disponibilizados pela DGS. O tempo médio apurado resulta do cálculo das diferenças entre a data de registo do resultado do teste na aplicação SINAVE e a data de colheita registada, para o universo de testes (com ID de testes distintos) realizados entre 01.03.2020 e 30.04.2022 em Portugal Continental e registados no SINAVE.

¹⁵⁷ A Norma 19/2020, de 26/10, da DGS, que formalizou a Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2, definia como indicador do processo de testagem o “tempo entre a requisição de testes laboratoriais e a sua disponibilização, comunicação ao utente e notificação na plataforma SINAVELab, pelos laboratórios”, estipulando como meta um período igual ou inferior a 24 horas. Utilizou-se como *proxy* deste indicador o tempo entre a data de colheita e a data de registo do resultado do teste, ambas registadas no SINAVE.

Gráfico 18 – Tempo médio para obtenção de resultados e número de testes realizados



Fonte: Elaboração própria com base em dados disponibilizados pela DGS.

Notas: 1. A variável “_Med_N_testes” corresponde à medida do número de testes; a variável “_Med_TempMedReg” corresponde à medida do tempo médio em dias para o registo do resultado na plataforma SINAVE. 2. O tempo médio (em dias) apurado resulta do cálculo das diferenças entre a data de registo do resultado do teste na aplicação SINAVE e a data de colheita registada, para o universo de testes (com ID de teste distinto) realizados entre 01.03.2020 e 30.04.2022, em Portugal Continental, e registados no SINAVE.

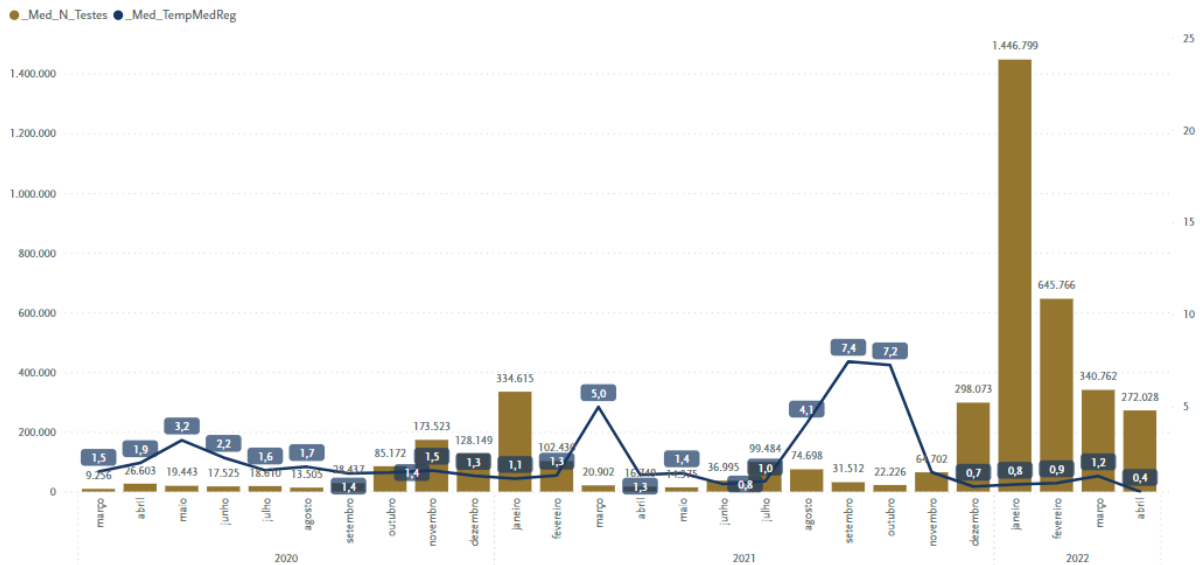
249. Analisando a evolução do tempo médio para obtenção do resultado, em paralelo com a atividade de testagem, verifica-se que o primeiro ano da pandemia se caracteriza por tempos médios genericamente mais elevados e com oscilações mensais, por vezes acentuadas, decorrentes do registo de valores pontuais extremos, que influenciam os valores médios. Tal poderá radicar em constrangimentos e falhas associados aos registos efetuados no SINAVE. Esta situação é particularmente visível em março de 2021, contudo, não obstante o valor médio elevado registado, a mediana do tempo para obtenção do resultado do teste situou-se em um dia (em metade dos testes o resultado foi conhecido no período de 24 horas após a sua realização).

250. Apenas a partir de abril de 2021 se verifica uma redução consistente dos tempos médios, com vários meses com tempos até 24 horas, dentro da meta traçada pela DGS para este indicador, com destaque para o mês de janeiro de 2022, que apesar do pico registado na atividade de testagem, apresenta um dos tempos médios mais baixos do período analisado (0,6 dias).

251. Esta redução nos tempos para obtenção de resultados resultou essencialmente da introdução dos testes TRAg e da preponderância que estes assumiram face aos testes TAAN, uma vez que apresentavam tempos de resposta bastante inferiores a estes últimos. Com efeito, o tempo médio para obtenção de resultados nos testes TAAN manteve-se estável em 2020 e 2021, nos 2,8 dias e apenas se reduziu para 1 dia, no período entre janeiro e abril de 2022.

252. Analisando especificamente a evolução do tempo médio para notificação dos testes positivos, verifica-se que, pese embora com tempos mais reduzidos, regista igualmente picos decorrentes de valores extremos, associados a situações pontuais. É o caso dos meses de março, setembro e outubro de 2021, nos quais a mediana apurada se situou em torno de um dia, pese embora registando valores médios comparativamente mais elevados face aos restantes meses analisados.

Gráfico 19 - Tempo médio para obtenção de resultados positivos e número de testes realizados



Fonte: Elaboração própria com base em dados disponibilizados pela DGS

Notas: 1. A variável “_Med_N_testes” corresponde à medida do número de testes; a variável “_Med_TempMedReg” corresponde à medida do tempo médio em dias para o registo do resultado na plataforma SINAVE. 2. O tempo médio apurado (em dias) resulta do cálculo das diferenças entre a data de registo do resultado do teste na aplicação SINAVE e a data de colheita registada, para o universo de testes (com ID de teste distinto) realizados entre 01/03/2020 e 30/04/2022, em Portugal Continental, e registados no SINAVE.

9.3. Rastreio de contactos

253. Conforme descrito no ponto 8.3 e detalhado no Anexo XII – Tratamento e qualidade dos dados, as questões identificadas pelo TdC quanto à qualidade da informação reportada e apurada relativa à atividade de rastreio de contactos, não permitem avaliar em que medida aquela reflete apropriadamente a realidade da atividade desenvolvida. Como tal, os resultados de seguida apresentados devem ser lidos à luz desta limitação.
254. Os dados de atividade reportados pelos DSP, para o período entre 3 de novembro de 2020 e 5 de janeiro de 2022, traduziram um número total de 1,3 milhões de notificações de casos identificadas, às quais terão correspondido 1 milhão de inquéritos epidemiológicos finalizados. As ARS de LVT e do Norte, através dos respetivos DSP, terão recebido 76% do total daquelas notificações e assegurado 73% da atividade total de IE desenvolvida (expressa pelo número de IE finalizados).
255. A evolução da atividade ao longo do tempo, aferida pelos dados fornecidos pelos DSP, regista picos no número de notificações identificadas pelas USP, através do SINAVE, nos finais de janeiro e de dezembro de 2021: 15,5 mil notificações em 28 de janeiro de 2021 e 27,2 mil em 30 de dezembro de 2021. Nestes períodos a realização de IE não terá sido capaz de acompanhar os picos registados, com desvios significativos do número de IE finalizados face ao universo de notificações identificadas pelas USP. No final de janeiro de 2021, os IE finalizados foram dois terços das notificações identificadas e no fim de dezembro representaram apenas um terço daquelas notificações.
256. Considerando o número total de testes positivos para a COVID-19 no período em análise, as notificações identificadas pelas USP terão representado, em termos globais, 82% daquele total e o número de IE finalizados terá correspondido a 69% daquele universo.

Quadro 11 – N° de testes positivos e realização de IE

ARS	N° testes com resultado positivo	N° de notificações identificadas pelas USP	N° de IE finalizados	% notificações nos testes positivos	% IE finalizados nos testes positivos
ARS Norte	544 844	474 456	422 065	87%	77%
ARS LVT	653 420	497 711	371 609	76%	57%
ARS Centro	228 667	200 785	188 086	88%	82%
ARS Algarve	69 921	61 108	59 004	87%	84%
ARS Alentejo	59 644	46 468	40 546	78%	68%
Total	1 556 496	1 280 528	1 081 310	82%	69%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados disponibilizados pela DGS.

257. De acordo com a OMS, estudos empíricos e teóricos indicavam que o rastreio de contactos poderia contribuir para manter o índice de transmissibilidade do vírus (Rt) abaixo de 1 se o tempo decorrido entre o início de sintomas do caso confirmado e a quarentena de pelo menos 80% dos seus contactos não excedesse três dias¹⁵⁸ ¹⁵⁹.
258. Em Portugal, a DGS e o INSA promoveram o acompanhamento de indicadores relacionados com a potencial eficácia da atividade de rastreio de contactos desenvolvida, em particular: (i) a percentagem de casos positivos isolados em menos de 24 horas, após notificação do resultado; e (ii) a percentagem de contactos de casos positivos rastreados e isolados.
259. Contudo, da análise feita e da evidência recolhida, concluiu-se que o processo de tratamento dos dados reportados pelos DSP, por parte da DGS, em especial no que respeitou à incoerência e ausência de dados, a par com a deteção de estratégias de reporte, terá resultado no apuramento de resultados que podem não traduzir a realidade da atividade desenvolvida e que poderá ter sobrestimado alguns dos indicadores calculados (*vide* Ponto 8.3).
260. Adicionalmente, não foram monitorizados de forma uniforme e constante ao longo da pandemia, a avaliar pelos relatórios de acompanhamento produzidos durante esse período, indicadores que permitissem medir o número de contactos de casos confirmados identificados, a percentagem destes efetivamente contactados, o tempo decorrido entre o início de sintomas do caso e a quarentena dos seus contactos, ou ainda o número de novos casos associados ao caso original na sequência do rastreio de contactos.
261. Não é conhecida uma avaliação global da eficácia e efetividade do rastreio de contactos na prevenção e controlo da disseminação da doença, ao longo da pandemia, em Portugal, que permita melhor adequar o planeamento e gestão de recursos, procedimentos e monitorização em futuras situações epidémicas ou pandémicas.

10. Financiamento e despesa com os processos de testagem e rastreio de contactos

262. A pandemia da COVID-19 determinou a realização de despesa decorrente da adoção de medidas excecionais e temporárias dirigidas ao combate à doença e à mitigação dos seus efeitos, a vários níveis.
263. De modo a “(...) a viabilizar a identificação das dotações e das despesas relacionadas com o combate ao coronavírus e a mitigação de efeitos da COVID-19 (...)” foram criadas, no âmbito da execução orçamental da Administração Central, duas medidas excecionais de carácter transversal:

- (i) a Medida 095 – “Contingência COVID 2019 - prevenção, contenção, mitigação e tratamento”, “(...) para as despesas diretamente decorrentes, no domínio da prevenção, contenção, mitigação e tratamento da infeção epidemiológica (...)”;

¹⁵⁸ O Índice de Transmissibilidade, ou Rt, é um indicador que tem por objetivo apurar quantas pessoas um determinado indivíduo pode infectar, dentro de um determinado período.

¹⁵⁹ [Contact Tracing in the context of COVID-19](#), WHO, Interim Guidance, 01/02/2021.

- (ii) e, a Medida 096 – “Contingência COVID 2019 – garantir normalidade”, para a inscrição de dotações e imputação de despesas “(...) *indiretamente decorrentes dos constrangimentos causados pela pandemia e que se relacionam com a reposição da normalidade administrativa do funcionamento das instituições*”¹⁶⁰.

264. A análise da execução destas medidas bem como as fragilidades inerentes à sua operacionalização constam dos relatórios de acompanhamento e execução orçamental aprovados pelo TdC em 2020 e 2021. Realçam-se, de entre as observações efetuadas, as que concluem que o carácter abrangente daquelas medidas, sem instruções específicas sobre o seu âmbito, levou à aplicação de forma discricionária das mesmas e que a falta de instruções quanto à despesa que antecedeu a criação destas medidas “...levou a não identificar como tal despesas diretamente resultantes da pandemia, por respeitarem a processos iniciados antes das instruções emitidas pela DGO (8 de abril)”¹⁶¹.

265. No setor da saúde, a despesa associada à execução das medidas adotadas no âmbito do combate e da prevenção da COVID-19, bem como das que tiveram por objetivo repor a normalidade da atividade, ascendeu a 644,8 M€ em 2020, a 1.354,7 M€ em 2021 e a 375,1 M€ até final abril de 2022, totalizando, para o período em análise, 2.374,6 M€. As despesas mais expressivas relacionaram-se com o reforço de recursos humanos (25,0%), com a testagem (20,8%), com a aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI; 18,6%) e ainda com a aquisição de vacinas (14,2%)^{162 163}.

Quadro 12 – Despesa realizada: Medidas Contingência COVID-19 (milhões de euros)

	2020	2021	2022 (30 abril)	Total
Medidas 095 e 096	644,9	1 354,71	375,2	2 374,8

Fonte: Elaboração própria, com base em dados fornecidos pela ACSS.

Notas: Medida 095 - Contingência COVID 2019 - prevenção, contenção, mitigação e tratamento; medida 096 - Contingência COVID 2019 - garantir normalidade.

266. A despesa associada à atividade da testagem ascendeu, no universo de entidades públicas integradas no setor da saúde, a 493,6 M€ (67,9 M€ em 2020; 305,4 M€ em 2021 e 120,2 M€ até abril de 2022). As ARS e ULS¹⁶⁴ executaram a maior fatia dessa despesa (411,2 M€; 83,3%), uma vez que acomodaram todo o processo da competência dos serviços de saúde pública respeitante à operacionalização das medidas de prevenção, contenção e mitigação da COVID-19. As unidades hospitalares executaram 15,0% (73,9 M€) daquele montante de despesa, ficando os restantes 1,7% (8,5 M€) a cargo de outras entidades do Ministério da Saúde. (Quadro 13)

Quadro 13 – Medidas Contingência COVID-19: despesa com testagem (M€)

Entidades	2020	2021	2022*	Total
ARS e ULS	41,4	258,3	111,5	411,2
Unidades hospitalares	18,1	47,1	8,7	73,9
Outras entidades MS	8,5	0,0	0,0	8,5
Total Geral	68,0	305,4	120,2	493,6

Fonte: Elaboração própria, com base em dados fornecidos pela ACSS.

* Dados até final de abril de 2022.

¹⁶⁰ Circular Série A n.º 1398, de 08/04/2020, da DGO. Posteriormente foram criadas mais medidas orçamentais para efeitos de acompanhamento: Circular Série A n.º 1401, de 17/02/2021, da DGO.

¹⁶¹ Sobre os procedimentos, reporte e impacto das medidas tomadas no âmbito da pandemia da COVID-19 na execução orçamental, consultar os relatórios de acompanhamento da execução orçamental do TdC: Relatório n.º 1/2020-AEO, 2.ª Secção - COVID-19, Medidas e Reporte nos Primeiros 3 Meses; e Relatório n.º 1/2021-AEO, 2.ª Secção, COVID-19, Execução Orçamental, Dívidas e Garantias.

¹⁶² De acordo com a informação disponibilizada pela ACSS, IP, resultante da informação reportada pelas várias entidades.

¹⁶³ As medidas de política de resposta à pandemia para reporte das despesas realizadas no setor da saúde abrangeram os seguintes itens: Aquisição de Remdesivir, de EPI, de medicamentos e vacinas contra a COVID-19; celebração de contratos de trabalho no MS; contratualização de camas para RNCCI; participação portuguesa no Instrumento de Apoio a Emergências; expansão da capacidade laboratorial nacional; atribuição de prémios de desempenho e dias de férias aos profissionais de saúde; pagamento de carácter excecional de cuidados de saúde na RNCCI; reforço da Linha SNS24 e da resposta em medicina intensiva; reforço do investimento na Rede Nacional de especialidade Hospitalar e de Referência em Medicina Intensiva; incentivos à realização e recuperação da atividade assistencial não realizada ou adiada; subsídio extraordinário de risco de combate à pandemia.

¹⁶⁴ No período em análise, existiam oito ULS.

267. Cada ARS e ULS ficou financeiramente responsável pela despesa gerada com as prescrições dos testes para deteção do vírus SARS-CoV-2 com origem nas unidades de cuidados de saúde primários da sua área de influência. Ficaram igualmente responsáveis pela despesa decorrente dos testes TRAg realizados por auto-decisão do utente, em função da localização geográfica da sua realização¹⁶⁵.
268. À ARS LVT foi ainda imputada a despesa proveniente das prescrições de testes efetuadas a partir da Linha SNS24, registando, assim, o maior montante de despesa com testagem no universo das ARS e ULS (164,7 M€). Seguiu-se a ARS Norte (142,6 M€) e depois a ARS Centro (64,9 M€). As ARS Algarve e Alentejo registaram os montantes mais baixos, 11,3 M€ e 9,9 M€, respetivamente¹⁶⁶.

Quadro 14 - Despesa paga, por ARS e total das ULS (M€)

ARS/ULS	2020	2021	2022 (abril)	Total
ARS LVT	20,5	125,9	18,3	164,7
ARS Norte	14,1	76,0	52,5	142,6
ARS Centro	1,0	33,5	30,3	64,9
ARS Alentejo	0,0	4,8	5,1	9,9
ARS Algarve	2,1	6,3	2,9	11,3
ULS	3,7	11,8	2,4	17,8
Total Geral	41,4	258,3	111,5	411,2

Fonte: Elaboração própria, com base em dados disponibilizados pela ACSS.

269. Na ausência de informação específica e detalhada referente às várias tipologias de despesas relacionadas com a COVID-19, situação comum à generalidade das entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, os reforços orçamentais foram efetuados no âmbito dos programas de financiamento centralizados.
270. Para reforço das rubricas pressionadas pelo aumento da despesa com testagem, as transferências orçamentais para as ARS foram efetuadas com base nas necessidades identificadas pela ACSS, através da análise da despesa conferida pelo CCM-SNS e destinaram-se à rubrica de MCDT, que suportou o alargamento das convenções estabelecidas com as entidades privadas na área de patologia clínica/análises clínicas, para inclusão dos exames laboratoriais ao SARS-CoV-2¹⁶⁷.
271. Com base na informação recolhida junto do CCM-SNS, o montante imputado às ARS e ULS, resultante da faturação de testes TRAg e TAAN realizados pelo setor convencionado, ascendeu a 538,9 M€ (despesa faturada e ainda não totalmente paga), entre março de 2020 e abril de 2022 e correspondeu a um total de 17,4 milhões de testes (45,9% do total de testes realizados no período analisado)¹⁶⁸.

¹⁶⁵ Cf. [Manual de Relacionamento dos Prestadores Convencionados com o Centro de Controlo e Monitorização do SNS, setembro de 2022.](#)

¹⁶⁶ Pelo [Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro](#), cabe também às ULS a responsabilidade pelo pagamento às entidades convencionadas, relativamente aos utentes da sua área de influência, para efeitos de adesão ao sistema de pagamento a convencionadas e utilização do CCM-SNS.

¹⁶⁷ A despesa realizada pelo SNS com os MCDT é controlada pelo CCM-SNS, que tem por objetivo centralizar, a nível nacional, a conferência de faturas a pagar pelo SNS, promovendo a desmaterialização do processo de prescrição e de conferência. A operacionalização da atividade do Centro implica a adoção de um conjunto de regras, por parte dos prestadores, nas quais se inclui a emissão de uma fatura, eletrónica ou em papel, por ARS e ULS, por área de MCDT convencionada e o cumprimento de uma série de outros requisitos que podem originar, ou não, a correção da fatura emitida pelos prestadores convencionados. Ficou igualmente a cargo do CCM-SNS a conferência dos testes rápidos de antigénio, TRAg, de uso profissional, estabelecidos no regime geral e excecional e temporário de comparticipação. Neste caso, os testes efetuados nas farmácias comunitárias (ou de oficina) foram incluídos na faturação mensal de medicamentos remetida ao CCM-SNS, enquanto que os testes realizados nos laboratórios continuam a ser incluídos na faturação mensal de MCDT, cf. [Manual de Relacionamento dos Prestadores Convencionados com o Centro de Controlo e Monitorização do SNS, setembro 2022.](#)

¹⁶⁸ A este montante acrescem, ainda, as despesas faturadas diretamente às ARS. Nesta situação encontram-se, essencialmente, as despesas com testes efetuados em laboratórios académicos e/ou de centros de investigação, com os quais as administrações regionais realizaram protocolos de cooperação, e que atingiram cerca de 10 M€.

Quadro 15 – Faturação conferida pelo CCM-SNS: março de 2020-abril de 2022

ARS / ULS	Nº de testes	Montante	Preço médio por teste
ARS LVT	6 544 426	213 755 277,1 €	32,7 €
ARS Norte	6 524 562	200 102 669,7 €	30,7 €
ARS Centro	3 175 744	87 970 051,1 €	27,7 €
ARS Alentejo	571 712	14 054 297,9 €	24,6 €
ULS	215 134	12 110 638,4 €	56,3 €
ARS Algarve	399 853	10 881 986,2 €	27,2 €
Total	17 431 431	538 874 920,3 €	30,9 €

Fonte: Elaboração própria, com base em dados fornecidos pela ACSS.

272. Destacam-se as ARS LVT e ARS Norte cada uma com 6,5 milhões de testes realizados e 213,8 M€ e 200,1 M€ de despesa, respetivamente. A ARS Centro efetuou 3,3 milhões de testes, com uma despesa associada de 88,0 M€. As restantes ARS, Alentejo e Algarve, juntamente com as ULS efetuaram, em termos agregados, 1,1 milhões de testes, aos quais correspondeu uma despesa de 37,0 M€.
273. Do número total de testes faturados ao SNS e conferidos pelo CCM-SNS (17,4 milhões de testes), 44,0% (7,7 milhões) foram prescritos por entidades do SNS e representaram despesa da responsabilidade das ARS e ULS no montante de 402 milhões de euros, correspondente a 74,6% do montante total faturado. Já o número de testes faturados realizados por auto-decisão dos utentes foi de 9,8 milhões, com uma faturação associada de 136,9 milhões de euros (25,4% do total), com destaque para os testes realizados em farmácias de oficina que responderam por 79,6% dos testes realizados por decisão do utente. (Vide Quadro 16)
274. Note-se que a diferença de 20,5 milhões de testes apurada entre o número de testes constantes do Quadro 15 (17,4 milhões de testes), faturados ao SNS pelas entidades convencionadas, e o total de testes realizados em Portugal Continental, no período analisado, conforme indicado no Quadro 10 (37,9 milhões de testes), corresponde, por um lado, aos testes realizados pelas entidades hospitalares do SNS e pelos laboratórios de saúde pública (cerca de 6,7 milhões de testes), e, por outro lado, aos que foram pagos diretamente pelos utentes ou suportados por seguros de saúde (próximo de 13,8 milhões de testes; 36,3% do total). Como tal, o SNS financiou perto de dois terços da totalidade dos testes realizados, no período em análise (63,7%).
275. O preço médio por teste, com base no total de testes e faturação conferidos, situou-se nos 30,9 €, variando entre os 24,6 € da ARS Alentejo e os 56,3 € de preço médio por teste faturado às ULS. Este diferencial justifica-se pelos diferentes pesos relativos dos tipos de testes faturados. No caso da ARS Alentejo, 73,5% dos testes faturados eram TRAg, com um valor unitário mais baixo, por comparação com os testes TAAN. Já no caso das ULS, a quase totalidade dos testes faturados eram testes TAAN.

Quadro 16 – Faturação por motivo e tipo de teste realizado

	TAAN		TRAg		Total de testes	Montante total
	Nº de testes	Montante	Nº de testes	Montante		
Auto-decisão Farmácia	n.a.	n.a.	7 782 886	108 964 103,2 €	7 782 886	108 964 103 €
Auto-decisão Laboratório	n.a.	n.a.	1 975 865	27 924 065,0 €	1 975 865	27 924 065 €
Prescrição SNS	7 591 571	400 975 477,1 €	81 109	1 011 275,0 €	7 672 680	401 986 752 €
Total	7 591 571	400 975 477,1 €	9 839 860	137 899 443	17 431 431	538 874 920 €

Fonte: Elaboração própria, com base em dados fornecidos pela ACSS.

Nota: n.a. = não aplicável.

276. Analisando a faturação de testes ao SNS por entidades, verifica-se que as dez entidades com maior volume de faturação (num total de perto de 1.500 entidades) respondem por mais de metade do total do montante faturado (52,1%), correspondente a 34,5% do número total de testes (6 milhões). Com uma única entidade a ser responsável por cerca de 1/5 do montante total faturado no período analisado (19,4%). (Quadro 17)

Quadro 17 – “Top 10” da faturação por entidade

Entidades	Nº de testes	Montante	Preço médio por teste	% nº de testes	% montante
Medicina Laboratorial Dr. Carlos Silva Torres, SA	2 369 628	104 426 751,35 €	44,07 €	13,6%	19,4%
Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa, SA	993 650	50 136 326,50 €	50,46 €	5,7%	9,3%
Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa – Porto, Lda	645 882	27 617 182,95 €	42,76 €	3,7%	5,1%
Dr Joaquim Chaves, Laboratório de análises clínicas, SA	451 243	23 835 122,85 €	52,82 €	2,6%	4,4%
TSPC – Trofa Saúde Patologia Clínica, Lda	292 128	12 742 266,40 €	43,62 €	1,7%	2,4%
Synlabhealth II, SA	232 345	12 728 950,90 €	54,78 €	1,3%	2,4%
AVELAB - Laboratorios medicos de analises clinicas, Lda	315 041	12 666 816,75 €	40,21 €	1,8%	2,4%
LABETO - Centro de analises bioquimicas, SA	261 831	12 427 882,75 €	47,47 €	1,5%	2,3%
HORMOFUNCIONAL - Centro de hormonologia funcional, Lda	231 624	12 055 271,00 €	52,05 €	1,3%	2,2%
CINTRAMÉDICA II, Serviços de saúde, Lda	218 945	11 873 070,15 €	54,23 €	1,3%	2,2%
Sub-total Top 10	6 012 317	280 509 641,60 €	46,66 €	34,5%	52,1%
Sub-total Outras Entidades	11 418 478	258 357 868,68 €	22,63 €	65,5%	47,9%
Total	17 430 795	538 867 510,28 €	30,91 €	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, com base em dados fornecidos pela ACSS.

277. Relativamente à atividade de rastreio de contactos, não foi constituída uma tipologia e/ou medida de política específica para o registo das dotações e despesa realizada. Fortemente intensiva em recursos humanos, o incremento desta atividade foi sustentado, fundamentalmente, pela reafecção dos recursos internos das ARS, a que se juntou, em certos casos, o recurso aos militares das Forças Armadas. Esta reafecção foi sendo ajustada às necessidades emergentes do contexto pandémico, impossibilitando o apuramento preciso da despesa associada.

11. Recomendações internacionais

278. A OMS, o ECDC e a CE emitiram, ao longo do tempo, recomendações e orientações relativas aos processos de testagem e de rastreio de contactos no contexto da resposta contra a COVID-19. Portugal adotou a larga maioria destas recomendações, especialmente centradas em aspetos técnicos, clínicos e científicos, mas também farmacológicos e ainda estratégicos e operativos, nas suas diferentes vertentes.

279. O acolhimento das recomendações de âmbito técnico-científico e clínico está particularmente patente nas normas produzidas pela DGS ao longo da pandemia, com destaque para as normas relativas quer à estratégia de testagem, quer ao rastreio de contactos. As múltiplas versões publicadas destas normas, no decurso da pandemia, traduzem o acompanhamento próximo da evolução do conhecimento técnico-científico acerca da doença e aquela que foi a incorporação dinâmica das orientações e recomendações internacionais que foram sendo produzidas.

280. Assim, e de forma ilustrativa e não exaustiva, Portugal adotou os critérios recomendados para a realização de vigilância epidemiológica e testagem da população, bem como a definição de caso suspeito. De igual modo, seguiu as orientações para a decisão de realização de testes TAAN e a priorização dessa testagem.

281. Também ao nível da estratégia de testagem preconizada pela DGS, esta alinou com as orientações produzidas pelo ECDC. A “Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2”, consubstanciada na norma 019/2020, da DGS, datada de 26 de outubro de 2020 (e suas sucessivas atualizações), adota as recomendações daquele organismo europeu relativamente à atualização da estratégia de testagem, com a inclusão da testagem em massa, da testagem direcionada a populações específicas, à identificação de *clusters* ou surtos em contextos específicos, bem como quanto ao tipo de testes a utilizar em diferentes e múltiplos contextos.

282. No âmbito daquela estratégia, os testes rápidos de antigénio (TRAg) passam a ser uma opção válida na realização do diagnóstico de casos suspeitos de COVID-19, justificada com a evolução de situação epidemiológica e a necessidade de aumentar, quer o número de pessoas testadas, quer a rapidez do diagnóstico, de acordo com as orientações internacionais acerca do uso deste tipo testes.

283. Contudo, a efetiva promoção da sua utilização massiva apenas se viria a concretizar de forma mais substantiva a partir de julho de 2021, face à adoção de um regime excecional de comparticipação destes testes, quando realizados por auto-decisão do utente.

IV. Conclusões

Do exame efetuado destacam-se as seguintes conclusões, que fundamentam as recomendações formuladas.

A estratégia de testagem e rastreio de contactos em Portugal foi, de forma geral, clara, suportada na produção e publicação de normas, orientações e planos estratégicos de resposta à pandemia. (Ponto 8.1)

284. As normas, orientações e planos produzidos elencaram e definiram princípios estratégicos orientadores, entidades intervenientes e respetivas responsabilidades e funções, bem como explicitaram condições, conceitos e critérios técnicos, clínicos e outros, para a sua operacionalização e tradução em ações concretas.
285. Acompanharam o conhecimento técnico-científico disponível sobre a doença e incorporaram as recomendações e orientações internacionais de entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e a Comissão Europeia (CE).
286. A estratégia nacional de testagem apenas foi formalizada pela Direção-Geral de Saúde (DGS) no final de outubro de 2020, sete meses após a primeira declaração do estado de emergência e apesar da existência de anteriores normas e orientações sobre os processos de testagem e rastreio de contactos¹⁶⁹.

A capacidade laboratorial instalada para diagnóstico da COVID-19 foi avaliada na fase inicial da pandemia e correspondida com o reforço da capacidade existente no SNS. Não obstante, foram os laboratórios do setor privado que mais contribuíram para o alargamento da capacidade instalada. No que se refere ao rastreio de contactos, a avaliação de necessidades e o reforço de capacidade foi essencialmente ditado por medidas reativas em função da dinâmica pandémica. (Pontos 8.2 e 8.3)

287. Em junho de 2020, o levantamento feito pelo INSA apurou que a capacidade instalada para diagnóstico do vírus SARS-CoV-2 se situava nos 29 mil testes diários, dos quais 42% (12,2 mil testes) realizados em laboratórios do setor público da saúde, 36% (10,5 mil testes) em laboratórios do setor privado e 22% (6,4 mil testes) em laboratórios da academia e outros. Aquele Instituto estimou que a duplicação da capacidade máxima de produção dos primeiros exigiria um esforço financeiro na ordem dos 46,6 M€, dos quais 8,4 M€ respeitantes a investimento em equipamentos e reforço das infraestruturas laboratoriais existentes no setor público.
288. Com este propósito, o Ministério da Saúde aprovou, em agosto de 2020, um plano de expansão da rede laboratorial existente e criou um programa de financiamento específico para a sua concretização, no montante de 8,4 M€, destinado a suprir necessidades de investimento em equipamentos e infraestruturas, com o objetivo de aumentar a produção de testes ou iniciar a atividade de diagnóstico. No final de 2020, 80,9% do investimento aprovado já se encontrava executado e no final de 2021 a execução era de 93,5%.
289. Globalmente, o reforço da capacidade laboratorial, expressa pelo número de laboratórios aptos para o diagnóstico da doença, assentou no alargamento da Rede Portuguesa de Laboratórios para Diagnóstico do SARS-CoV-2 (Rede), constituída por laboratórios públicos (sobretudo pertencentes ao SNS e à academia) e laboratórios do setor privado, cujo número mais do que triplicou entre abril de 2020 e janeiro de 2022 (de 50 para 173; +246%). Este crescimento foi fortemente alavancado pelo aumento do número de laboratórios do setor privado a integrar a Rede (+86; passando de 10 para 96), que representavam já mais de metade da capacidade existente (55%), àquela data, assim se assegurando a cobertura do território nacional.
290. A atividade de rastreio de contactos, fortemente intensiva em recursos humanos, exigiu o reforço significativo e excecional das equipas de saúde pública, concretizado através da reafectação de recursos internos das ARS e dos cuidados de saúde primários, do recurso a militares das Forças Armadas, a profissionais contratados, a voluntários e da cedência de profissionais pelas autarquias locais, em quantidade e valor remuneratório que não foi possível apurar dada ausência de registos

¹⁶⁹ [Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março](#). Declara o estado de emergência com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública.

completos. A avaliação da capacidade de resposta e a solicitação de meios adicionais ocorreram de modo essencialmente *ad hoc* e não uniforme, sob diferentes formas e através de diversos canais.

291. Ao contrário do sucedido no processo de vacinação contra a COVID-19, não foram definidos objetivos e metas específicos para os níveis de capacidade e de atividade de testagem e rastreio de contactos a implementar ao longo da resposta pandémica, numa abordagem essencialmente adaptativa e reativa à evolução do contexto epidemiológico.

O processo de formação dos preços dos testes de diagnóstico da COVID-19 comparticipados pelo SNS, tanto para os testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) como para os testes rápidos de antígeno (TRAg), nem sempre teve subjacente uma adequada fundamentação do respetivo valor, resultando num acréscimo da despesa pública associada à testagem estimado em 153,4 M€. (Ponto 8.2)

292. O preço compreensivo dos testes TAAN a pagar pelas administrações regionais de saúde (ARS) e unidades locais de saúde (ULS) aos prestadores convencionados sofreu sucessivas atualizações ao longo do período analisado. Entre março de 2020 e março de 2022 foram fixados cinco preços distintos, partindo de um preço inicial de 87,95 € e culminando no preço final de 30 € por teste. Em junho de 2020, o exercício de comparação do preço fixado em Portugal com os praticados em outros países demonstrava que era o preço mais elevado da amostra de países considerada, em que o preço adotado em Portugal era superior em 36,1% ao preço médio dos países considerados na amostra. (*Vide* Quadro 4)
293. Com efeito, as sucessivas atualizações do preço compreensivo dos testes TAAN por parte do Ministério da Saúde não acompanharam, em montante e ou em tempo, as propostas técnicas de revisão em baixa que lhe foram sendo apresentadas pela ACSS, tendo por base o custeio das práticas laboratoriais levado a cabo pelo INSA, a informação acerca dos custos da realização dos testes em laboratórios hospitalares do SNS e também a comparação com preços aplicados em outros países. O impacto estimado na despesa decorrente das dilações ocorridas na atualização dos preços e da não adoção dos preços propostos foi de 97,0 M €. (*Vide* Quadro 2 e Quadro 3)
294. Similarmente ao sucedido com o processo de formação dos preços dos testes TAAN, também em relação aos testes TRAg se verificou um desvio entre o preço decorrente do custeio apurado pelo INSA e aqueles que viriam a ser os preços fixados pela Tutela, daqui resultando um impacto estimado de 56,4 M€ na despesa do SNS com a comparticipação destes testes. (*Vide* Quadro 6)
295. Em termos globais, as diferenças registadas entre os preços fixados pela Tutela e os valores decorrentes dos custeios apurados pelo INSA, quer para os testes TAAN, quer para os testes TRAg, resultaram numa despesa adicional estimada de 153,4 M€.
296. Um outro impacto, não relacionado com os parágrafos anteriores, e que afetou a despesa incorrida pelo SNS, resulta da não produção imediata de efeitos do Despacho do Secretário de Estado da Saúde, que fixou o preço dos testes TAAN em 30 €, em novembro de 2021, face ao preço de 45 € que estava anteriormente em vigor, e que apenas se concretizaria em março de 2022, originando um adicional de despesa estimada de cerca de 48,3 M €, em face dos 3,3 milhões de testes realizados naquele período.

Os sistemas de informação utilizados apresentaram limitações e insuficiências no suporte eficaz à vigilância epidemiológica no contexto da pandemia de COVID-19, parcialmente colmatadas por via de adicionais desenvolvimentos dos sistemas existentes e pela criação de novas aplicações, mas obrigando à criação de múltiplas e distintas soluções “ad-hoc” à escala regional e ou local, que desviaram recursos de saúde pública e induziram ineficiências nas respostas. (Ponto 8.4)

297. O sistema de informação de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), revelou limitações, mostrando-se desajustado face às exigências emergentes da pandemia de COVID-19, sobretudo na fase inicial da resposta pandémica, com prejuízos para a eficiência e eficácia da atuação das autoridades de saúde pública e para a adequada monitorização da atividade desenvolvida.
298. No âmbito destas limitações destacam-se as dificuldades de processamento do volume de dados decorrente do contexto epidemiológico vivido, o atraso nas notificações laboratoriais, a ausência de funcionalidades para o acompanhamento e vigilância de casos e respetivos contactos, bem como a

complexidade e morosidade associadas à realização e registo de inquéritos epidemiológicos.

299. Para obviar a estes constrangimentos, as autoridades de saúde pública desenvolveram, a nível regional e local, uma multiplicidade de soluções distintas e independentes, com recurso às competências internas disponíveis, a fim de assegurar respostas adequadas e oportunas face à premência das intervenções em matéria de saúde pública.
300. A necessidade de desenvolvimento e manutenção destas diferentes soluções informáticas “à medida”, em especial no contexto da realização de inquéritos epidemiológicos e do rastreio de contactos, sobrecarregou adicionalmente as autoridades de saúde pública locais e regionais, em contraponto às economias de escala que decorreriam do desenvolvimento inicial de respostas únicas, a nível central, ainda que de carácter contingencial e transitório, mas porventura reutilizadas em outros contextos de emergência sanitária.
301. As plataformas BI SINAVE e Trace COVID-19, desenvolvidas pela DGS em articulação com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) procuraram colmatar as insuficiências existentes no SINAVE, sobretudo ao nível do processamento de dados, integração de informação e interoperabilidade com outros sistemas relevantes, bem como relativamente às funcionalidades para o acompanhamento e vigilância de casos e respetivos contactos.
302. Enquanto medida complementar à abordagem tradicional ao rastreio de contactos, a solução de rastreio de proximidade digital *StayAway* COVID desenvolvida e implementada em Portugal, beneficiou de um apoio especial da Fundação para a Ciência e a Tecnologia no montante de 400 mil euros. Contudo, o seu impacto foi meramente marginal. Não obstante os 4,2 milhões de *downloads* efetuados, estima-se que apenas terão sido registados na aplicação pouco mais de seis mil códigos de legitimação, pelo que a sua utilização efetiva ficou muito aquém das elevadas expectativas criadas aquando do seu lançamento.

A avaliação do desempenho operacional dos processos de testagem e rastreio de contactos revelou limitações decorrentes da insuficiente definição de objetivos, indicadores e metas e dos constrangimentos identificados nos sistemas de informação utilizados. O apuramento dos indicadores definidos não se realizou ao longo de todo o período de resposta à pandemia e foi ainda prejudicado por questões relacionadas com a qualidade e tratamento dos dados. (Ponto 8.5)

303. Entre dezembro de 2020 e até janeiro de 2022 foi produzido um conjunto de relatórios, objeto de publicação periódica, contendo indicadores da atividade desenvolvida e alguns indicadores de desempenho. Estes relatórios possuíam escassa informação quer acerca da capacidade instalada de meios relevantes (e da sua evolução no tempo), quer quanto a indicadores relativos à eficácia daqueles processos no efetivo controlo da transmissão da infeção e na mitigação dos seus efeitos.
304. No âmbito da testagem e rastreio de contactos, não foram definidos objetivos e metas, tanto para a capacidade instalada a assegurar, como para os níveis de atividade a desenvolver, ao longo da resposta à pandemia.
305. Verificou-se que vários dos indicadores e metas inicialmente definidos e previstos adotar no âmbito dos processos de testagem e rastreio de contactos, acabariam por não vir a ser adotados. É o caso dos indicadores específicos definidos pela DGS para acompanhamento dos níveis de capacidade de resposta das unidades de saúde pública na realização de inquéritos epidemiológicos.
306. Adicionalmente, o TdC identificou questões que indiciam fragilidades na qualidade dos dados utilizados para o apuramento de indicadores relativos aos processos de rastreio de contactos (*vide* Ponto 8.3), e que não permitem avaliar em que medida aqueles refletem apropriadamente as realidades que visavam medir e monitorizar.

Os níveis de testagem da população e a notificação dos testes positivos às autoridades de saúde e aos utentes nem sempre se revelaram oportunos, adequados e proporcionais ao risco evidenciado. Não obstante a intensificação das atividades de testagem e rastreio de contactos registada ao longo da pandemia, estes processos não foram suficientemente eficazes para o seu adequado controlo, particularmente no último trimestre de 2020 e nos primeiros meses de 2021. (Ponto 9)

307. Entre 1 de março de 2020 e 30 de abril de 2022 foram realizados um total de 37,9 milhões de testes de diagnóstico da COVID-19, em Portugal Continental. Destes, 51,2% (19,4 milhões) respeitaram a testes TAAN, e 48,8% (18,5 milhões) a testes TRAg. (Gráfico 9 e Gráfico 10)
308. As administrações regionais de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte concentraram a maior proporção de testes realizados (74,2%; 28,2 milhões de testes), com uma partição entre testes TAAN e TRAg relativamente equitativa e homogénea nas várias regiões de saúde. A larga maioria dos testes (28,1 milhões; 74,1%) foi realizada por prestadores privados. Os prestadores do setor público realizaram 8,2 milhões de testes (21,8%) e o setor social terá realizado cerca de 3,3% do total de testes, correspondente a 1,2 milhões de testes.
309. A introdução dos testes TRAg e, em especial, a promoção da sua utilização massificada, através da política de comparticipação de testes realizados por auto-decisão do utente, concretizada a partir de julho de 2021, contribuiu de forma significativa para incrementar os níveis de testagem da população.
310. O mês de janeiro de 2022 registou o maior número médio de testes diários do período observado: 232 mil testes/dia, mais de quatro vezes superior ao número médio de testes realizados por dia em janeiro de 2021. De acordo com os dados publicados pelo ECDC, em termos agregados, até setembro de 2022, Portugal ocupava a nona posição dos países que mais testes realizaram por milhão de habitantes, com 4,2 milhões de testes, a nível europeu (UE/EEE). (Gráfico 13 e Gráfico 15)
311. Com base na informação disponível, e que apenas abrange o período de novembro de 2020 a janeiro de 2022, terá sido realizado o rastreio de contactos de 69% do total de casos confirmados registado naquele período (cerca de um milhão de notificações de casos confirmados), com picos de atividade no final de janeiro e de dezembro de 2021. Contudo, as fragilidades identificadas na qualidade da informação relativa à realização de inquéritos epidemiológicos e rastreio de contactos não permitem aferir em que medida aquela traduz adequadamente a realidade da atividade desenvolvida. (Quadro 11)
312. A análise da evolução da atividade de testagem e rastreio de contactos ao longo do período em referência, tendo em consideração as principais vagas da pandemia registadas em Portugal, com particular destaque para o pico verificado no final de janeiro de 2021, responsável pelo maior número de internamentos em unidades de cuidados intensivos e de óbitos associados à doença, revela que os níveis de atividade da testagem e o desempenho dos processos de rastreio se mostraram desadequados a um eficaz controlo da pandemia. (Gráfico 16 e Gráfico 17)
313. Com efeito, a massificação da testagem e a maior agilidade na notificação dos resultados dos testes, com os picos de atividade registados em dezembro de 2021 e janeiro de 2022, ocorreram numa fase da resposta pandémica na qual a vacinação produzia já resultados evidentes na redução dos efeitos da doença e também no alívio da sobrecarga do SNS, com a diminuição do número de internamentos de doentes COVID-19, em especial em UCI.

A informação da despesa orçamentada e executada relativa às atividades de testagem e rastreio de contactos não se encontrou suficientemente evidenciada e especificada, não permitindo apurar a totalidade da despesa realizada com aquelas atividades. (Ponto 10)

314. Não obstante a criação, no âmbito da execução orçamental, de duas medidas de carácter excecional e transversal, para identificação das dotações e despesas relacionadas com atividades de combate e mitigação dos efeitos da COVID-19 e de reposição da normalidade da atividade, o seu carácter abrangente e a ausência de instruções específicas sobre o respetivo âmbito, resultaram em insuficiências no detalhe da informação assim reportada e apurada.
315. Em particular, no que se refere ao rastreio de contactos, atividade fortemente intensiva em recursos humanos, e no âmbito daquelas medidas excecionais, apenas estavam previstas medidas de política referentes, genericamente, ao reforço de recursos humanos na área da saúde, impossibilitando a

identificação dos montantes de despesa associados concretamente àquela atividade. Acresce o facto de esta ter sido desenvolvida com base, sobretudo, na reafecção de recursos internos das ARS e ULS e no reforço de capacidade efetuado por via da cedência de profissionais de outras áreas e setores.

316. No que respeita à testagem, entre o início de 2020 e final de abril de 2022, a despesa paga referente ao universo de entidades públicas integradas no setor da saúde, ascendeu a 493,6 M€, com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as Unidades Locais de Saúde (ULS) a executarem a maior parcela de despesa (411,2 M€; 83,3%), seguidas das unidades hospitalares com 15,0% (73,9 M€). (Quadro 13 e Quadro 14)
317. O reforço das rubricas orçamentais pressionadas pelo aumento da testagem teve por base as necessidades identificadas pela Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP (ACSS) através da análise da despesa faturada ao SNS e conferida pelo Centro de Controlo e Monitorização do SNS (CCM-SNS), referente a testes de diagnóstico da COVID-19.
318. Até final de abril de 2022, a faturação conferida pelo CCM-SNS ascendia a 538,9 M€, correspondente a 17,4 milhões de testes. Agregadamente, as ARSLVT e ARSN assumiram 76,8% do montante total faturado (413,9 M€), referente a 13,1 milhões de testes. O valor médio faturado por teste foi de 30,9 €. Considerando, adicionalmente, os testes realizados pelas entidades hospitalares do SNS e pelos laboratórios de saúde pública (cerca de 6,7 milhões de testes), o SNS foi assim responsável pela despesa associada a perto de dois terços (63,7%) do total de testes realizados naquele período (37,9 milhões de testes). (Quadro 10 e Quadro 15)
319. Considerando os dados da síntese de execução orçamental publicados pela Direção-Geral do Orçamento (DGO) e a informação reportada à ACSS, o montante total de despesa realizada (paga) associada à testagem ascendeu, em termos acumulados, a 693,5 M€, no final de 2022.

Entidades como a OMS, o ECDC e a Comissão Europeia (CE) emitiram, ao longo do tempo, recomendações e orientações relativas aos processos de testagem e de rastreio de contactos no contexto da resposta contra a COVID-19, especialmente centradas em aspetos técnicos, clínicos e científicos, mas também farmacológicos e ainda estratégicos e operativos, genericamente adotadas em Portugal (Ponto 11)

320. A adoção destas recomendações está sobretudo evidenciada nas normas produzidas pela DGS, em especial as relativas à estratégia de testagem e ao rastreio de contactos, e cujas múltiplas versões traduzem o acompanhamento próximo, ao longo da pandemia, da evolução do conhecimento técnico-científico acerca da doença e também a incorporação dinâmica das orientações e recomendações internacionais que foram sendo produzidas naquelas matérias. (Anexo XIII - Orientações e recomendações internacionais)

V. Recomendações

Atentas as observações e conclusões da auditoria recomenda-se:

Ao Ministro da Saúde

- R.1. Assegurar a resiliência do Sistema de Saúde, desenvolvendo a sua preparação e capacidade de resposta a futuras emergências de saúde pública, a sua capacidade para minimizar os seus impactos negativos e promover a sua rápida recuperação, bem como a sua capacidade de adaptação, assente nas lições aprendidas. Para este efeito, em linha com as recomendações de organizações internacionais, devendo promover-se, designadamente ¹⁷⁰ ¹⁷¹ ¹⁷²:
- a prevenção da doença;
 - o recrutamento e retenção de profissionais de saúde;
 - a conceção de mecanismos que permitam a recolha e análise sistemática de dados de forma completa e consistente;
 - a cooperação com organismos europeus e internacionais;
 - o reforço das cadeias logísticas de produtos médicos;
 - estruturas de governação que contemplem respostas integradas e promovam a confiança dos cidadãos.
- R.2. Diligenciar por um melhor alinhamento entre as opções estratégicas preconizadas para as respostas em saúde pública a adotar em futuros contextos pandémicos e a criação de instrumentos legais e regulamentares que possibilitem e promovam ativa e eficazmente a sua efetiva concretização.
- R.3. Garantir que a fixação de preços administrativos e não sujeitos à concorrência tem subjacente uma adequada fundamentação do respetivo valor, obedecendo a critérios de eficiência económica, e sendo atualizados de forma tempestiva e alinhada com a evolução dos respetivos custos, prevenindo a realização de despesa ineficiente e conferindo a necessária transparência que a utilização dos dinheiros públicos exige.
- R.4. Garantir a adequada evidenciação e especificação da despesa pública realizada, bem como o apuramento do custeio das atividades relacionadas, por parte das entidades responsáveis pela implementação dos planos contingenciais e pela concretização das respetivas respostas a pandemias e outros tipos de catástrofes naturais.
- R.5. Diligenciar para que as autoridades de saúde pública, em futuras situações de resposta a pandemias, assegurem que o desenvolvimento e implementação de soluções de rastreio de proximidade digital são acompanhados por um adequado plano de comunicação e pela criação de mecanismos de incentivos eficazes para a promoção da sua efetiva utilização, em contextos em que aquelas soluções se constituam como estratégias complementares de resposta às abordagens tradicionais capazes de potenciar significativos ganhos de eficiência e de eficácia.

¹⁷⁰ Recomendação igualmente formulada no âmbito do Relatório n.º 13/2023, Auditoria à vacinação contra a COVID-19, do TdC, de setembro de 2023.

¹⁷¹ “Resiliência consiste na capacidade dos sistemas de saúde em adaptarem-se de forma eficaz a contextos em mutação, a choques súbitos ou a crises.”. Cfr. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2019), [Portugal: Perfil de Saúde do País 2019](#), Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas, p. 18.

¹⁷² OECD (2023), [Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience](#), OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

À Diretora-Geral da Saúde

- R.6. Promover o desenvolvimento de uma análise aos aspetos estratégicos e operacionais que sustentaram os processos de testagem e de rastreio de contactos, que permita avaliar da sua adequação, eficiência e eficácia na resposta à COVID-19, a fim de preservar para memória futura as lições aprendidas.
- R.7. Diligenciar pela elaboração de um estudo científico acerca do efetivo impacto das atividades de testagem e rastreio de contactos, desenvolvidas a nível nacional, na quebra de cadeias de transmissão e no controlo da propagação da doença, que possa sustentar o desenvolvimento de abordagens e instrumentos mais eficazes para a resposta a futuras situações pandémicas nas quais aquelas atividades se constituíam como determinantes no combate à doença.
- R.8. Providenciar pela instituição de mecanismos que assegurem a coerência, fiabilidade e congruência dos dados de atividade recolhidos junto das autoridades de saúde pública locais e regionais e que minimizem os riscos de apuramento.
- R.9. Prever e assegurar a adequação uniforme dos procedimentos associados à realização de inquéritos epidemiológicos a futuras situações pandémicas em que o contexto epidemiológico e o combate à doença exijam o seu desenvolvimento em larga escala e no mais curto espaço de tempo, ponderando a eventual autonomização da atividade de rastreio de contactos e ou o redesenho de procedimentos específicos a adotar na resposta emergente a próximas pandemias.
- R.10. Promover a elaboração de um estudo sobre os determinantes da fraca adesão da população portuguesa à efetiva utilização da solução de rastreio de proximidade digital implementada, designadamente identificando as principais barreiras à sua adoção e utilização, por forma a sustentar a criação de mais adequados mecanismos de incentivo ao seu uso, em futuras situações de resposta pandémica em que se justifique a adoção deste tipo de soluções.
- R.11. Providenciar pela instituição de mecanismos que promovam eficazmente a qualidade de dados críticos que seja necessário recolher junto das autoridades de saúde locais e regionais, designadamente através da explicitação clara de conceitos e métricas, da validação sistemática da respetiva coerência e congruência e da criação de procedimentos de extração e reporte automático, que desonerem as autoridades de saúde pública da realização manual destas tarefas e contribuam para a obtenção de informação que melhor assegure a correta medição das realidades em análise.

À Diretora-Geral da Saúde e à Presidente do Conselho de Administração da SPMS, EPE

- R.12. Assegurar que a aplicação informática de suporte ao Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) está adequadamente adaptada para responder a futuras emergências de saúde pública, designadamente garantindo a sua capacidade para lidar com o registo e processamento de volumes massivos de dados e com a sua utilização simultânea e em larga escala pelos diferentes perfis de utilizadores previstos. E, ainda, eliminando ineficiências no processamento e acesso tempestivo aos dados registados e salvaguardando a interoperabilidade com outros sistemas de informação relevantes, por forma a permitir um eficaz suporte às atividades de vigilância epidemiológica.
- R.13. Em futuras situações de emergência em saúde pública:
- (i) que exijam o envolvimento e atuação de todas as autoridades de saúde pública locais e regionais, através do desenvolvimento de procedimentos uniformes, com base em critérios e orientações comuns;
 - (ii) que careçam de acompanhamento e monitorização, a nível nacional, dos respetivos níveis de atividade e de afetação de recursos;
 - (iii) e verificando-se a existência de limitações nas soluções informáticas de âmbito nacional existentes, para responder adequadamente.

Promover o oportuno desenvolvimento, a nível central, de soluções únicas, ainda que de carácter contingencial e provisório, que superem as limitações identificadas e assegurem respostas adequadas e oportunas, evitando assim as ineficiências decorrentes da criação de múltiplas e distintas soluções locais “à medida”.

- R.14. Em futuros contextos pandémicos em que haja necessidade de recolher de forma recorrente dados junto das autoridades de saúde pública locais e regionais, para efeitos de monitorização e acompanhamento das respetivas intervenções, providenciar pelo desenvolvimento de soluções de extração e reporte automático, evitando a sobrecarga dos profissionais de saúde pública com tarefas relacionadas com o preenchimento e reporte de dados e assegurando maior fiabilidade da informação assim apurada.

VI. Vista ao Ministério Público

321. Do projeto de relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos e para os efeitos do artigo 29.º, n.º 5, da LOPTC¹⁷³, que emitiu o respetivo parecer.

VII. Decisão

Os juízes do TdC, em subsecção da 2.ª Secção, decidem:

1. Aprovar o presente Relatório;
2. Que o Relatório seja remetido às seguintes entidades:
 - Presidente da Assembleia da República;
 - Ministro da Saúde;
 - Jâmila Bárbara Madeira e Madeira, Ex-Secretária de Estado Adjunta e da Saúde;
 - Diogo Luís Batalha Soeiro Serras Lopes, Ex-Secretário de Estado da Saúde;
 - Maria da Graça Gregório de Freitas, Ex-Diretora-Geral da Saúde
 - Diretora-Geral da Saúde;
 - Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.
3. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos e para os efeitos do artigo 29º, n.º 4 da LOPTC;
4. Determinar que as entidades destinatárias das recomendações informem, no prazo de três meses após a receção deste Relatório, o TdC, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, acerca da sequência dada às recomendações;

¹⁷³ Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações subsequentes.

5. Fixar o valor global dos emolumentos em 17.164,00 €, nos termos dos artigos 1.º, 2.º, 10.º e 11.º do Regime Jurídico dos Emolumentos do TdC¹⁷⁴, a pagar, em partes iguais, pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, pela Direção-Geral da Saúde, pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP, pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE e pelas cinco Administrações Regionais de Saúde, IP.;
6. Que, após as notificações e comunicações necessárias, o Relatório seja publicado no sítio do TdC na *Internet*.

Tribunal de Contas, em 21 de dezembro de 2023

O Juiz Conselheiro Relator



(Luís Filipe Cracel Viana)

As Juízas Conselheiras Adjuntas

Voto o relatório, mas não assino por ter participado por
videoconferência.

(Maria dos Anjos de Melo Machado Nunes Capote)



(Ana Margarida Leal Furtado)

¹⁷⁴ Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 139/99, de 28 de agosto, e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de abril.

h



TRIBUNAL DE
CONTAS

ANEXOS

h

Anexo I – Metodologia

A auditoria foi desenvolvida em conformidade com as fases de planeamento, execução e de elaboração do relato, previstas no “Manual de Auditoria – Princípios Fundamentais” e no “Manual de Auditoria de Resultados” do TdC.

As evidências de auditoria estão documentadas e as opiniões emitidas estão fundamentadas.

PLANEAMENTO

A fase de Planeamento incluiu a análise dos Serviços de Saúde Pública no quadro do Serviço Nacional de Saúde, o mapeamento das entidades com intervenção relevante em saúde pública, a identificação e compreensão do sistema de vigilância epidemiológica instituído e a recolha de informação internacional relevante e relacionada com o objeto da auditora, incluindo trabalhos de avaliação desenvolvidos por outras instituições superiores de controlo¹⁷⁵.

Também foi solicitada informação sobre estudos/pareceres, relatórios de ações de auditoria, inspeção, esclarecimento, fiscalização ou inquérito, bem como outras ações de controlo, eventualmente realizadas, à Inspeção-Geral das Finanças e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

Destaca-se a seguinte informação recolhida:

- Legislação nacional e comunitária relacionada;
- Publicações oficiais com dados financeiros e não financeiros relacionados com o volume de testes realizados, com destaque, de forma não exaustiva, para a Direção-Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema e Saúde, IP, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, a Organização Mundial de Saúde;
- Publicações sobre o tema feitas por organismos internacionais, designadamente, a Organização Mundial de Saúde, a Comissão Europeia e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças;
- Relatórios de auditoria com objetos semelhantes de outras Instituições Superiores de Controlo;
- Artigos da comunicação social.

Com base nessa informação foi elaborado o Plano Global de Auditoria que delimita o âmbito, identifica os objetivos, os critérios, o método e os procedimentos de auditoria, constitui a equipa de auditoria e fixa o calendário da ação¹⁷⁶.

EXECUÇÃO DA AUDITORIA

A fase de execução da auditoria decorreu de setembro de 2021 até fevereiro de 2023.

O desenvolvimento da ação foi apoiado, sobretudo, em informação recolhida junto das entidades responsáveis pelo desenho e pela implementação da estratégia de testagem e rastreio de contactos, das entidades responsáveis pela operacionalização dessa estratégia, bem como das entidades com responsabilidades nas vertentes financeira e dos sistemas de informação, a seguir identificadas:

- a Direção-Geral da Saúde (DGS);
- os Departamentos de Saúde Pública das Administrações Regionais de Saúde, IP;
- a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS);
- os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS);

¹⁷⁵ National Audit Office (2020). [The government's approach to test and trace in England - interim report](#).

National Audit Office (2021). [Test and trace in England - progress update](#).

US Government Accountability Office (2022). [COVID-19: Test and Trace and Vaccination Programmes](#).

Cour des Comptes (2022). [Tracer les contacts des personnes contaminées par la COVID 19: une forte implication de l'assurance maladie, une efficacité incertaine](#).

¹⁷⁶ Informação n.º 10/2021- DA V – Setor Social, de 13/07/2021.

- o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, IP; e
- o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (INSA).

Procedeu-se, igualmente, à consulta de bases de dados internacionais. É de salientar a plataforma “*Our World in Data*”, que agrega dados de diversas fontes, incluindo organizações internacionais (e.g. Banco Mundial, OCDE e agências das Nações Unidas), agências estatísticas e também fontes governamentais oficiais, como é o caso dos dados acerca da testagem e da vacinação contra a COVID-19¹⁷⁷.

Foi analisada a informação de financiamento da atividade de testagem e rastreio, bem como o volume de testes de diagnóstico de COVID-19 financiados pelo SNS e sujeitos à conferência do Centro de Controlo e Monitorização do SNS.

Destaca-se, aqui, a análise realizada à informação acerca do número de testes realizados a nível nacional, registada na aplicação informática de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

A informação disponibilizada ao Tribunal pela SPMS, entidade responsável pela gestão daquela aplicação, possuía cerca de 45 milhões de registos e múltiplas dimensões referentes, entre outras, e de forma não exaustiva, às datas de realização, de colheita e de registo do resultado do teste na plataforma SINAVE, ao tipo de teste utilizado, ao resultado obtido, à entidade que o realizou, ao local de realização, à entidade prescritora, ao número de caso, à ARS da morada do utente e ao ACES responsável pelo seu acompanhamento.

O tratamento destes dados e a sua análise foi feita utilizando a aplicação *Power BI Desktop* da Microsoft. Os dados recebidos foram transformados e carregados naquela aplicação, e analisados, numa primeira fase, quanto à sua coerência e qualidade. Desta análise, resultaram pedidos de esclarecimentos dirigidos à SPMS.

De seguida, modelizaram-se os dados recebidos, a fim de possibilitar a sua análise integrada e relacionada, de acordo com as dimensões definidas. O volume de dados envolvido tornou adicionalmente morosas tanto as tarefas iniciais de transformação e de análise de coerência e qualidade, quanto as subsequentes de edição de consultas e de criação de campos e métricas calculadas.

Foram ainda auscultadas as autoridades de saúde pública regionais, pelo seu papel central na operacionalização da estratégia de rastreio de contactos e de apoio à atividade de testagem. Para tal, foi elaborado um inquérito, junto das Administrações Regionais de Saúde, através da aplicação *Microsoft Forms*, de preenchimento *online*, que abordou, entre outros, os temas relacionados com a atividade de investigação epidemiológica e sistemas de informação utilizados.

Referir, de igual modo, a informação solicitada às entidades responsáveis pelo desenvolvimento, gestão e operacionalização da solução de rastreio de proximidade digital desenvolvida em Portugal, *StayAway COVID*, designadamente, o Instituto de Engenharia de Sistemas de Computadores, Ciência e Tecnologia (INESC TEC), a DGS e a SPMS.

Os resultados das análises desenvolvidas alicerçaram as observações e conclusões de auditoria constantes do Relato.

¹⁷⁷ A plataforma “*Our World in Data*” resulta da colaboração de investigadores da Universidade de Oxford com a organização sem fins lucrativos “*Global Change Data Lab*”, sediada no Reino Unido. Agrega dados de quatro fontes principais: institutos especializados, artigos científicos, instituições ou agências estatísticas internacionais e de fontes governamentais oficiais.

RELATO

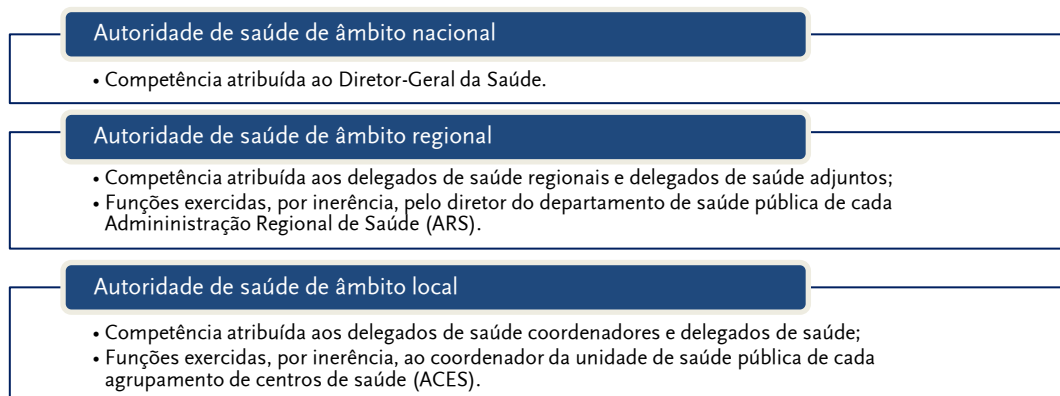
Nos termos legais e regulamentares, o Juiz Conselheiro Relator aprovou o Relato para remessa para contraditório após distribuição às Juízas Conselheiras Adjuntas.

Anexo II – Aspetos de governação

Entidades intervenientes, funções e responsabilidades

1. Em Portugal, a defesa da saúde pública é exercida pelas autoridades de saúde que, em situações de grave risco como uma epidemia ou pandemia, decidem a intervenção, discricionária, do Estado, competindo-lhes a vigilância das decisões dos órgãos e serviços operativos do Estado nesta matéria. Podem requerer a todas as instituições e profissionais de saúde, públicos ou privados, os dados e a informação em saúde que considerem essenciais para o controlo de risco ou para as necessidades de vigilância epidemiológica¹⁷⁸.
2. Na vertente preventiva compete-lhes, ainda, exercer a vigilância sanitária do território nacional e fiscalizar o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional ou de outros instrumentos internacionais correspondentes, articulando-se com entidades nacionais e internacionais no âmbito da preparação para a coordenação da resposta a ameaças, avaliação e comunicação de risco ¹⁷⁹.
3. As autoridades de saúde dependem hierarquicamente do Ministro da Saúde, através da Diretora-Geral da Saúde, e exercem poderes de âmbito territorial correspondente às áreas geográficas e administrativas de nível nacional, regional e local a que se encontram adstritas. Estes últimos dois níveis constituem os serviços de natureza operativa de saúde pública, encontrando-se sediados nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), nos respetivos Departamentos de Saúde Pública, e nos cuidados de saúde primários, nomeadamente nas unidades de saúde pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e nas Unidades Locais de Saúde (ULS) ¹⁸⁰. (*Vide Anexo V – Caracterização das autoridades de saúde, regionais e locais*)

Figura 2- Hierarquia das autoridades de saúde



Fonte: Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, alterado pelo [Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro](#).

4. Concomitantemente às funções de direção dos serviços da DGS, o Diretor-Geral da Saúde assume, por inerência, as funções de autoridade de saúde nacional, cabendo-lhe não só o acompanhamento da situação epidemiológica nacional, como a organização do sistema de vigilância que o sustenta e que assenta numa rede, de âmbito nacional, que integra médicos, autoridades de saúde, laboratórios de patologia clínica, entidades do setor público, privado e social que desenvolvam atividades de recolha

¹⁷⁸ Cf. Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, alterado pelo [Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro](#)

¹⁷⁹ A nova redação do Regulamento Sanitário Internacional foi adotada na 58.ª Assembleia Mundial de Saúde, de 23 de maio de 2005, e entrou em vigor a 15 de junho de 2007. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é um instrumento jurídico internacional, vinculativo para todos os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), que alerta para a necessidade de intensificar a vigilância epidemiológica e o controlo das doenças transmissíveis com perigo de disseminação internacional, e insta os Estados-parte a adquirir, reforçar e manter as capacidades de resposta neste âmbito.

¹⁸⁰ Cf. art.º 9º do Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro, as funções inerentes ao exercício do poder de autoridade de saúde são exercidas com autonomia técnica e são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde. O apoio, técnico, jurídico, de recursos humanos e logístico, é assegurado, às autoridades de saúde, pelos departamentos de saúde pública das ARS ou pelas unidades de saúde pública dos ACES ou das unidades locais de saúde das respetivas áreas de intervenção.

h

de dados de saúde ou realizem estudos epidemiológicos relativos a doenças transmissíveis, e farmácias de oficina e hospitalares.

5. É também responsabilidade do Diretor-Geral da Saúde, no âmbito das suas funções como autoridade nacional de saúde, a elaboração e atualização de um plano de ação nacional de contingência de epidemias, a aprovar pelo Conselho Nacional de Saúde Pública, órgão consultivo do Governo. Apesar das competências atribuídas a este conselho (e às suas duas comissões especializadas) na área da prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde, não foi obtida qualquer evidência da sua intervenção durante o período ativo da pandemia por COVID-19¹⁸¹.
6. Embora sem competências específicas na resposta a pandemias, o papel do Conselho Nacional de Saúde, ainda outro órgão consultivo do Governo para a área da saúde, foi mais visível, atendendo às apreciações e recomendações produzidas, essencialmente em 2020, sobre a resposta à pandemia pela COVID-19^{182 183}.
7. À luz deste enquadramento funcional e operativo, o Quadro 18 identifica as entidades que mais diretamente participaram na definição e implementação da estratégia nacional de testagem e rastreio de contactos, detalhando os seus distintos níveis de intervenção nos diferentes processos associados.

Quadro 18 - Principais intervenientes na testagem e rastreio de contactos

Designação	Funções	Responsabilidades	Execução
Direção-Geral de Saúde (DGS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento ▪ Coordenação ▪ Normalização ▪ Vigilância e monitorização 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordenação e manutenção do sistema nacional de vigilância epidemiológica (SINAVE); 2. Coordenação e manutenção do sistema de alerta e resposta à pandemia de COVID-19; 3. Produção de normas e definição de critérios técnicos, clínicos e outros. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboração dos planos de contingência e estratégicos de resposta ao COVID-19¹⁸⁴; ✓ Produção das normas e orientações técnicas relativas às atividades de testagem e de rastreio de contactos; ✓ Elaboração de relatórios periódicos de acompanhamento da situação epidemiológica e de análise e gestão de risco¹⁸⁵.
Administrações Regionais de Saúde (ARS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização ▪ Coordenação ▪ Operacionalização 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reorganização dos cuidados de saúde primários; 2. Vigilância epidemiológica e rastreio de contactos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definição de áreas dedicadas à COVID-19 nos ACES; ✓ Identificação, rastreio, monitorização e aplicação das medidas de saúde pública à população com sintomatologia de COVID-19; ✓ Atividades de rastreio de contactos e de prescrição de testes nas USP; ✓ Acordos e parcerias locais para a testagem.
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP (INSA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento ▪ Vigilância e monitorização; ▪ Normalização 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observação e vigilância epidemiológica; 2. Laboratório do Estado de referência nacional para diagnóstico de doenças infecto contagiosas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação da metodologia laboratorial para deteção do vírus SARS-CoV-2; ✓ Publicação e atualização da Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico do SARS-CoV-2¹⁸⁶; ✓ Análise das notificações diárias dos testes realizados pelos laboratórios da rede; ✓ Produção de análises periódicas da situação epidemiológica e de análise e gestão de risco.

¹⁸¹ Cf. [Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto](#). O Conselho Nacional de Saúde Pública é composto por um máximo de 20 membros, em representação do sector público, privado e social, incluindo as áreas académicas e científica. As suas funções consultivas junto do membro do Governo responsável pela área da saúde, com faculdade de delegação na Diretora-geral da Saúde, abrangem a avaliação das situações de surtos epidémicos de grande escala e pandemias. Na dependência do Conselho Nacional de Saúde Pública foram criadas a Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica e a Comissão Coordenadora de Emergência.

¹⁸² Cf. [Decreto-Lei n.º 49/2016, de 23 de agosto](#).

¹⁸³ [Apreciações do Conselho Nacional de Saúde da situação da epidemia de COVID-19 em Portugal](#).

¹⁸⁴ Com destaque para: o [Plano Nacional de Preparação e Resposta para a doença por novo coronavírus \(COVID 19\)](#), de março de 2020; o [Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-2021](#), de setembro de 2020; e a participação na elaboração do [Plano de Promoção da Operacionalização da Estratégia de Testagem em Portugal_SARS_CoV-2](#), de abril de 2021.

¹⁸⁵ Vide ponto 8.5 para maior detalhe.

¹⁸⁶ Esta rede inclui laboratórios do SNS, instituições universitárias, de investigação e outras e laboratórios privados.



h

Designação	Funções	Responsabilidades	Execução
Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP (INFARMED)	▪ Suporte	1. Avaliar, autorizar, assegurar a vigilância e controlo da distribuição, comercialização e utilização dos medicamentos e de dispositivos médicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autorização da comercialização e utilização de testes laboratoriais para SARS-CoV-2¹⁸⁷; ✓ Reforço da reserva estratégica nacional de medicamentos e dispositivos médicos, em função das necessidades estimadas, em conjunto com o INSA e a DGS.
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS)	▪ Suporte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver e melhorar os sistemas de suporte à vigilância epidemiológica a utilizar pelos intervenientes em saúde pública; 2. Desenvolver ferramentas digitais de auto reporte de sintomatologia dos doentes com COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolvimento do sistema BI SINAVE para tratamento, análise e comunicação mais dinâmica dos dados relacionados com a COVID-19; ✓ Implementação da plataforma Trace-COVID para apoio à informação registada no BI SINAVE; ✓ Desenvolvimento de ferramentas para autovigilância dos doentes em isolamento profilático.
Laboratórios da Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico do SARS-CoV-2	▪ Operacionalização	1. Realização de testes laboratoriais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação da requisição de testes para deteção de COVID-19; ✓ Realização de testes para deteção de COVID-19-; ✓ Notificação de resultados no SINAVE.
Hospitais do SNS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização ▪ Operacionalização 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestação de cuidados diferenciados COVID/não-COVID; 2. Reorganização hospitalar; 3. Expansão da capacidade em cuidados intensivos; 4. Deteção e tratamento de casos de infeção COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação clínica e realização de teste laboratorial a categorias de doentes sintomáticos e assintomáticos, de acordo com os critérios técnicos definidos pela DGS.
Linha SNS24	▪ Operacionalização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestão do acesso às entidades de cuidados de saúde do SNS; 2. Triagem, aconselhamento e encaminhamento dos utentes com suspeita de COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Triagem digital para os utentes com suspeita de COVID-19; ✓ Integração de informação no sistema Trace-COVID; ✓ Emissão das requisições automáticas de testes à COVID-19; ✓ Emissão de declarações provisórias de isolamento profiláticos.
ACSS	▪ Suporte	1. Gestão da resposta financeira às novas exigências provocadas pela COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atribuição de reforços orçamentais às entidades do SNS para fazer face às despesas supervenientes relacionadas com a pandemia; ✓ Elaboração de propostas para a fixação e atualização do preço dos testes à COVID-19.

Fonte: Elaboração própria com base em vários diplomas e documentos.

8. Destaca-se o papel das equipas de saúde dos ACES, cuja avaliação e triagem dos utentes com suspeita de infeção por COVID-19 contribuiu para o descongestionamento do acesso aos cuidados de saúde hospitalares.
9. A atuação da Linha SNS24 permitiu, também, a gestão do acesso dos cidadãos às instituições do SNS, encaminhando-os para os diferentes tipos de cuidados de saúde, em função das orientações e normas da DGS. Referir, ainda, que esta Linha foi responsável pela requisição 5,4 milhões de testes (5,2 milhões de testes TAAN e 200 mil TRAg), no período de 01/03/2020 a 30/04/2022 (14,3% do total de testes realizados naquele período).

Modelo de governação

10. A emergência pandémica determinou a elaboração, em março de 2020, de um plano de contingência para preparação e resposta à doença COVID-19. Este teve como finalidade descrever as orientações estratégicas necessárias ao setor da Saúde face à ameaça em Saúde Pública então enfrentada, com o

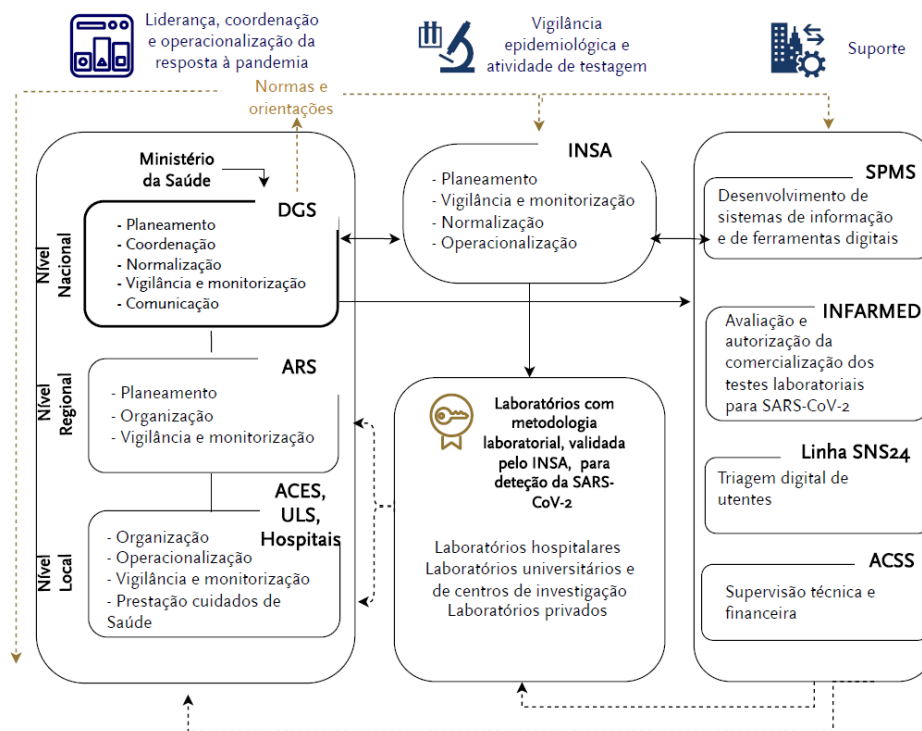
¹⁸⁷ Destaca-se, sobretudo, a introdução da “nova geração” de testes rápidos de deteção de antigénio, com características melhoradas, face aos inicialmente disponíveis, designadamente quanto aos níveis de sensibilidade apresentados, um dos critérios de desempenho determinantes na escolha dos testes a utilizar no diagnóstico da COVID-19.

h

desenho de níveis de alerta e de resposta a implementar, a identificação de lideranças nacionais, regionais e locais e a definição de níveis de articulação entre os diferentes intervenientes na resposta¹⁸⁸.

11. Portugal adotou uma estrutura de governação fortemente centrada na Direção-Geral da Saúde (DGS), atentas as competências detidas, entre outras, ao nível da produção de normas e orientações em matéria de saúde pública e da prestação de cuidados de saúde, da vigilância epidemiológica, da elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e também do apoio ao Diretor-Geral da Saúde no exercício das suas competências de autoridade de saúde nacional.

Figura 3 - Modelo de governação: testagem e rastreio de contactos



Fonte: Elaboração própria com base no Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19) e documentos relacionados.

12. A DGS, e o Diretor-Geral da Saúde enquanto autoridade de saúde nacional, em linha com diretrizes e orientações do Ministério da Saúde, assumiram um papel central no suporte à definição e implementação da estratégia nacional de testagem e rastreio de contactos. Igualmente crucial foi o envolvimento: (i) das Administrações Regionais de Saúde (ARS); (ii) das autoridades regionais e locais de saúde pública; (iii) dos estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS); e (iv) da rede de laboratórios públicos, com destaque para o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (INSA), e também privados. A abordagem adotada passou ainda pela colaboração com a Academia e pela constituição de uma *Task Force*¹⁸⁹.
13. Esta *Task Force*, criada em março de 2021, integrava um núcleo de coordenação, constituído por um coordenador e por elementos representantes do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, do INSA, da DGS, dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), do INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED) e de cada uma das ARS. O apoio técnico e logístico era assegurado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), o Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM), a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) e o SUCH — Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

¹⁸⁸ [Plano Nacional de Preparação e Resposta para a doença por novo coronavírus \(COVID 19\)](#), de março de 2020 (data de publicação no sítio eletrónico do INSA).

¹⁸⁹ Criada pelo [Despacho n.º 2922/2021](#), publicado em 18 de março de 2021, dos Gabinetes da Secretária de Estado de Recursos Humanos e Antigos Combatentes e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

h

(SUCH).

14. A sua criação, em março de 2021, visou promover de forma efetiva a operacionalização da estratégia nacional de testagem, que àquela data se encontrava já em plena fase de implementação, e que se alicerçava na “(...) *implementação massiva de testes de diagnóstico laboratorial para SARS -CoV -2, com o consequente e efetivo rastreio de contactos e isolamento rigoroso dos casos e isolamento profilático dos seus contactos (...)*”, enquanto elementos decisivos para limitar a propagação da doença¹⁹⁰.

Planos e orientações

15. À data da declaração de pandemia da doença COVID-19, não existia um plano de ação nacional de contingência para situação epidémica ou pandémica, dissociado de um vírus específico.
16. Até então, o trabalho mais substantivo que havia sido desenvolvido respeitava ao plano de contingência nacional para a pandemia da gripe, elaborado em 2005 e revisto em 2007, que suportou, posteriormente, adaptações a diferentes realidades, permitindo o desenvolvimento de um referencial de boas práticas na preparação da resposta contingencial em diferentes contextos de doenças, no qual se alicerçou, entre final de 2019 e início de 2020, a resposta inicial à doença provocada pelo “novo coronavírus”¹⁹¹.
17. No período pré-pandemia existiam dois planos de resposta sazonais, em matéria de saúde pública, para os períodos de Inverno e de Verão, com o primeiro a integrar respostas contingenciais ao nível das infeções respiratórias, e o segundo mais vocacionado para responder a situações críticas associadas às altas temperaturas e ao calor.

¹⁹⁰ [Despacho n.º 2922/2021](#), publicado em 18 de março de 2021, dos Gabinetes da Secretária de Estado de Recursos Humanos e Antigos Combatentes e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

¹⁹¹ Segundo informação da DGS, o desenvolvimento do plano de contingência nacional para a pandemia da gripe terá contribuído e/ou terá estado na génese, entre outros, da criação de uma rede de referência de hospitais para doenças infecciosas e da listagem sistematizada de laboratórios de referência, a nível nacional.

h

Quadro 19 - Planos de contingência na área da saúde

Designação	Data
➤ Planos de contingência para Ondas de Calor	2003-2010
➤ Plano de Contingência para a Gripe	2005
➤ Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe - Sector da Saúde	2006
➤ Plano de Contingência Nacional para a Pandemia de Gripe - Sector da Saúde	2007
➤ Planos de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas - Módulo Calor	2011-2014
➤ Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Doença por Vírus Ébola	2015
➤ Saúde Sazonal: Inverno & Saúde e Saúde Sazonal: Verão & Saúde	2016
➤ Planos de Contingência Saúde Sazonal Módulo Inverno e Planos de Contingência Saúde Sazonal Módulo Verão	2017
➤ Plano Nacional de Preparação e Resposta para a doença por novo coronavírus (COVID 19)	2020 (março)
➤ Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-2021	2020 (setembro)
➤ Referencial outono/inverno 2021-22	2021 (outubro)

Fonte: Sítio eletrónico da DGS (<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes>).

18. O Plano de Inverno, ativado anualmente entre início de outubro e final de abril, estava em vigor aquando da declaração de pandemia pela OMS, em março de 2020, e contemplava já matérias ao nível da prevenção da infeção, da coordenação da saúde pública e dos serviços hospitalares, da vigilância e da vacinação contra a gripe.
19. O plano de contingência específico para preparação e resposta à doença COVID-19, produzido em março de 2020 pela DGS, assumido como um plano generalista e elaborado num contexto de elevada incerteza, foi posteriormente sendo complementado através da produção de normas e de orientações específicas, que definiram as condições, conceitos e critérios técnicos, clínicos e outros, para a sua operacionalização e tradução em ações concretas¹⁹².
20. No âmbito das normas produzidas pela DGS, assumiram particular relevância as normas 15/2020, referente ao rastreio de contactos, e 19/2020, relativa à “estratégia nacional de testes para SARS-CoV-2”, que formalizaram as respetivas abordagens estratégicas¹⁹³.

Quadro 20 – Principais orientações da DGS no âmbito da testagem e rastreio de contactos

Natureza	Objeto/Âmbito	Autores	Data
Norma 01/2020	COVID-19: Primeira Fase de Mitigação - Medidas Transversais de Preparação	DGS	16/03/2020
Norma 04/2020	COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2	DGS	23/03/2020 ⁽¹⁾
Norma 15/2020	Rastreio de Contactos	DGS	24/07/2020 ⁽²⁾
Norma 19/2020	Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2	DGS	26/10/2020 ⁽³⁾
Plano	Promoção da Operacionalização da Estratégia de Testagem em Portugal SARS-CoV-2	Task-Force	19/04/2021

Fonte: DGS, INSA.

Notas: (1), (2) e (3) A data indicada refere-se à publicação da primeira versão das normas. Estas sofreram inúmeras atualizações, traduzidas na publicação de sucessivas novas versões ao longo da pandemia.

h

21. A evolução epidemiológica e a evidência científica acerca da doença COVID-19 determinaram sucessivas atualizações daquelas duas normas ao longo da pandemia, normas essas que viriam a ser revogadas no final de 2022¹⁹⁴.
22. Referir, ainda, em setembro de 2020, o plano de saúde para o Outono-Inverno 2020-2021, instrumento orientador para as entidades do Ministério da Saúde e para a rede de estabelecimentos e serviços de saúde, na resposta organizada ao risco sazonal proveniente do impacto das baixas temperaturas na saúde, da possível ocorrência de uma epidemia de gripe, do expectável crescimento epidémico da COVID-19 e das necessidades de saúde não satisfeitas.
23. Das ações concretas apresentadas no plano de saúde para o Outono-Inverno 2020-2021, destacam-se, no domínio da comunicação, o incentivo à utilização da solução de rastreio de proximidade digital desenvolvida em Portugal, o *StayAway* COVID, e a promoção do contacto através da Linha SNS24¹⁹⁵.
24. Em abril de 2021, surgiria ainda um instrumento adicional, o plano para a “Promoção da Operacionalização da Estratégia de Testagem em Portugal SARS-CoV-2”, que consagrou a transição dos princípios “*Test-Track-Trace-Isolate*” para “*Find-Test-Trace-Isolate-Support*”, “(...) com a inclusão da procura de casos através da intensificação de testes de rastreio, de forma mais abrangente e com um maior apoio dos casos e contactos durante o período de isolamento.” Este plano definiu “(...) um conjunto de orientações e propostas de trabalho, materializadas numa estratégia planeada, massiva e sistemática de testagem, inclusiva e participativa (...)”, envolvendo cidadãos, organizações e entidades dos setores público, privado e social, com o intuito de “(...) detetar precocemente situações com potencial risco de ocorrência de surtos e, assim, quebrar as cadeias de transmissão.”

¹⁹² Reunião com a DGS, na qual esteve presente a Diretora-Geral da Saúde, realizada em 30 de setembro de 2021.

¹⁹³ Para adicional detalhe acerca das principais normas e orientações emitidas *vide*, de forma não exaustiva, o Anexo III - Principais normas e circulares relativas à estratégia de testagem e de rastreio de contactos.

¹⁹⁴ Cf. [Norma 13/2022, de 28.11.2022](#), da DGS, que revogou as Normas 04/2020, 15/2020 e 19/2020.

¹⁹⁵ Estas soluções, adotadas em inúmeros países europeus constituíram uma abordagem tecnológica ao rastreio de contactos, no âmbito da saúde pública, que recorria por norma ao uso de *smartphones* como meio de capturar as interações anonimizadas entre indivíduos para, com base nessa informação, gerar alertas quando se identificassem situações de exposição a fatores de risco, enquadradas em critérios de proximidade e duração de contactos com indivíduos com infeção confirmada. WHO, *Interim Guidance*, 01/02/2021, [Contact Tracing in the context of COVID-19](#).

Anexo III - Principais normas e circulares relativas à estratégia de testagem e de rastreio de contactos

	Identificação	Entidade emitente	Assunto	Data da 1ª publicação	Atualizações ⁽¹⁾
a.) Normas	Norma 001/2020	DGS	COVID-19: Primeira Fase de Mitigação Medidas Transversais de Preparação	16/03/2020	N.A.
	Norma 004/2020	DGS	COVID-19: Fase de Mitigação Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-Cov-2	23/03/2020	1. 31/08/2020 2. 19/04/2021 3. 05/01/2022
	Norma 015/2020	DGS	COVID-19: Rastreio de Contactos	24/07/2020	1. 11/02/2021 2. 19/02/2021 3. 20/12/2021 4. 05/01/2022 5. 24/01/2022 6. 11/02/2022
	Norma 019/2020	DGS	COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2	26/10/2020	1. 06/11/2020 2. 22/06/2022 3. 23/02/2022
b.) Circulares	Circular Informativa Conjunta N.º 003/CD/100.20.200	DGS Infarmed INSA	Testes Laboratoriais para SARS-CoV-2; Testes Rápidos	27/05/2020	N.A.
	Circular Informativa Conjunta N.º 004/CD/100.20.200	DGS Infarmed INSA	Diagnóstico COVID-19-Testes de pesquisa de antigénio	14/10/2020	N.A.
	Circular Informativa Conjunta N.º 005/CD/100.20.200	DGS Infarmed INSA	COVID-19 –Operacionalização da utilização dos Testes Rápidos de Antigénio (TRAg)	13/11/2020	N.A.
	Circular Informativa Conjunta N.º 006/CD/100.20.200	DGS Infarmed INSA	COVID-19 – Operacionalização da utilização dos Testes Rápidos de Antigénio (TRAg) – Atualização Revoga a Circular Informativa Conjunta n.º 005/CD/100.20.200 de 13/11/2020.	16/12/2020	N.A.
	Circular Informativa Conjunta N.º 001/CD/100.20.200	DGS Infarmed INSA	COVID-19 –Operacionalização da utilização dos Testes Rápidos de Antigénio (TRAg)– 2ª Atualização Revoga a Circular Informativa Conjunta n.º 005/CD/100.20.200 de 13/11/2020 e a Circular Informativa Conjunta n.º 006/CD/100.20.200 de 16/12/2020.	12/02/2021	N.A.

	Identificação	Entidade emitente	Assunto	Data da 1ª publicação	Atualizações ⁽¹⁾
	Circular Informativa Conjunta N.º 08/CD/100.20.200	DGS Infarmed INSA ACSS SPMS	Regime excecional e temporário de comparticipação de testes rápidos de antigénio (TRAg) de uso profissional	30/06/2021	N.A.
	Circular Informativa Conjunta N.º 011/DGS/INFARMED/INSA /100.20.200	DGS Infarmed INSA	Realização de Teste Rápido de Antigénio (TRAg) em modalidade de autoteste com supervisão	15/08/2021	N.A.

Notas: (1) As atualizações identificadas são não exaustivas. Como tal, para lá das referenciadas terão existido adicionais versões das normas em causa, em datas posteriores às consideradas.

Anexo IV – Estratégia e princípios adotados

Documentos de referência	Data	Estratégias
Norma 15/2020 da DGS Rastreo de Contactos	24/07/2020	<p>Test-Track-Trace</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação precoce dos casos através de uma utilização adequada de testes laboratoriais; 2. Seguimento clínico adequado (com utilização do sistema de informação disponível na plataforma informática Trace COVID) de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2, quer em ambulatório, quer em meio hospitalar; 3. Efetiva identificação e vigilância de contactos dos casos confirmados, coordenado pelas autoridades de saúde.
Plano de Saúde para o OUT-INV 2020-21	21/09/2020	<p>Test-Track-Trace-Isolate</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Test identificação precoce dos casos através de uma utilização adequada de testes laboratoriais; 2. Track seguimento clínico adequado de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2, quer em ambulatório (com recurso à plataforma Trace COVID-19), quer em meio hospitalar; 3. Trace rastreo efetivo de contactos, pelas equipas de Saúde Pública com recurso ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), coordenado pelas autoridades de saúde. 4. Isolate isolamento atempado e adequado de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2 e respetivos contactos.
Norma 19/2020 da DGS Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2	26/10/2020	<p>Test-Track-Trace-Isolate*</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação precoce dos casos através de uma utilização apropriada de testes laboratoriais; 2. Seguimento clínico adequado de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2, quer em ambulatório (com recurso à plataforma Trace COVID-19), quer em meio hospitalar; 3. Efetivo rastreo de contactos coordenado pelas equipas de saúde pública com recurso ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), e ao rastreo digital de contactos através da aplicação móvel STAYAWAY COVID; e, 4. Isolamento atempado e adequado de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2 e respetivos contactos.
Norma 15/2020 da DGS Rastreo de Contactos	11/02/2021	<p>Test-Track-Trace-Isolate**</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação precoce dos casos através de uma utilização apropriada de testes laboratoriais; 2. Seguimento clínico adequado de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2, quer em ambulatório (com recurso à plataforma Trace COVID-19), quer em meio hospitalar; 3. Efetivo rastreo de contactos coordenado pelas equipas de saúde pública e, 4. Isolamento atempado e adequado de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2 e respetivos contactos.
Plano de Promoção da Operacionalização da Estratégia de Testagem em Portugal_SARS_CoV-2	19/04/2021	<p>Find-Test-Trace-Isolate-Support</p> <p>A situação epidemiológica determinou que, para além da utilização de testes laboratoriais para o diagnóstico da infeção por SARS-CoV-2, quer em pessoas sintomáticas quer em contactos de pessoas com COVID-19, se alargasse e operacionalizasse a testagem (“rastreios”) em pessoas assintomáticas e sem exposição a SARS-CoV-2.</p> <p>A transição dos princípios “<i>Test-Track-Trace-Isolate</i>” para “<i>Find-Test-Trace-Isolate-Support</i>” foi observada neste plano, com a inclusão da procura de casos através da intensificação de testes de rastreo, de forma mais abrangente e com um maior apoio dos casos e contactos durante o período de isolamento.</p>

Fonte: Elaboração própria, com base na consulta de vários documentos relacionados.

Anexo V – Caracterização das autoridades de saúde, regionais e locais

Quadro 21 – Competências e funções das autoridades de saúde

Caraterísticas	Serviços de saúde de âmbito local	Serviços de saúde de âmbito regional
Organização	Unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde (ACES).	Unidades de saúde pública das Administrações Regionais de Saúde (ARS).
Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necessidades de saúde; • Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes; • Promover a investigação e a vigilância epidemiológica; • Avaliar o impacto das várias intervenções em saúde; • Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde, no quadro dos planos nacionais de saúde; • Promover e participar na formação pré-graduada e pós-graduada dos diversos grupos profissionais que integram. 	
Cooperação e de dever de colaboração	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a funcionalidade do sistema e circuitos de informação e a necessária articulação com os hospitais de referência da área geodemográfica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o funcionamento e a disponibilidade da informação em saúde; • Articular a informação com os outros departamentos das ARS.
	Garantir, no exercício das suas funções operativas, a cooperação e articulação com instituições públicas relevantes para a saúde, com outras instituições públicas, privadas ou da área social, relevantes para a saúde da comunidade em geral.	
Situações de risco para a saúde pública	Podem os serviços operativos de saúde pública requerer a todas as instituições e profissionais de saúde, públicos ou privados, os dados e a informação em saúde que considerem essenciais para o controlo de risco ou necessidades de vigilância epidemiológica.	
Recursos Humanos	De acordo com os RH disponíveis e características geodemográficas as equipas de intervenção deverão cumprir com os seguintes rácios: <ul style="list-style-type: none"> • Um médico especializado em saúde pública / 25.000 habitantes; • Um enfermeiro / 30.000 habitantes; • Um técnico de saúde ambiental / 15.000 habitantes 	Deve ser ajustado à dimensão populacional e integrar: <ul style="list-style-type: none"> • Médicos especializados em saúde pública; • Enfermeiros com diferenciação em saúde pública ou comunitária; • Técnicos superiores de saúde nos ramos de engenharia sanitária, laboratório, nutrição e psicologia; • Técnicos de diagnóstico e terapêutica das áreas de saúde ambiental, análises clínicas e de saúde pública e saúde oral.

Fonte: Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril.

Anexo VI – Evolução dos critérios da testagem

Norma DGS	Finalidade clínica	Crítérios	População alvo	Tipo de teste
Norma 04/2020, de 23/03/2020; Orientação 15/2020, de 23/03/2020	Diagnóstico	Doentes com suspeita de infeção	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos os doentes com suspeita de infeção; Na impossibilidade de testar todos: 2. Doentes com critérios de internamento hospitalar; 3. Recém-nascidos e grávidas; 4. Profissionais de saúde sintomáticos; 5. Doentes com comorbilidades¹⁹⁶ e em situação de maior vulnerabilidade; 6. Doentes com contacto próximo de pessoas com as comorbilidades identificadas no ponto 5. 	1. Teste TAAN.
Norma 19/2020, de 26/10/2020, com produção de efeitos a partir de 09/11/2020 Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2	Diagnóstico	Doentes com suspeita de infeção sem critérios de internamento	1. Doentes com suspeita de infeção sem critérios de internamento, com indicação de vigilância clínica e isolamento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teste TAAN, ou; 2. Teste TRAg, preferencialmente nos primeiros 5 dias de sintomas; 3. Se o resultado do teste TRAg for negativo realiza-se teste TAAN confirmatório, no máximo nas 24h seguintes e para situações de elevada suspeita clínica de infeção.
		Doentes com suspeita de infeção com critérios de internamento	1. Doentes com critérios de internamento (antes do internamento).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teste TAAN; 2. Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 12h; 3. Se o resultado do teste TRAg for negativo realiza-se teste TAAN; confirmatório, logo que possível e para situações de elevada suspeita clínica de infeção.
		Pessoas assintomáticas com contacto de alto risco com caso confirmado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as pessoas assintomáticas com contacto de alto risco com caso confirmado COVID-19; 1. Pessoas em situações de surto (escolas, estabelecimentos de ensino, estruturas residenciais para idosos e estruturas similares/fechadas). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teste TAAN; 2. Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 24h.
	Rastreio	Utentes em unidades de saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos os doentes nas seguintes situações: <ol style="list-style-type: none"> i. antes de procedimentos geradores de aerossóis; ii. antes da cirurgia eletiva; iii. antes da assistência no parto; iv. antes da admissão em unidades de cuidados intermédios e intensivos; 2. Doentes oncológicos. 	1. Teste TAAN
			1. Todos os doentes antes da admissão hospitalar (por outros motivos para além dos mencionados no ponto 1 anterior).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teste TAAN; 2. Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 24h.
			1. Profissionais de saúde sujeitos a rastreio regular (entre 7 a 14 dias).	1. Teste TAAN ou TRAg.

¹⁹⁶ As comorbilidades consideradas foram: asma, insuficiência cardíaca, diabetes, doença hepática crónica, doença renal crónica, neoplasia maligna ativa, ou estados de imunossupressão.

Norma DGS	Finalidade clínica	Crítérios	População alvo	Tipo de teste
		Populações vulneráveis	<ol style="list-style-type: none"> População nas instituições de apoio ou acolhimento (ERPI, RNCCI; Instituições Sociais de Acolhimento e/ou Apoio Social e Centros de Acolhimento de Migrantes e Refugiados). 	<ol style="list-style-type: none"> Até 72 horas antes da admissão: <ol style="list-style-type: none"> Teste TAAN; Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 72h. Exceto as pessoas autónomas com atividades diárias fora das instituições.
			<ol style="list-style-type: none"> População em situações de urgência social (crianças em risco, vítimas de violência e outras situações). 	<ol style="list-style-type: none"> Teste TRAg.
Norma 19/2020, de 26/10/2020, atualizada a 22/06/2021	Diagnóstico	Doentes com suspeita de infeção sem critérios de internamento	<ol style="list-style-type: none"> Doentes com suspeita de infeção sem critérios de internamento, com indicação de vigilância clínica e isolamento. 	<ol style="list-style-type: none"> Teste TAAN, ou; Teste TRAg, preferencialmente nos primeiros 5 dias de sintomas; Se o resultado do teste TRAg for negativo realiza-se teste TAAN confirmatório, no máximo nas 24h seguintes e para situações de elevada suspeita clínica de infeção.
		Doentes com suspeita de infeção com critérios de internamento	<ol style="list-style-type: none"> Doentes com critérios de internamento (antes do internamento). 	<ol style="list-style-type: none"> Teste TAAN; Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 12h; Se o resultado do teste TRAg for negativo realiza-se teste TAAN confirmatório, logo que possível e para situações de elevada suspeita clínica de infeção.
		Contacto ¹⁹⁷ de alto e baixo risco com caso confirmado	<ol style="list-style-type: none"> Contacto assintomático de alto risco com caso confirmado COVID-19 	<ol style="list-style-type: none"> Teste TAAN realizado o mais precocemente possível e até ao 5º dia após a exposição e ao 10º dia após a exposição (se assintomáticos e com 1º teste negativo); Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 24h;
	<ol style="list-style-type: none"> Contacto assintomático de baixo risco com caso confirmado COVID-19. 		<ol style="list-style-type: none"> Teste TAAN realizado o mais precocemente possível e até ao 5º dia após a exposição; Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 24h. 	
	Rastreio	Populações vulneráveis	<ol style="list-style-type: none"> População nas instituições de apoio ou acolhimento (ERPI, RNCCI; Instituições Sociais de Acolhimento e/ou Apoio Social e Centros de Acolhimento de Migrantes e Refugiados). 	<ol style="list-style-type: none"> Até 72 horas antes da admissão: <ol style="list-style-type: none"> Teste TAAN; Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 72h.

¹⁹⁷ Segundo a Norma 15/2020, de 24.07.2020, da DGS, entretanto revogada, um contacto é uma pessoa que esteve exposta a um caso de COVID-19, ou a material de biológico infetado com SARS-CoV-2, dentro do período de transmissibilidade.

Norma DGS	Finalidade clínica	Crítérios	População alvo	Tipo de teste
				3. Exceto as pessoas autónomas com atividades diárias fora das instituições.
			1. População em situações de urgência social (crianças em risco, vítimas de violência e outras situações).	1. Teste TRAg; 2. Se o teste TRAg for positivo, realização, em 24 horas, de teste TAAN
			1. Residentes, utentes e profissionais nas ERPI, RNCCI Instituições Sociais de Acolhimento e/ou Apoio Social e nos Centros de Acolhimento de Migrantes e Refugiados.	Rastreio periódico: 1. Teste TRAg; 2. Se o teste TRAg for positivo, realização, em 24 horas, de teste TAAN.
		Utentes em unidades de saúde	1. Todos os doentes nas seguintes situações: i. antes de procedimentos geradores de aerossóis; ii. antes da cirurgia eletiva; iii. antes da assistência no parto; iv. antes da admissão em unidades de cuidados intermédios e intensivos; 2. Doentes oncológicos.	1. Teste TAAN.
			1. Todos os doentes antes da admissão hospitalar (com exceção das situações referidas no ponto 1. anterior); 2. Doentes durante o período de internamento hospitalar e entre o 3º e 5º dia após realização de teste na admissão hospitalar e periodicamente entre o 5º e 7º dia após o último teste. 3. Aos acompanhantes que não saiam das unidades hospitalares.	1. Teste TAAN; 2. Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 24h.
			1. Profissionais de saúde sujeitos a rastreio regular (entre 7 a 14 dias).	1. Teste TAAN ou TRAg.
			1. Utentes assintomáticos com consulta presencial nos ACES, ULS e Hospitais.	1. Teste TRAg
			1. População, sujeita a rastreios laboratoriais regulares: i. nas creches; ii. nos estabelecimentos de educação de ensino superior; iii. nos meios laborais com maior risco de transmissão; iv. nos serviços públicos; v. nos locais de trabalho com 150 ou mais trabalhadores.	1. Teste TAAN; 2. Se o teste TRAg for positivo, realização, em 24 horas, de teste TAAN.
		População em contexto comunitário e ocupacional	1. População, sujeita a rastreios laboratoriais, na situação de: i. eventos de natureza, com mais de 10 participantes; ii. eventos de natureza cultural, desportiva ou corporativa, com mais de 500 participantes/espetadores.	1. Teste TRAg, realizado 48h antes do evento, ou; 2. Teste TRAg na modalidade de autotestes , realizado 24h antes do evento, ou; 3. Teste TAAN, realizado até 72h antes do evento; 4. Os resultados positivos dos testes TRAg são confirmados pela realização, em 24h, de testes TAAN.
Norma 19/2020, de 26/10/2020, atualizada a 23/02/2022	Diagnóstico	Doentes sintomáticas com suspeita de infeção, independentemente do estado vacinal	1. Doentes sem critérios de internamento, com indicação de vigilância clínica e isolamento.	1. Teste TRAg, ou; 2. Teste TAAN.
			1. Doentes com critérios de internamento (antes do internamento).	1. Teste TAAN, ou; 2. Teste TRAg
			1. Doentes em contexto hospitalar com critérios de internamento e com resultado negativo num primeiro teste (TAAN ou TRAg) e elevada suspeita clínica de infeção.	1. Teste TAAN confirmatório, no prazo de 24 h.
			1. Doentes sintomáticos com suspeita de infeção e que tenham realizado um autoteste.	1. Se resultado do autoteste for positivo, realização de teste para SARS-CoV-2, podendo ser um teste TRAg;

Norma DGS	Finalidade clínica	Crítérios	População alvo	Tipo de teste
				2. Se resultado do autoteste for negativo, realização de teste confirmatório por TAAN ou TRAg, preferencialmente no prazo de 24 h.
		Contactos de caso confirmado	1. Contactos de alto risco de caso confirmado	1. Teste TRAg, o mais cedo possível após a data da última exposição; 2. Um 2º teste TRAg, entre o 3º e 5º dia desde a data da última exposição ao caso confirmado (se o 1º resultado TRAg for negativo ou não tiver sido realizado no período indicado). 3. Se o resultado do autoteste for positivo, é necessário a realização de um teste TAAN ou TRAg confirmatório.
	Rastreio	Utentes, independentemente do estado vacinal, em unidades de saúde	1. Todos os doentes nas seguintes situações: i. antes de procedimentos geradores de aerossóis; ii. antes da cirurgia eletiva; iii. antes da assistência no parto; iv. antes da admissão em unidades de cuidados intermédios e intensivos;	1. Teste TAAN.
1. Todos os doentes antes da admissão hospitalar (com exceção das situações referidas no ponto 1. anterior); 2. Doentes durante o período de internamento hospitalar e entre o 3º e 5º dia após realização de teste na admissão hospitalar; 3. Aos acompanhantes que não saiam das unidades hospitalares.			1. Teste TAAN; 2. Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 24h.	
1. Doentes oncológicos.			Nos termos da Norma 9/2020, da DGS.	
1. Visitantes a utentes internados em unidades de saúde, sem dose de reforço após esquema vacinal primário			1. Teste TRAg, realizado 24h antes da visita, ou; 2. Teste TRAg na modalidade de autotestes (se resultado do autoteste for positivo, é necessário a realização de um teste TAAN ou TRAg confirmatório no prazo de 24h); 3. Teste TAAN realizado nas 72h anteriores à visita.	
1. Profissionais de saúde sujeitos a rastreio regular (entre 7 a 14 dias).			1. Teste TAAN ou TRAg.	
1. População nas instituições de apoio ou acolhimento (ERPI, RNCCI, Instituições Sociais de Acolhimento e/ou Apoio Social, nos Centros de Acolhimento de Migrantes e Refugiados e nos centros de proteção internacional e de acolhimento de proteção de vítimas de violência doméstica e de tráfico de seres humanos e os estabelecimentos prisionais.			Até 72 horas antes da admissão: 1. Teste TAAN; 2. Teste TRAg, no caso de indisponibilidade do teste TAAN ou da impossibilidade de obtenção de resultado < a 72h; 3. Exceto as pessoas autónomas com atividades diárias fora das instituições.	
			1. População em situações de urgência social (crianças em risco, vítimas de violência e outras situações).	1. Teste TRAg.
			1. Residentes, utentes e profissionais, independentemente do estado vacinal, nas ERPI, RNCCI, Instituições Sociais de Acolhimento e/ou	Rastreio periódico: 1. Teste TRAg;



Norma DGS	Finalidade clínica	Crítérios	População alvo	Tipo de teste
			Apoio Social, nos Centros de Acolhimento de Migrantes e Refugiados e nos centros de proteção internacional e de acolhimento de proteção de vítimas de violência doméstica e de tráfico de seres humanos e os estabelecimentos prisionais.	
			1. Visitantes das instituições mencionadas no ponto anterior, sem dose de reforço após esquema vacinal primário.	1. Teste TRAg, realizado 24h antes da visita, ou; 2. Teste TRAg na modalidade de autotestes (se resultado do autoteste for positivo, é necessário a realização de um teste TAAN ou TRAg confirmatório no prazo de 24h); 3. Teste TAAN realizado nas 72h anteriores à visita.

Fonte: Norma 19/2020, de 26.03.2020, da DGS, atualizada a 22.06.2021 e a 23.02.2022, revogada e sem publicação eletrónica.

Nota: As novas alterações, constantes das diferentes atualizações da norma, estão sinalizadas, no texto, a negrito.

Anexo VII - Operacionalização da utilização dos testes rápidos de antígeno (TRAg)

Identificação	Assunto
Norma 19/2020, da DGS, de 26/10/2020	<ul style="list-style-type: none"> i. Identifica os contextos para utilização dos testes TRAg para efeitos de diagnóstico da infeção: <ul style="list-style-type: none"> a. Doentes com suspeita de infeção sem critérios de internamento, se realizado nos primeiros 5 dias de sintomas; b. Doentes com suspeita de infeção com critérios de internamento, caso se verifique indisponibilidade do teste TAAN, ou impossibilidade de obtenção de resultado em menos de 12 horas; c. Todas as pessoas assintomáticas com contacto de alto risco com caso confirmado COVID-19, se se verificar indisponibilidade do teste TAAN ou impossibilidade de obtenção de resultado em menos de 24 horas; d. Pessoas em situações de surto (escolas, estabelecimentos de ensino, estruturas residenciais para idosos e estruturas similares/fechadas); ii. Indica as situações de rastreio passíveis de utilização de testes TRAg: <ul style="list-style-type: none"> a. Doentes antes da admissão hospitalar, se se verificar indisponibilidade do teste TAAN ou impossibilidade de obtenção de resultado em menos de 24 horas; b. Profissionais de saúde sujeitos a rastreio regular (entre 7 a 14 dias); c. População nas instituições de apoio ou acolhimento, se se verificar indisponibilidade do teste TAAN ou impossibilidade de obtenção de resultado em menos de 72 horas; d. População em situações de urgência social.
Circular Informativa Conjunta n.º 5/CD/100.20.200, da DGS, INFARMED e INSA, de 13/11/2020	<ul style="list-style-type: none"> i. Realça que a utilização dos testes TRAg faz-se de acordo com a finalidade da Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2 e no contexto definido na Norma 19/2020, da DGS; ii. Designa as entidades competentes para a realização de testes TRAg: <ul style="list-style-type: none"> a. Fase 1 - Em todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, com registo válido na Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e a título excecional ficam habilitados a realizar testes TRAg, as equipas de saúde pública, no âmbito de surtos e/ou rastreios, as ADR-Comunidade e USP, sob a coordenação das ARS/ACES; b. Fase 2 - Outras entidades que venham a ser definidas; iii. Indica os requisitos para a realização dos testes TRAg: realização por profissionais de saúde, prescrição e acompanhamento médico; iv. Indica o período, 12 horas após a realização do teste, para que se proceda à comunicação formal do resultado ao utente e à inserção da informação no SINAVE, no caso das entidades registadas na ERS, e no SINAVElab no caso das entidades do SNS.
Circular Informativa Conjunta n.º 6/CD/100.20.200, da DGS, INFARMED e INSA, de 16/12/2020	<ul style="list-style-type: none"> i. Revoga a Circular Informativa Conjunta n.º 5/CD/100.20.200, de 13.11.2020; ii. Replica o disposto na Circular revogada e atualiza as entidades que integram a Fase 2 na realização dos testes TRAg: a Fase 2 tem início a 16 de dezembro de 2020 e engloba todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, com registo válido na ERS, não enquadrados na Fase 1; iii. Especifica os profissionais com competência para a realização de testes TRAg, que passa a incluir, entre outros, pessoal técnico com curso ou reconhecimentos adequados e pessoal com vínculo contratual ao laboratório.
Circular Informativa Conjunta n.º 1/CD/100.20.200, da DGS, INFARMED e INSA, de 12/02/2021	<ul style="list-style-type: none"> i. Revoga as Circulares n.º 5 e n.º 6/CD/100.20.200, e replica muitas das disposições mencionadas naquelas 2 circulares; ii. Designa as entidades competentes para a realização de testes TRAg: <ul style="list-style-type: none"> a. Fase 1 - com início a 13 de novembro de 2020 - em todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, com registo válido na ERS; e a título excecional, as equipas de saúde pública, no âmbito de surtos e/ou rastreios, as ADR-Comunidade e USP, sob a coordenação das ARS/ACES; b. Fase 2 - com início a 16 de dezembro de 2020 - engloba todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, com registo válido na ERS, não enquadrados na Fase 1.
Circular Informativa Conjunta n.º 8/CD/100.20.200, da DGS, INFARMED e INSA, de 30/06/2021	<ul style="list-style-type: none"> i. Informa as farmácias de oficina que realizem testes TRAg ao abrigo do regime excecional de comparticipação do Estado a 100% (Portaria n.º 138-B/2021, de 30 de junho), devem notificar o INFARMED, proceder à identificação do utente e registar o resultado do teste no sistema SINAVE Lab; ii. Dispõe sobre os procedimentos de faturação ao SNS dos testes TRAg realizados pelas farmácias de oficina e laboratórios de patologia clínica para efeitos de conferência e monitorização do Centro de Controlo de Monitorização do SNS.

Fonte: INFARMED, DGS.

Anexo VIII - Regime de comparticipação dos testes TRAg

Diploma	Entrada em vigor	Síntese
Portaria n.º 138-B/2021, de 30 de junho	De 01/07/2021 a 31/07/2021	<ul style="list-style-type: none"> i. Define a comparticipação dos testes TRAg de uso profissional realizados a utentes do SNS (prescritos e por auto decisão do utente); i. Fixa em 10€ o preço máximo dos testes, para efeitos de comparticipação; ii. O valor da comparticipação do Estado é de 100%; ii. Limita ao máximo de 4 testes / mês / utente; iii. Exclui da realização destes testes quem possui: certificado de vacinação completa, certificado de recuperação > 11 dias e < 180 dias; e idade inferior a 12 anos; iv. Limita a realização dos testes às farmácias de oficina e laboratórios de patologia clínica ou análises clínicas, autorizadas pela ERS; v. Cabe à SPMS desenvolver a solução tecnológica específica para controlo, monitorização e suporte à faturação; vi. Impõe o registo obrigatório no SINAVE Lab de todos os testes realizados.
Portaria n.º 164-A/2021, de 29 de julho	Entrada em vigor a 01/08/2021	<ul style="list-style-type: none"> 1ª alteração da Portaria n.º 138-B/2021: <ul style="list-style-type: none"> i. Alarga a vigência da portaria até 31 de agosto de 2021.
Portaria n.º 182/2021, de 31 de agosto	Entrada em vigor a 01/09/2021	<ul style="list-style-type: none"> 2ª alteração da Portaria n.º 138-B/2021: <ul style="list-style-type: none"> i. Alarga a vigência da portaria até 30 de setembro de 2021.
Portaria n.º 255-A/2021, de 18 de novembro	A vigorar entre 19/11/2021 a 31/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> i. Fixa em 10€ o preço máximo dos testes TRAg de uso profissional para efeitos de comparticipação; ii. O valor da comparticipação do Estado é de 100%; iii. Limita ao máximo de 4 testes / mês / utente; iv. Deixa de contemplar as exclusões da Portaria n.º 138-B/2021; v. A operacionalização dos testes TRAg é feita de acordo com a Circular Informativa Conjunta N.º 8/CD/100.20.200, de 30/06/2021, da DGS, ACSS, INFARMED, INSA, SPMS. vi. Limita a realização destes às farmácias de oficinas e laboratórios de patologia clínica análises clínicas, devidamente autorizadas pela ERS.
Portaria n.º 281-A/2021, de 3 de dezembro	Entrada em vigor a 04/12/2021, com produção de efeitos a 03/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> 1ª alteração da Portaria n.º 255-A/2021: <ul style="list-style-type: none"> i. Sobe para 15€ o preço máximo por teste, para efeitos de comparticipação.
Portaria n.º 312-A/2021, de 21 de dezembro	Em vigor de 19/11/2021 a 31/01/2022, com produção de efeitos a 01/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> 2ª alteração da Portaria n.º 255-A/2021: <ul style="list-style-type: none"> i. O nº máximo de testes/utente sobe para 6, durante o mês de dezembro; ii. Alarga a vigência da portaria até 31 de janeiro de 2022.
Portaria n.º 319-A/2021, de 27 de dezembro	Entrada em vigor a 28/12/2021, com produção de efeitos a 23/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> 3ª alteração da Portaria n.º 255-A/2021: <ul style="list-style-type: none"> i. Alarga o universo de entidades que podem realizar TRAg. Passa a incluir, para além das farmácias de oficina e laboratórios de patologia clínica ou análises clínicas, outras entidades devidamente autorizadas para a realização de testes TRAg, pela ERS; ii. Mantém em vigor a Circular Informativa Conjunta N.º 08/CD/100.20.200, de 30 junho de 2021 da DGS, INFARMED, INSA e SPMA e a Circular Informativa Conjunta n.º 001/CD/100.20.200, de 12 de fevereiro de 2021.
Portaria n.º 57/2022, de 27 de janeiro	Entrada em vigor a 28/01/2022, com produção de efeitos a 01/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> 4ª alteração da Portaria n.º 255-A/2021: <ul style="list-style-type: none"> i. Clarifica o entendimento do universo das entidades que podem realizar testes TRAg.
Portaria n.º 105/2022, de 28 de fevereiro	Entrada em vigor a 01/03/2022, com produção de efeitos a 01/03/2022	<ul style="list-style-type: none"> 5ª alteração da Portaria n.º 255-A/2021: <ul style="list-style-type: none"> i. Fixa o preço máximo da realização dos testes TRAg em 10€; ii. Limita a comparticipação ao máximo de 2 testes por mês e por utente.

Diploma	Entrada em vigor	Síntese
Portaria n.º 129/2022, de 28 de março	Entrada em vigor a 29/03/2022, com produção de efeitos a 01/04/2022	6º alteração da Portaria n.º 255-A/2021: i. Alarga a vigência da portaria até 30 abril de 2022.
Portaria n.º 151-B/2022, de 23 de maio	De 24/05/2022 a 30/06/2022	i. Limita o regime de comparticipação aos testes TRAg prescritos no SNS ; ii. Fixa o preço máximo em 10€ ; iii. Mantém a comparticipação em 100% do preço máximo fixado; iv. Não estipula um nº máximo de testes/utente ; v. Limita a sua realização às farmácias de oficina ; vi. Determina o registo no SINAVELab de todos os testes realizados.
Portaria n.º 169/2022, de 4 de julho	Entrada em vigor a 01/07/2022	1º alteração da Portaria n.º 151-B/2022: i. Alarga a vigência da portaria até dia 31 de julho de 2022.
Portaria n.º 202/2022, de 3 de agosto	Entrada em vigor a 04/08/2022, com produção de efeitos a 01/08/2022	2º alteração da Portaria n.º 151-B/2022: i. Alarga a vigência da portaria até dia 31 de agosto de 2022.
Portaria n.º 217/2022, de 31 de agosto	Entrada em vigor a 01/09/2022, com produção de efeitos a 01/09/2022	3º alteração da Portaria n.º 151-B/2022: i. Alarga a vigência da portaria até dia 30 de setembro de 2022.

Fonte: Elaboração própria, com base em vários diplomas e documentos.



Anexo IX – Soluções de rastreio de proximidade digital

1. As soluções de rastreio de proximidade digital surgiram para promover a rápida identificação e notificação dos contactos de risco de um caso confirmado, pilar fulcral de uma estratégia eficaz de rastreio de contactos que visava interromper cadeias de transmissão e limitar a transmissão do vírus.
2. A sua definição operacional descreve-as como abordagem tecnológica ao rastreio de contactos, no âmbito da saúde pública, com recurso, por norma, ao uso de *smartphones* como meio de capturar as interações anonimizadas entre indivíduos para, com base nessa informação, gerar alertas quando se identificarem situações de exposição a fatores de risco, enquadradas em critérios de proximidade e duração de contactos com indivíduos com infeção confirmada.
3. A adoção deste tipo de aplicações móveis no suporte à atividade de rastreio de contactos foi perspectivada, a nível nacional e internacional, como uma ferramenta de apoio às autoridades de saúde na monitorização e contenção da pandemia COVID-19, auxiliando na interrupção de cadeias de infeção, de forma mais eficiente do que através das abordagens tradicionais, e em sua complementaridade, no sentido de maior rapidez na notificação de contactos de risco e de menor intensidade em recursos.
4. Nesse sentido, entidades como a Comissão Europeia (CE), o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e a OCDE publicaram orientações e recomendações no sentido da sua adoção, preconizando, entre vários dos aspetos abordados, os princípios que deveriam enquadrar a sua utilização, defendendo o envolvimento das autoridades de saúde no seu processo de desenvolvimento e alertando para a necessidade de salvaguardar a existência das necessárias bases legais para a sua implementação^{198 199 200}.
5. Portugal, à semelhança da maioria dos países europeus, também considerou relevante a utilização de um sistema digital de rastreio de proximidade e notificação de fatores de risco, como medida complementar da estratégia nacional de resposta à pandemia de COVID-19. Surgiu, assim, o sistema *StayAway* COVID, lançado oficialmente em 01 de setembro de 2020, e desenvolvido pelo Instituto de Engenharia de Sistemas de Computadores, Ciência e Tecnologia (INESC TEC), em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) e as empresas *Keyruptive* e *Ubirider*,^{201 202}.
6. O INESC TEC beneficiou de um apoio especial da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) para o desenvolvimento do sistema *StayAway* COVID no montante de 400 mil euros.
7. O desenho daquele sistema incorporou as recomendações e orientações dos vários organismos internacionais já mencionados, na medida em que: (i) foi atribuída à DGS a

¹⁹⁸ [European Commission \(EC\). Commission Recommendation of 8.4.2020, C\(2020\) 2296 final. " Union toolbox for the use of technology and data to combat and exit from the COVID-19 crises, in particular concerning mobile applications and the use of anonymised mobility data.](#) Esta recomendação incidiu em dois domínios: i) a abordagem pan-europeia, coordenada a nível da União, com vista à adoção de métodos de acompanhamento e partilha das avaliações da eficácia das aplicações, da sua interoperabilidade e das implicações transfronteiriças; e ii) a adoção de um sistema comum de utilização de dados anonimizados e agregados sobre a mobilidade das populações.

¹⁹⁹ [ECDC. Mobile applications in support of contact tracing for COVID-19, 10 June 2020.](#)

²⁰⁰ [OECD. Tracking and tracing COVID: Protecting privacy and data while using apps and biometrics, 23 Apr 2020.](#)

²⁰¹ [Decreto-Lei n.º 52/2020, de 11 de agosto, da Presidência do Conselho de Ministros.](#)

²⁰² Ao INESC TEC coube, entre outras responsabilidades, a coordenação do projeto, a conceção e desenvolvimento dos algoritmos do sistema, a análise de viabilidade do mesmo e a comunicação do projeto. Ficou ainda responsável pela manutenção do código dos servidores de suporte ao sistema e pelo desenvolvimento do sistema para integração no "EU interoperability gateway". Ao ISPUP coube a análise de requisitos de parametrização para o algoritmo central do sistema, a avaliação do impacto social do sistema e do impacto sobre a proteção de dados e comunicação do projeto. A empresa *Keyruptive* ficou responsável pela coordenação da conceção, desenvolvimento, teste e manutenção das aplicações para iOS e Android, contribuindo igualmente para a avaliação de impacto sobre a proteção de dados. Coube-lhe também a tarefa de desenvolver o sistema para integração no "EU interoperability gateway". O desenho do projeto e a conceção do interface das aplicações para iOS e Android ficou a cargo da *Ubirider*.

responsabilidade pelo tratamento de dados do sistema, tendo esta contratado com a SPMS os serviços técnicos e operacionais para esse efeito; (ii) manteve-se a característica de adesão e uso voluntário; (iii) ficou garantido o desmantelamento automático por cessão de participação dos cidadãos.

8. A operacionalização do sistema *StayAway* COVID dependeu ainda do cumprimento de dois requisitos adicionais: (i) a intervenção de um profissional médico que cedia ao utente, diagnosticado com COVID-19, um código (gerado na plataforma Trace COVID-19) de modo a desencadear o mecanismo de notificação aos seus contactos de proximidade; e, (ii) para que fosse garantido o anonimato do processo, a introdução do código de legitimação no sistema *StayAway* COVID ficou dependente, naturalmente, da vontade e iniciativa voluntária do utilizador²⁰³.
9. Estimando-se inicialmente a existência de 5,5 milhões de utilizadores alvo, o número de *downloads* foi de 4,2 milhões durante o período em que a aplicação esteve ativa, entre 1 de setembro de 2020 e 19 de julho de 2022, de acordo com o INESC TEC. Nesse período, foram emitidos apenas 15.971 códigos para serem introduzidos nos dispositivos móveis (correspondentes a casos confirmados) e destes, estimou aquele Instituto, terão sido introduzidos tão só 6.494 códigos de legitimação (0,2% do número total de *downloads* efetuados).
10. Ou seja, partindo de um número já por si muito reduzido e pouco expressivo de casos confirmados que solicitaram a emissão de códigos de legitimação, menos de metade destes introduziram estes códigos na aplicação, condição necessária para a identificação e notificação de alertas para os contactos de risco.
11. Considerando as taxas de positividade verificadas e o número de casos confirmados registado no período em apreço, aqueles números traduzem uma adesão meramente marginal ao uso efetivo da aplicação (*i.e.*, a inserção de códigos de legitimação pelos casos confirmados, que desencadearia as notificações de alerta aos contactos de risco), permitindo concluir pela sua relevância apenas marginal na identificação de contactos de risco e na efetiva diminuição do número de indivíduos infetados.
12. Em dezembro de 2022, a Comissão Europeia publicou um estudo panorâmico sobre as melhores práticas adotadas por 27 países europeus, na utilização das aplicações de rastreio digital de contactos e o seu impacto na situação epidemiológica e na interoperabilidade transfronteiriça²⁰⁴.
13. Constatou-se que, a nível europeu, aquelas aplicações foram desenvolvidas e implementadas menos de um ano após a declaração da pandemia. Para a sua efetivação os governos introduziram novos instrumentos jurídicos ou atualizaram os já existentes. Todas elas permitiam o rastreio de proximidade, preservando os dados pessoais dos seus utilizadores e possibilitando a emissão de alertas de contactos próximos com pessoas que testaram positivo à COVID-19²⁰⁵.

²⁰³ O INESC TEC desenvolveu e implementou os dois servidores de apoio ao sistema: o Serviço de Publicação de Diagnóstico e o Serviço de Legitimação de Diagnóstico (SLD). O primeiro, onde ficaram armazenados os códigos gerados pela aplicação Trace-COVID-19, ficou fisicamente alojado na Imprensa Nacional Casa da Moeda (INCM) por ser uma entidade idónea, administrativamente independente e com os requisitos técnicos necessários. O Serviço de Legitimação de Diagnóstico ficou alojado na SPMS que assumiu também a responsabilidade pelo tratamento de dados de todo o sistema, incluindo a articulação dos diagnósticos médicos e laboratoriais com os utentes.

²⁰⁴ [Digital contact tracing study - Publications Office of the EU \(europa.eu\)](#)

²⁰⁵ Entre outros aspetos, o estudo produzido conclui que: i) o rastreio digital de contactos foi explorado no início da pandemia como uma solução complementar aos métodos convencionais; ii) os Estado-membros beneficiaram do intercâmbio sobre questões técnicas relacionadas com os aplicativos usados noutros países; iii) na maioria dos países os governos funcionaram como regulador e controlador dos aplicativos, sendo estes desenvolvidos por entidades privadas; iv) todos os países realizaram avaliações de impacto na proteção de dados dos potenciais utilizadores; v) à medida que a situação pandémica melhorou vários países decidiram suspender as suas aplicações e desligaram-se do *European Federation Gateway Service*. Em 31 de agosto de 2022, um total de 8 aplicativos ainda mantinham conexão com o EFGS; vi) alguns países optaram por alargar as funcionalidades dos seus aplicativos, *e.g.* França Itália, Eslovênia e Alemanha

14. Foi criado, a nível europeu, o *European Federation Gateway Service* (EFGS) destinado a permitir a interoperabilidade dos vários aplicativos, de diferentes Estados-membros, para comunicação de notificações transfronteiriças no caso de contactos com exposição ao vírus. Portugal não aderiu a este sistema.
15. Ainda segundo o estudo da CE, foram poucas as publicações relacionadas com a avaliação da eficácia dos aplicativos de rastreio digital de contactos. A informação disponibilizada revelou um elevado grau de heterogeneidade nos objetivos da avaliação e nas metodologias utilizadas, aliado a um número limitado de indicadores produzidos. O número de *downloads* das aplicações foi o único indicador comum à quase totalidade dos países europeus, pese embora refletindo apenas a intenção de utilização por parte dos cidadãos e não a sua utilização efetiva.
16. A maior percentagem de utilizadores ativos, em alturas de pico de infeção, foi registada na Finlândia, 45%, Irlanda, 40% e Alemanha, 37%. França e Suíça registaram percentagens idênticas de uso ativo da aplicação, entre 26% e 27%. Em Portugal, o pico de aplicações ativas, registado em novembro de 2020, traduzia aproximadamente 10% da população. Neste período, os códigos de legitimação introduzidos representaram apenas 0,2% dos utilizadores ativos.

integraram os Certificados Digitais de COVID da EU, outros países incluíram o agendamento da realização de testes laboratoriais e a receção dos respetivos resultados.

Quadro 22 - Características dos aplicativos, para rastreio digital de contactos, utilizados nos países europeus

Países	Nome do aplicativo	Data de lançamento	Interoperabilidade com EFGS	Publicações oficiais	Avaliação da eficácia do aplicativo
Áustria	Stopp Corona	25/03/2020 (atualizado em abril de 2020)	Sim	Não	Não
Bélgica	Coronalert	30/09/2020 (atualizado em novembro de 2020)	Sim	Sim: Coronalert counter per 31 October 2022 – Tracing, testing & vaccination against COVID-19 (corona-tracking.info)	Sim
Croácia	Stop-COVID 19	27/07/2020	Sim (desde 19.11.2020)	Sim: Stop COVID-19 (koronavirus.hr)	Não
Chipre	Covtracer-PT	05/04/2020 (1º versão) 11/03/2020 (2º versão)	Sim	Não	Não
República Checa	eRouska	11/04/2020	Sim	Não	Não
Dinamarca	Smitte pare	18/06/2020	Sim	Não	Não
Estónia	HOIA	20/08/2020	Sim	Não	Não
Finlândia	Koronavilkku	31/08/2020	Sim	Relatórios semanais: Koronavilkku-kokonaisuuden viikkoraportti (thl.fi)	Não
França	TousAntiCovid	02/06/2020 (1º versão) 22/10/2020 (2º versão)	Não	Sim, no próprio aplicativo	Sim
Alemanha	Corona-Warn-App	15/06/2020	Sim	Sim: 20210121_RKI_CWA-Kennzahlen_Onepager_erweitert.indd (coronawarn.app)	Sim, realizada em março de 2021
Hungria	VirusRadar	13/05/2020	Não	Não	Não
Irlanda	COVID Tracker	07/07/2020	Sim	Não	Não
Itália	Immuni	15/06/2020	Sim	Sim, publicação do Ministério da Saúde italiano	Não
Letónia	Apturi Covid	29/05/2020	Sim	Não	Não
Lituânia	Korona Stop LT	06/11/2020	Sim	Não	Não
Malta	COVIDAlert	17/09/2020	Sim	Sim, mas sem atualização regular	Não
Holanda	CoronaMelder	10/10/2020	Sim	Sim: CoronaMelder Coronavirus COVID-19 Rijksoverheid.nl	Sim
Polónia	STOPCOVID	29/04/2020 (1º versão)	Sim	Não	Não

Países	Nome do aplicativo	Data de lançamento	Interoperabilidade com EFGS	Publicações oficiais	Avaliação da eficácia do aplicativo
		09/06/2020 (2º versão)			
Portugal	Stayaway COVID	01/09/2020	Não	Não	Não
Eslovénia	#OstaniZdrav	178/08/2020	Sim	Sim: Strani ni mogoče najti OPSI – Odprti podatki Slovenije (gov.si)	não
Espanha	Radar Covid	27/10/2020	Sim	Sim: Descargas Radar COVID Radar covid19	Sim
Noruega	Smittestopp 2	16/04/2020 (1º versão); 21/12/2020 (2º versão)	Sim	Não	Sim
Islândia	Rakning C-19	02/04/2020	Não	Não	Não
Suíça	SwissCovid App	25/06/2020	Não (apenas interoperável com a Alemanha)	Sim	Sim
Reino Unido– Inglaterra, País de Gales	NHS COVID-19 app	24/09/2020	Não	Sim	Sim
Reino Unido– Escócia	Protect Scotland	10/09/2020	Não	Sim: Analysis of Protect Scotland app: FOI release - gov.scot (www.gov.scot)	Não
Reino Unido – Irlanda do Norte	StopCOVID NI	30/07/2020	Não (apenas interoperável com Inglaterra, Jersey, Irlanda, Escócia e País de Gales)	Não	Não

Anexo X – Sistemas de informação

Quadro 23 – Principais sistemas de informação no contexto da testagem e rastreio de contactos

Aplicação	Descrição	Interoperabilidade	Gestão	Novo
Aplicação de suporte ao SINAVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com utilização obrigatória desde 2015, suporta a notificação eletrónica de doenças de declaração obrigatória^{206 207}. ▪ Integra vigilância clínica e também laboratorial (desde 2017), através das interfaces: <ul style="list-style-type: none"> ✓ SINAVEMed: permite a notificação clínica das doenças transmissíveis, obrigatória a partir de 1 de janeiro de 2015; ✓ SINAVELab: permite a notificação laboratorial das doenças transmissíveis, obrigatória a partir de 1 de janeiro de 2017. ✓ No âmbito da resposta à pandemia, cada teste laboratorial realizado (TAAN e TRAg) devia dar origem a uma notificação no SINAVELab, do respetivo resultado, até 12 horas após o teste. 	Trace COVID-19; Laboratórios	DGS/SPMS	Não
BI SINAVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação desenvolvida em contexto pandémico, lançada em 11/2020. Vantagens: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolha de maior volume de informação; ✓ Maior rapidez e qualidade na atualização da informação laboratorial ▪ Possui maior capacidade de processamento de informação do que as bases de dados SINAVEMed e SINAVELab; ▪ Maximiza a utilidade de informação contida em fontes complementares, como o Registo Nacional de Utentes e a aplicação de rastreio de contactos Trace-COVID-19²⁰⁸. 	Trace COVID-19; SINAVE-Lab; SINAVE -Med	DGS/SPMS	Adaptado
Trace COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plataforma de suporte à monitorização e acompanhamento do ciclo de vigilância a efetuar aos utentes com COVID-19 e seus contactos; ▪ A aplicação é alimentada por várias fontes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inserção manual via profissionais de saúde do SNS e não SNS; ✓ Integração de contactos por via da Linha SNS24; ✓ Integração com as notificações laboratoriais e clínicas do SINAVE. ▪ Permite a emissão de documentos como a declaração de isolamento profilático (DIP), declaração de alta, prescrições de testes à COVID-19; 	SINAVE-Lab; SINAVE -Med; Linha SNS24; RNU	DGS/SPMS	Sim
StayAway COVID	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema digital para aplicativos móveis pessoais desenvolvido para identificar e interromper cadeias de transmissão de COVID-19; ▪ A operacionalidade do sistema dependeu: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Da instalação voluntária da aplicação no dispositivo móvel do utente; ✓ Do contacto com um profissional de saúde que cede um código anónimo gerado na plataforma Trace COVID ou Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM) para o rastreio de contactos; ✓ Da ativação do referido código na aplicação por parte do utente utilizador. 	Trace COVID-19; PEM ; SLD (INESC TEC)	SPMS; INESC TEC	Sim

Fonte: Elaboração própria, com base na consulta de documentação e publicações relacionadas.

²⁰⁶ Esta aplicação veio permitir: i.) A desmaterialização do processo de vigilância epidemiológico das doenças de declaração obrigatória; ii.) O registo das notificações e dos inquéritos epidemiológicos, respetivamente pelos médicos notificadores e delegados de saúde pública, locais e regionais; iii.) A produção de estatísticas para a Direção-Geral de Saúde (DGS), para reporte ao ECDC (European Committee for Disease Control); iv.) O registo das resistências aos antibióticos.

²⁰⁷ <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sinave-2/>

²⁰⁸ [New BI SINAVE platform improves COVID-19 information system](#)

Anexo XI – Análise das respostas do inquérito às autoridades de saúde regionais

Ficha técnica

1. Inquérito realizado pela equipa de auditoria às autoridades de saúde regionais sediadas nas respetivas administrações regionais, para recolha de informação sobre: i) participação no processo de testagem; ii) recursos humanos envolvidos; iii) acompanhamento da atividade e situação epidemiológica; e iv) sistemas de informação utilizados, durante a pandemia.
2. Os responsáveis pelas autoridades de saúde regionais foram notificados por correio eletrónico, em 21 de dezembro de 2022, para o preenchimento do inquérito *online*, até 11 de janeiro de 2023, através da aplicação *Microsoft Forms*.
3. Foram rececionadas respostas de todos os inquiridos, que respeitaram os prazos indicados, não tendo sido identificado qualquer constrangimento na receção das mesmas.
4. As respostas foram alvo de análise qualitativa.
5. Nas questões de resposta estruturada foram identificadas ações e atividades comuns às autoridades de saúde regionais. As questões de resposta não estruturada foram homogeneizadas, quando possível, tendo-se verificado algumas dificuldades no tratamento das mesmas por falta de uniformidade nas respostas dadas e da significativa informação complementar, remetida por email em vários formatos (word, pdf, excel, imagem).

Análise das respostas

Participação no processo de testagem

6. Por inerência às atribuições que lhes estão cometidas, a maior responsabilidade pelo processo de testagem coube às autoridades de saúde de nível operativo, leia-se, ARS/ULS e ACES/USP. O recurso aos laboratórios regionais de saúde, sediados nas ARS, foi sobretudo relevante nas ARS do Algarve e do Alentejo.
7. A expansão da capacidade de testagem foi feita com recurso às unidades hospitalares de cada região, aos laboratórios da academia (ligados a universidades ou centros de investigação, entre outros) e aos laboratórios do setor privado, estes através do alargamento das convenções existentes na área da patologia clínica/análises clínicas. A Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) teve, igualmente, um papel relevante, designadamente no apoio prestado às autoridades de saúde com a testagem em contexto específico (como sejam, surtos em lares e escolas).
8. Da análise das respostas recebidas conclui-se pela participação dos laboratórios regionais de saúde pública em várias das atividades de testagem nas regiões de saúde do Alentejo e do Algarve. Os laboratórios da academia tiveram, de forma comum, às várias regiões de saúde intervenções nas várias atividades identificadas, desde a testagem prescritas pelas autoridades de saúde, à organização de postos de colheita temporários, passando pela testagem em contextos específicos.
9. O papel da Cruz Vermelha Portuguesa destaca-se sobretudo no âmbito da testagem em contextos específicos.

Quadro 24 – Atividades do processo de testagem e entidades envolvidas

Entidades envolvidas na testagem / Atividade do processo de testagem	Laboratórios Regionais de Saúde Pública	Laboratórios de hospitais públicos	Laboratórios da academia	Laboratórios privados	Cruz Vermelha Portuguesa
Prescrições das autoridades de saúde	ARS Alentejo ARS Algarve	ARS Centro ARS Norte ARS Alentejo ARS LVT	ARS Centro ARS Norte ARS Alentejo ARS Algarve ARS LVT	ARS Centro ARS Norte ARS LVT	ARS Centro ARS Norte ARS Algarve ARS LVT
Testagem prescrita por outras entidades	ARS Algarve	ARS Centro ARS Alentejo	ARS Centro ARS Norte ARS Alentejo ARS Algarve	ARS Centro ARS Norte ARS Algarve	ARS Centro ARS Algarve
Testagem em contexto específico (e.g. estruturas residenciais para idosos e escolas)	ARS Alentejo ARS Algarve	ARS Norte ARS Alentejo ARS LVT	ARS Centro ARS Norte ARS Alentejo ARS Algarve	ARS Centro ARS Alentejo ARS Algarve ARS LVT	ARS Centro ARS Norte ARS Alentejo ARS Algarve ARS LVT
Organização de postos de colheita temporários (como sejam os denominados <i>walk-thru</i> ou <i>drive-thru</i>)	não aplicável	ARS Centro ARS Alentejo ARS LVT	ARS Centro ARS Alentejo ARS Algarve	ARS Centro ARS Norte ARS LVT	ARS Centro ARS LVT

Fonte: Elaboração própria com base na análise das respostas ao inquérito realizado às autoridades de saúde.

10. No que concerne à contratualização direta de serviços de testagem à COVID-19, apenas a ARS Alentejo indicou não o ter feito.

Quadro 25 – Aquisição de serviços de testagem

Questão	ARS Centro	ARS Norte	ARS Alentejo	ARS Algarve	ARS LVT
A ARS adquiriu/contratualizou diretamente a prestadores de serviços a realização de testes COVID-19?					
Testagem prescrita pelas Autoridades Saúde	sim	sim	não	não	sim
Testagem em contextos específicos (lares, escolas)	sim	sim	não	sim	sim

Fonte: Elaboração própria com base na análise das respostas ao inquérito realizado às autoridades de saúde.

Recursos Humanos

11. O reforço das equipas de saúde nos departamentos de saúde pública e nas unidades de saúde dos ACES, ocorreu, maioritariamente pela reafectação de profissionais das suas estruturas (enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, médicos do internato médico de formação geral, nutricionistas, psicólogos, médicos dentistas, entre outros e ainda médicos aposentados de saúde pública e de outras especialidades). Com exceção da ARS do Algarve todos os Departamentos de Saúde Pública (DSP) tiveram a colaboração de militares das Forças Armadas.
12. No período que antecedeu a pandemia, os departamentos e unidades de saúde pública das administrações regionais de saúde, com exceção da ARS Centro, manifestaram carências várias na área de recursos humanos, no que respeita a médicos de saúde pública, enfermeiros, técnicos de saúde ambiental, carências essas que se agravaram com as necessidades e urgência de resposta à infeção por COVID-19.



Quadro 26 - Recursos humanos na saúde pública

ARS	Capacitação de RH no período pré pandemia.	Como foi colmatada a escassez de RH durante a pandemia?
ARS Centro	Tinham RH adequados e suficientes.	i.Reafecção de médicos especialistas e internos de saúde pública; ii.Colaboração de militares das Forças Armadas, pessoal das Universidades e das Câmara Municipal.
ARS Norte	Falta de recursos humanos.	i.Contratação de profissionais; alocação de estagiários das Academias; cedência de médicos internos por parte dos coordenadores dos internatos e de médicos internos de saúde pública; militares das Forças Armadas. ii.Não foi indicado se houve reafecção de pessoal.
ARS Alentejo	Falta de recursos humanos.	i.Reafecção de profissionais dos ACES/ULS: enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, outros técnicos superiores de saúde, médicos internos de formação geral, assistentes técnicos; ii.Colaboração de militares das Forças Armadas e de profissionais das autarquias locais.
ARS Algarve	Falta de recursos humanos.	i.Reafecção de médicos do internato de formação geral, psicólogos, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT), nutricionistas de outras unidades (URAP); ii.Colaboração do pessoal de vários municípios.
ARS LVT	Falta de recursos humanos.	i.Reafecção de profissionais dos ACES, tais como: médicos afetos a outras atividades, médicos aposentados de saúde pública e de outras carreiras, enfermeiros, médicos dentistas, médicos internos de formação geral e de formação específica de Saúde Pública e de Medicina Geral e Familiar; higienistas orais, técnicos de saúde ambiental, cardiopneumologistas e outros técnicos superiores de saúde (TSS) (psicólogos e nutricionistas); ii.Contratação pela ARSLVT para reforço do DSP: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos (...); iii. Pagamento de horas extraordinárias a médicos internos de saúde pública, de medicina geral e familiar e de outras especialidades, iv. Colaboração de militares das Forças Armadas.

Fonte: Elaboração própria com base na análise das respostas ao inquérito realizado às autoridades de saúde.

Investigação epidemiológica

13. Os médicos de medicina geral e familiar intervieram essencialmente no acompanhamento clínico dos casos e, em algumas regiões de saúde, na prescrição de testes. A realização de inquéritos epidemiológicos e de rastreio de contactos ficou a carga das unidades de saúde pública e foi suportada por um conjunto alargado de diferentes profissionais.

Quadro 27 - Caracterização da investigação epidemiológica

Questão		ARS Centro	ARS Norte	ARS Alentejo	ARS Algarve	ARS LVT
Houve uniformidade nos procedimentos de investigação epidemiológica desenvolvidos na região de saúde, quanto aos:	critérios utilizados?	sim	em parte	sim	sim	sim
	ferramentas de suporte?	em parte ^(a)	em parte ^(b)	sim	sim	em parte ^(c)
	reporte à autoridade de saúde de nível regional?	sim	em parte	sim	sim	sim
Foi determinado, pela DGS, o acompanhamento de indicadores específicos para os níveis de capacidade de resposta das USP na realização dos inquéritos epidemiológicos (IE) e rastreio de contactos? Foram acompanhados na região?		sim	sim	sim	sim	sim
O acompanhamento daqueles indicadores originou algum pedido de reforço a nível regional e, eventualmente nacional, face aos níveis de desempenho verificados?		sim ^(d)	não	não	não	não
Foram implementados mecanismos de validação da qualidade da informação reportada à DGS, no âmbito do formulário de partilha de dados? Quais?		sim ^(e)	sim ^(e)	sim ^(e)	sim ^(e)	sim ^(e)
A DGS questionou e solicitou esclarecimentos quanto à coerência/ consistência dos dados reportados?		sim	sim	sim	não	não
A DGS divulgava junto dos DSP das ARS os relatórios de avaliação da realização de IE no âmbito da COVID-19 que produziu a partir de novembro de 2020, com base nos dados reportados por aqueles DSP? Se sim, as métricas e indicadores constantes destes relatórios refletiam de forma apropriada a realidade das respetivas USP?		sim	sim	sim	sim	sim
No reporte de informação à DGS, relativa ao formulário de partilha de dados, considerou-se como inquérito epidemiológico finalizado:	a realização do contacto com o caso, o preenchimento do inquérito, a determinação de medidas de saúde pública para o caso, a identificação dos seus contactos, a estratificação do seu risco, e o contacto com esses contactos, determinando as medidas de saúde pública a adotar.	sim		sim	sim	sim
	a realização do contacto com o caso, o preenchimento do inquérito, a determinação de medidas de saúde pública para o caso, a identificação dos seus contactos, mas sem o estabelecimento de contacto com esses contactos.					
	outro		sim			
O nível de detalhe dos inquéritos epidemiológicos realizados variou	Sim, tendo-se diminuído o detalhe dos inquéritos realizados	sim	sim	sim	sim	sim

Questão		ARS Centro	ARS Norte	ARS Alentejo	ARS Algarve	ARS LVT
ao longo do período de resposta à pandemia, tendo em conta o conhecimento da doença e o volume de casos reportados?	Não, manteve-se todo o detalhe necessário ao completo preenchimento do formulário do SINAVE					
Foi utilizado pelas Autoridades de Saúde da região o recurso ao “contacto prévio” no contexto dos processos de inquérito epidemiológico e de rastreio de contactos, no sentido de chegar mais rapidamente ao contacto com o caso, em momento anterior à realização do inquérito epidemiológico completo?		sim	não	sim	sim	sim
Que procedimentos incluía esse contacto prévio?		(f)	N.A.	(g)	(h)	(i)
Em que período(s) da pandemia recorreram a este procedimento?		A partir de janeiro/2021	N.A.	1º, 3º e 4º trimestre de 2021.	11.2020 a 05.2022	Ano de 2021
A que profissionais foi atribuída esta atividade?		(j)	N.A.	(j)	(j)	(j)
Posteriormente, que seguimento foi dado a este contacto?		(k)	N.A.	(k)	(k)	(k)
Como foram monitorizados?		(l)	N.A.	(l)	(l)	(l)
Em que plataforma e/ou com que ferramenta (desenvolvida ao nível do DSP/USP ou outra)?		(m)	N.A.	(m)	(m)	(m)
Para efeitos de reporte à DGS, os casos em que existiam contacto prévio realizado consideram-se como tendo o Inquérito Epidemiológico:	iniciado	sim	N.A.	sim	sim	sim
	concluído		N.A.			
	outro, a especificar		N.A.			
Que intervenção tiveram os Médicos de Medicina Geral e Familiar das UCSP e USF da região no processo de vigilância epidemiológica/rastreio de contactos	Acompanhamento clínico dos casos	sim	sim	sim	sim	sim
	Emissão de DIP					
	Prescrição teste			sim	sim	sim
	Realização de Inquéritos epidemiológicos					

Fonte: Elaboração própria com base na análise das respostas ao inquérito realizado às autoridades de saúde.

- (a) Cf. resposta da ARS, remetida adicionalmente ao questionário: “No início da pandemia, perante a resposta insuficiente do SINAVE para o contexto excecional vivenciado (demora no processamento dos registos dos inquéritos epidemiológicos e ausência de funcionalidade para vigilância de contactos), cada USP desenvolveu as suas próprias ferramentas de registo (conforme descrito adiante nas respostas 37 e 38 e anexo doc. 15). O Trace COVID-19 surgiu como complemento de extrema importância para o seguimento dos casos no tempo e para a vigilância de contactos, passando desde a sua disponibilização a ser utilizado pelas USP em exclusivo ou de forma complementar”.
- (b) Cf. resposta da ARS, remetida adicionalmente ao questionário: “As funções inerentes ao exercício do poder de autoridade de saúde são exercidas com autonomia técnica e são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde, de acordo com o enquadramento legislativo vigente. Contudo, a intervenção é balizada pelas Normas e Orientações emitidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS), bem como por orientações específicas divulgadas pela Autoridade de Saúde Nacional (ASN). Durante o período inicial de implementação do Plano de Contingência para a Pandemia, a Autoridade de Saúde Regional (ASR) divulgou às Autoridades de Saúde Locais (ASL) um suporte para registo da informação recolhida no âmbito da investigação epidemiológica de casos suspeitos, prováveis ou confirmados de infeção pelo vírus SARS-CoV-2/COVID-19, com especial enfoque para o registo do resultado do rastreio de contactos (recurso a Microsoft Excel, partilhado com as ASL). Com a evolução da pandemia, houve ASL que adaptaram o referido suporte à sua realidade. Em 2021, o nível regional, em colaboração com algumas ASL, desenvolveu uma plataforma de registo de informação, com recurso às ferramentas informáticas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, com o intuito de uniformizar, na região, a metodologia utilizada.”

- (c) Cf. resposta da ARS, remetida adicionalmente ao questionário: “As Autoridades de Saúde utilizaram ferramentas próprias/ instrumentos próprios desenvolvidos a nível local até janeiro de 2021. A partir de janeiro de 2021 foi desenvolvido formulário regional/instrumentos regionais pelo Departamento de Saúde Pública (DSP) e foi dada formação às várias equipas locais e regional para a utilização da metodologia regional, tendo sido promovida a transição e adesão gradual a esta metodologia pelas equipas locais, ao longo de 2021, sendo que, em março de 2021, já todos os ACES tinham aderido à mesma”.
- (d) Cf. resposta da ARS Centro, remetida adicionalmente ao questionário: “(...) foram solicitados e obtidos reforços para a realização de inquéritos epidemiológicos (profissionais de saúde: médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde; estudantes da área da saúde, militares e técnicos de outros ministérios ou autarquias.”
- (e) Cf. resposta da ARS, remetida adicionalmente ao questionário: **ARS Centro** “Análise e discussão de informação, sobretudo através de telefone, WhatsApp ou email, com as USP e com a DGS (Serviços de Informação e Análise e Departamento de Qualidade). **ARS Norte:** Aquando da solicitação inicial dos dados, foi partilhada a orientação da DGS com as ASL, via e-mail. Paralelamente, para uniformizar a recolha dos dados, foi construído um formulário, com recurso ao Microsoft Forms, em que a definição de cada variável solicitada foi transcrita da informação constante na folha “Meta dados”, partilhada pela DGS, através da aplicação Microsoft TEAMS. Estas definições foram sendo atualizadas no referido formulário de suporte à recolha destes dados, sempre que a DGS as atualizava.” **ARS Alentejo:** informou que o “nível regional promoveu a análise regular dos dados reportados pelo nível local para deteção de incongruências e comunicação ao nível local para a sua verificação.”. **ARS Algarve:** “Contacto com as Autoridades de Saúde Coordenadoras e, se necessário com as AS Locais das 3 USP da região.”. **ARS LVT:** “Verificação de totais numéricos e parcelares.”
- (f) Cf. resposta da ARS Centro, remetida adicionalmente ao questionário: “Primeiro contacto rápido com o caso para recolha de informação para emissão de declaração de isolamento; comunicação de procedimentos a adotar pelo próprio e pelos contactos próximos e solicitação de anotação dos contactos desde as 48 horas antes do início dos sintomas. A realização de contactos prévios foi utilizada marginalmente em situação de stresse epidemiológico.”
- (g) Cf. resposta da ARS Alentejo, remetida adicionalmente ao questionário: “O procedimento “contacto prévio” foi instituído apenas pela USP do ACES Alentejo Central. Consultar base de dados interna e verificar data de entrada de Inquérito Epidemiológico; Iniciar Contacto, de acordo com as prioridades definidas relativamente à data de entrada; Apresentar o Técnico que efetiva o contacto; Justificar o contacto; Realizar o Contacto (Validar dados com o utente – nome, número de SNS, contacto telefónico e morada, local de trabalho, último dia de trabalho/escola, sintomas, se sintomas desde quando, contacto com alguém infetado, se sim quando; Solicitar lista de pessoas com que esteve no período de infecciosidade).”
- (h) Cf. resposta da ARS Algarve, remetida adicionalmente ao questionário: “Informar resultado positivo do Teste / situação de doença confirmada, determinar medidas imediatas e solicitar reflexão sobre contactos individuais, familiares e de contexto profissional e/ou escolar, com apuramento de detalhes (Nº utente, Nº telemóvel, pormenores do contacto) para mais rapidamente colaborar no seguinte, na estratificação de risco e, numa frase posterior, incentivo ao contacto com linha SNS24 e ao registo na plataforma (link recebido via SNS24). Principalmente em relação aos turistas estrangeira população mais difícil de contactar, para além do referido no parágrafo anterior havia que confirmação da identidade, contacto telefónico português, residência atual em PT e da realização de testes contactos eram feitos por telemóvel, telefone fixo pessoal ou do alojamento, e até visita domiciliária.”
- (i) Cf. resposta da ARSLVT, remetida adicionalmente ao questionário: Contacto breve com o caso confirmado, com indicação para isolamento do próprio e isolamento profilático dos coabitantes e pre da lista de contactos para estratificação do risco e aplicação de medidas, incluindo acesso à testagem. Incluía a educação para a saúde acerca do isolamento do caso no domicílio e alerta para sinais e sintomas de agravamento. A este contacto prévio era seguida a realização de IE, sempre que possível.
- (j) Cf. resposta da ARS, remetida adicionalmente ao questionário: **ARS Centro:** Autoridades de saúde pública/ médicos de saúde pública e rastreadores entretanto mobilizados; **ARS Alentejo:** “Médicos Internos de Formação Geral, Estudantes de Enfermagem, Enfermeiros e Outros Técnicos de Saúde (Psicólogos, Assistentes Sociais, etc.).”; **ARS Algarve:** “Médicos especialistas em SP, Médicos Internos da especialidade de SP, Médicos especialistas de MGF, Médicos não especialistas e Médicos Internos da Formação Geral (1º ano de trabalho após Curso).”; **ARS LVT:** “Técnicos superiores; Técnicos Superiores de Saúde; Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica; Militares; Enfermeiros; TS de Autarquias cedidas a algumas USP, alguns voluntários.”
- (k) Cf. resposta da ARS, remetida adicionalmente ao questionário: **ARS Centro:** “Contacto posterior para recolha da informação necessária para completar o inquérito epidemiológico e atualizar as medidas a adotar.”; **ARS Alentejo:** “Foi realizado o respetivo Inquérito Epidemiológico e rastreio de contactos.”; **ARS Algarve:** “Sempre que pertinente, pediram-se testes para SARS-CoV-2 a contactos. Preenchimento dos IE na Plataforma SINAVE. Criação de Ficha em TRACE COVID e registo da informação.”; **ARS LVT:** “Foi realizado inquérito epidemiológico subsequente, sempre que possível”.

- (l) Cf. resposta da ARS, remetida adicionalmente ao questionário: **ARS Centro:** “Através do registo nos suportes locais de apoio aos inquéritos epidemiológicos e no Trace COVID-19 e do preenchimento de ficheiro Excel partilhado com a informação relativa aos inquéritos epidemiológicos efetuados.”; **ARS Alentejo:** “Através de base de dados interna encriptada, criada para o efeito pela USP.”; **ARS Algarve:** “As situações em que era feito um contacto prévio ficavam sinalizadas nos registos próprios de quem os fazia, para que fosse dado continuidade ao Inquérito Epidemiológico, que só se consideraria efetuado quando completo. Não havia uma monitorização específica.”; **ARS LVT:** “Através da ferramenta Regional de apoio ao SINAVE.”.
- (m) Cf. resposta da ARS, remetida adicionalmente ao questionário: **ARS Centro:** “Ferramentas locais de apoio aos inquéritos epidemiológicos (maioritariamente Excel) e no Trace COVID-19.”; **ARS** “Plataforma Microsoft Teams, através da ferramenta Microsoft Excel.”; **ARS Algarve:** “Excel”; **ARS LVT:** “Plataforma desenvolvida pelo DSP”.

Sistemas de informação

14. As autoridades de saúde regionais, na realização dos inquéritos epidemiológicos, depararam-se com limitações e ineficiências nos sistemas de âmbito nacional existentes, o que originou o desenvolvimento e utilização de outras ferramentas que vieram facilitar a comunicação, o registo e a monitorização dos dados epidemiológicos, entre as unidades locais de saúde e os departamentos de saúde pública.
15. Questionadas quanto às plataformas e sistemas utilizados para registo da atividade de inquéritos epidemiológicos, a maioria (quatro em cinco autoridades de saúde regionais) indicaram “Vários, dependendo da USP e/ou período temporal em causa, ao longo da resposta à pandemia”. A análise das respostas recebidas permite perceber da enorme heterogeneidade das soluções adotadas dentro de cada região de saúde, conforme síntese do Quadro 28.

Quadro 28 - Sistemas de informação: nacionais e soluções locais e regionais

ARS	Plataformas utilizadas no registo dos inquéritos epidemiológicos	Caracterização das plataformas tecnológicas de suporte aos formulários próprios desenvolvidos	Limitações e ineficiências do SINAVE, BI SINAVE e Trace COVID no rastreio de contactos e realização de inquéritos epidemiológicos
ARS Centro	Várias: i. SINAVE; ii. Trace COVID; iii. Ficheiros excel partilhados na plataforma Microsoft Teams e através de emails institucionais; iv. PAP-Covid (plataforma local); v. Ficheiros partilhados via <i>Googlesheets</i> ; vi. Base de dados partilhada no Onedrive; vii. Formulários no Microsoft Forms.	i. Com exceção do SINAVE (de acesso exclusivo aos profissionais das USP, médicos de saúde pública) as restantes plataformas foram utilizadas por outros intervenientes na atividade epidemiológica; ii. As plataformas próprias não inteoperaram com o SINAVE ou com o Trace COVID;	i. “face ao crescente número de casos foi [a plataforma Sinave] deixando de dar resposta com a maior eficiência, tornando-se o registo da informação dos inquéritos epidemiológicos um processo moroso e limitador”. ii. “... o SINAVE não está vocacionado para o acompanhamento dos casos e respetivos contactos, tendo essa necessidade (sobretudo investigação de surtos) sido colmatada com a criação do Trace COVID-19”; iii. “O Trace COVID-19 revelou-se a ferramenta complementar ideal para a resposta à pandemia”; iv. “O BI-SINAVE, surgido em janeiro de 2021, integra a informação das plataformas do SINAVE e do VACINAS, possibilitando a consulta gráfica (dashboard) e a exportação de dados para ficheiros de trabalho. Esta funcionalidade de exportação foi fundamental, já que permitiu a partilha destes ficheiros de trabalho com as USP, que não têm acesso ao BI-SINAVE (limitação), apesar de ter sido previsto.”;
ARS Norte	Várias: i. Formulários no Microsoft Forms; ii. Ficheiros Excel partilhados; iii. Trace COVID; iv. SINAVE e BI SINAVE;	i. Foi desenvolvido um sistema de recolha de informação, tendo por	i. O SINAVE “(...) não se encontrava dimensionada para lidar com o volume de dados que foi necessário reportar. Este facto levou a ineficiências, como o “crash” do sistema informático e a lentidão na sua utilização.”;

ARS	Plataformas utilizadas no registo dos inquéritos epidemiológicos	Caracterização das plataformas tecnológicas de suporte aos formulários próprios desenvolvidos	Limitações e ineficiências do SINAVE, BI SINAVE e Trace COVID no rastreio de contactos e realização de inquéritos epidemiológicos
	v. Formulário eletrónico próprio (Forms do OneDrive).	base o Excel, Microsoft Forms, Power Automate e Outlook ²⁰⁹ .	<ul style="list-style-type: none"> ii. <i>“BISINAVE – as ASL não tinham acesso a este dashboard, pelo que não era útil para as atividades de investigação epidemiológica e rastreio de contactos”;</i> iii. <i>O Trace COVID tinha funcionalidades que permitiam o registo dos contactos e a vigilância ativa dos mesmos (com a prescrição de testes e emissão de declarações de isolamento profilático). “Contudo, qualquer profissional (incluindo profissionais não relacionados com os serviços de saúde) poderia ter acesso, para registo, à referida plataforma, o que pode colocar em questão a qualidade e fiabilidade dos dados registados.”.</i>
ARS Alentejo	<ul style="list-style-type: none"> i. SINAVE; ii. Trace-COVID 	não aplicável	<ul style="list-style-type: none"> i. <i>“(…) inexistência de interoperabilidade entre os sistemas (TraceCovid e SINAVEMed) no registo de informações apuradas no contexto da realização dos inquéritos epidemiológicos.”;</i> ii. <i>“(…) o funcionamento destes sistemas [Trace COVID e SINAVEMed] em ambientes Web que, face às condições da rede e ao número de utilizadores, os tornava lentos e de utilização pouco amigável.”</i> iii. <i>“A sua complexidade, isto é, não disponibilizarem a possibilidade de realização de Inquéritos Epidemiológicos simples, de acordo com a evolução da situação epidemiológica, assim como a morosidade de introdução de casos/contactos/surtos.”;</i> iv. <i>“(…) consulta pouco facilitadora e não permissão para a edição de alguns dados para correta atualização.”.</i>
ARS Algarve	i. SINAVE.	não aplicável	<ul style="list-style-type: none"> i. <i>“Ao longo do tempo foram sendo corrigidas / minoradas”.</i>
ARS LVT	<ul style="list-style-type: none"> i. SINAVE; ii. Trace COVID; iii. Instrumentos próprios desenvolvidos a nível local; iv. Formulário regional desenvolvido pelos DSP. 	<ul style="list-style-type: none"> i. A plataforma desenvolvida foi gerida pela ARSLVT e teve por base o Office 365; ii. Não houve interoperabilidade com SINAVE nem com Trace-COVID; 	<ul style="list-style-type: none"> i. <i>“Demora no tempo da integração de resultados; lentidão; pouco desagregados; pouco amigável; Trace-COVID não desenvolvido na ótica da Saúde Pública.”.</i>

²⁰⁹ A resposta da ARSLVT foi completada com a seguinte informação. *“Foi criada uma base de dados, onde eram registados os casos confirmados notificados através da plataforma informática de suporte ao SINAVE (SINAVELab e/ou SINAVEMed), gerida pelas ASL. Para cada caso era preenchido um formulário em Microsoft Forms, com a informação necessária para a intervenção em saúde pública e para o preenchimento dos formulários informáticos de suporte ao SINAVE. Os registos relativos aos contactos, de alto e baixo risco, migravam, através do Power Automate, para outra base de dados em Microsoft Excel. De acordo com a estratificação de risco, os contactos aí registados eram contactados, a fim de lhe serem comunicadas as medidas de saúde pública. A partir destas bases, e com recurso a automatismos, podiam ser prescritos os testes necessários, coligida a informação legalmente exigida para comunicação às forças de segurança, emitidas as declarações de isolamento profilático e a informação recolhida migrava, automaticamente, para a plataforma informática de suporte ao SINAVE. Este sistema permitia, também, o envio automático de e-mails para as ASL, sempre que era necessária a sua intervenção em instituições com pessoas de elevada vulnerabilidade ou era necessário dar cumprimentos aos procedimentos instituídos ao abrigo do Regulamento Sanitário Internacional.”*

hr

ARS	Plataformas utilizadas no registo dos inquéritos epidemiológicos	Caracterização das plataformas tecnológicas de suporte aos formulários próprios desenvolvidos	Limitações e ineficiências do SINAVE, BI SINAVE e Trace COVID no rastreio de contactos e realização de inquéritos epidemiológicos
		iii. Os responsáveis pelo preenchimento da informação foram profissionais afetos ao contacto prévio/inquérito epidemiológico.	

Fonte: Elaboração própria com base na análise das respostas ao inquérito realizado às autoridades de saúde.

Anexo XII – Tratamento e qualidade dos dados

No decurso dos trabalhos de auditoria foram solicitados à DGS dados detalhados sobre as atividades de testagem e rastreio de contactos desenvolvidas no âmbito da resposta à pandemia de COVID-19. Neste pedido foi identificada a informação considerada necessária ao apuramento de indicadores operacionais e de resultados associados à execução daquelas atividades e que se pretendiam analisar no âmbito da auditoria em curso.

Assim, foram solicitados:

A) No que respeita à atividade de testagem, dados relativos a testes realizados, com desagregação por teste.

1. Identificador teste
2. Data-Hora colheita
3. Data-Hora do registo do resultado no SINAVE
4. Entidade que realizou o teste
5. Identificador Prescrição
6. Data prescrição
7. Entidade prescritora
8. Idade utente
9. ARS
10. Concelho
11. Unidade de Saúde Pública
12. Motivo da realização do teste
13. Contexto de realização do teste
14. Tipo teste
15. Resultado do teste
16. Identificador do caso

B) Relativamente à atividade de rastreio de contactos, dados referentes à realização de inquéritos epidemiológicos, desagregados por caso.

1. Identificador do caso
2. Identificador da notificação
3. Data-Hora da entrada da notificação
4. Identificador do inquérito epidemiológico
5. Data-Hora do início de realização do inquérito epidemiológico
6. Data-Hora de finalização do inquérito epidemiológico
7. Data-Hora da indicação para realização de isolamento
8. Data-Hora de início do processo de rastreio de contactos
9. Data-Hora da conclusão do processo de rastreio de contactos
10. ARS
11. Concelho
12. Unidade de Saúde Pública
13. N.º de contactos identificados na sequência do inquérito epidemiológico
14. N.º de contactos contactados na sequência do inquérito epidemiológico
15. N.º de novos casos associados ao caso original, na sequência do rastreio de contactos
16. Data de início dos sintomas

Foram ainda solicitados dados diários acerca dos recursos afetos à atividade de rastreio de contactos.

1. Data
2. ARS
3. Concelho
4. Unidade de Saúde Pública
5. Profissionais geridos pela USP
6. Tipologia dos profissionais envolvidos

7. N.º de profissionais ETC a realizar inquéritos epidemiológicos e rastreio de contactos

O elevado volume de dados associado aos conjuntos de informação pedidos dilatou os prazos de resposta por parte da DGS.

Adicionalmente, a identificação de inconsistências relacionadas com informação disponibilizada, quer referentes ao universo de testes realizados, quer relativas à atividade de rastreio de contactos, implicou um acréscimo do tempo necessário para a sua análise, dada a necessidade de obtenção de adicionais esclarecimentos e validações.

Abordam-se seguidamente, de modo mais detalhado, as principais questões relativas ao tratamento de dados e às inconsistências identificadas, naqueles dois âmbitos.

▪ **Dados relativos a testes realizados**

a) Os dados acerca do universo de testes realizados tiveram por base a informação registada na aplicação informática de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), doravante apenas designada como SINAVE e abrangiam a totalidade dos testes realizados em Portugal no período temporal definido, de 01 de março de 2020 a 30 de abril de 2022²¹⁰.

Aqueles dados continham, originalmente, cerca de 45 milhões de registos²¹¹ (cada linha de registo correspondente a um teste) e as seguintes 13 variáveis:

- Identificador_teste
- Data_hora_colheita
- Data_registo_resultado_sinave
- Entidade_realizou_teste
- Identificador_prescricao
- Entidade_prescritora
- Idade_utente
- Unidade_saude_publica
- Concelho
- Ars
- Tipo_teste
- Resultado_teste
- Identificador_caso

No âmbito da transformação e carregamento destes dados foram excluídos os registos relativos às regiões autónomas dos Açores e da Madeira²¹².

b) Foi solicitada a descrição (BI) dos campos constantes do ficheiro recebido e também pedidos esclarecimentos quanto ao universo de valores que algumas das variáveis categóricas podiam assumir, face à eventual equivalência entre categorias distintas.

E.g., a variável “tipo de teste” apresentava inicialmente 12 categorias, várias das quais designações distintas, mas equivalentes de um mesmo tipo de teste, como posteriormente confirmado pela DGS, o que permitiu reduzir o número de categorias consideradas.

Situação similar ocorreu com a variável “resultado do teste”.

c) Relativamente à variável que identificava a entidade que realizou o teste, esta continha designações e nomes de pessoas coletivas e singulares, num universo de 3.288 designações/nomes distintos.

²¹⁰ As entidades habilitadas a realizar testes de diagnóstico à COVID-19 estavam obrigadas ao registo naquela plataforma de todos os testes realizados e respetivos resultados.

²¹¹ Os dados recebidos continham 44.575.068 observações referentes a 13 variáveis.

²¹² Utilizou-se a plataforma para *Business Intelligence* (BI) “*Power BI*”, da *Microsoft*.

Com vista à análise agregada desta informação foi feita a classificação manual destas entidades em função: (i) da sua natureza (laboratório comercial, hospital ou centro hospitalar, laboratório regional de saúde pública, academia, farmácia, entre outros); (ii) do setor (público, privado e social); e ainda (iii), quanto à condição de integrarem o SNS (SNS e Não-SNS).

Considerando que um número significativo das designações de entidades correspondia a nomes de pessoas singulares e/ou não permitia a identificação da respetiva natureza, 1.618 entidades foram classificadas numa categoria de “Outros prestadores”, associadas ao setor privado e consideradas como não pertencendo ao SNS. Acresce o facto desta classificação ter sido feito manualmente. Como tal, poderão existir erros e imprecisões, pelo que a leitura das análises relacionadas deverá considerar estes constrangimentos.

- d) Foram identificados cerca de 3 milhões de testes repetidos, i.e., múltiplos registos com os mesmos códigos identificadores de testes (correspondente ao campo “identificador_teste”, doravante ID de teste). Estes registos correspondiam a 7,1% do universo total de registos de testes, excluindo os relativos às regiões autónomas.

Questionada a este respeito, a DGS esclareceu que a repetição identificada se devia a duas situações: (i) a primeira estava relacionada com um erro de extração, correspondente às linhas com ID de testes repetidos e com colunas duplicadas (portanto, com a mesma informação para as variáveis constantes do ficheiro), e que deviam ser ignoradas; (ii) a segunda, estava ligada à possibilidade de se associar a uma mesma notificação de teste, diferentes produtos (amostras), pelo que aqui as colunas (a informação para as variáveis constantes do ficheiro) não seriam exatamente similares. A DGS não indicou a proporção estimada de uma e de outra situação.

Optou-se por excluir do universo de análise todos os testes repetidos, considerando apenas aqueles com ID de teste distintos.

- e) Cerca de 99% da totalidade dos registos de testes não possuía informação para a variável “entidade prescritora”.
- f) Cerca de 87,4% (33 milhões) dos registos de testes distintos não possuía informação referente à prescrição (variável “identificador de prescrição”). Dos registos que apresentavam esta informação, verificou-se a existência de informação não válida (e.g., “.”, “o”, “1”), o que indicia a inexistência de mecanismos de validação da qualidade da informação registada no SINAVE relativamente a esta variável.

▪ **Dados acerca do rastreio de contactos**

- g) Foram disponibilizados dois conjuntos de dados distintos relativos à atividade de realização de inquéritos epidemiológicos (IE), obtidos de duas fontes de dados diferentes:
- (i) Um primeiro conjunto de dados resultante da extração de registos efetuados no SINAVE;
 - (ii) Um segundo conjunto de dados, resultante da agregação da informação recolhida pela DGS junto dos departamentos de saúde pública das ARS, através de “formulário partilhado” desenvolvido para esse efeito²¹³.

O reporte feito à DGS assentava em procedimentos manuais e tinha como fonte de informação as distintas ferramentas de gestão e monitorização de atividade desenvolvidas regional e localmente, pelos diferentes departamentos e unidades de saúde pública.

²¹³ Este “formulário partilhado”, assim designado pela DGS, consistia num ficheiro Excel partilhado, via aplicação Teams, com os departamentos de saúde pública. Diariamente, tendo por base a informação recolhida junto das unidades de saúde pública locais, era reportado à DGS o conjunto de métricas por esta definido. O ficheiro referido incluía notas metodológicas e as definições das métricas de reporte solicitadas.

De acordo com a DGS, foi a informação recolhida através deste “formulário partilhado” (e não a extraída do SINAVE) que serviu de base para a elaboração dos “Relatórios de Avaliação da Realização de Inquéritos Epidemiológicos no âmbito da COVID-19”. (*Vide* ponto 8.5)

- h) A informação extraída do SINAVE compreendia o período entre o início de fevereiro de 2020 e 30 de abril de 2022, apresentava 697.833 registos (um registo por caso notificado) e continha os seguintes campos de informação:
- o Identif_caso”
 - o Identif_notificação
 - o Data-Hora_notificação
 - o Identificador do IE
 - o Data-Hora_início_IE
 - o Data-Hora_finalização_IE
 - o ARS
 - o Concelho
 - o USP
 - o Data de início sintomas
- i) A informação recolhida pela DGS através do “formulário partilhado” com os DSP, respeitava ao período entre 03 de novembro de 2020 e 05 de janeiro de 2022, continha 23.335 linhas de registo correspondentes aos valores reportados por unidade de saúde pública e por data de reporte. Contemplava as seguintes variáveis:
- o Número de Notificações identificadas pela USP
 - o Número de Inquéritos Epidemiológicos iniciados
 - o Número de Inquéritos Epidemiológicos finalizados nas primeiras 24 horas
 - o Número de Inquéritos Epidemiológicos finalizados
 - o Número de Inquéritos Epidemiológicos por finalizar
- j) A informação registada no SINAVE identificava 697.833 notificações de caso e 584.379 IE. Já a informação reportada diretamente pelos departamentos de saúde pública indicava 1.280.528 notificações de caso identificadas e 1.081.310 IE finalizados. Ou seja, não obstante a primeira abranger um maior horizonte temporal do que a segunda, reflete um menor nível de atividade, o que resulta incoerente.
- k) Nos dois conjuntos de dados disponibilizados, não foi possível obter informação para os seguintes indicadores constantes do pedido original do TdC:
- o Data-Hora da indicação para realização de isolamento
 - o Data-Hora de início do processo de rastreio de contactos
 - o Data-Hora da conclusão do processo de rastreio de contactos
 - o N.º de contactos identificados na sequência do inquérito epidemiológico
 - o N.º de contactos contactados na sequência do inquérito epidemiológico
 - o N.º de novos casos associados ao caso original, na sequência do rastreio de contactos

Esta informação não estava contemplada no SINAVE e também não constava das variáveis a reportar pelos departamentos de saúde pública (DSP). Como tal, estas variáveis não foram medidas e avaliadas pela DGS.

A inexistência de indicadores de desempenho operacional e, sobretudo, de resultados, limitou a avaliação da estratégia adotada, em particular no que respeita à análise da sua eficácia no combate à disseminação da doença e ao controlo da pandemia.

l) Relativamente à informação extraída do SINAVE destacam-se abaixo, a título exemplificativo, algumas das fragilidades identificadas e que suscitaram pedidos adicionais de esclarecimentos junto da DGS:

- (i) Existência de um universo de registos de casos notificados (113.454; 16,3% do total, sem as regiões autónomas) que apresentavam em branco os campos “Identificador do IE”, “Data-Hora início de IE” e “Data-Hora finalização do IE”. De acordo com a DGS, poderiam corresponder a situações em que o IE não foi gravado na aplicação, não sendo assim possível aferir da sua efetiva realização.
- (ii) No total de registos de IE com informação acerca da respetiva data/hora de início e data/hora de fim, verificou-se que cerca de 65% destes tinham exatamente o mesmo registo de data e hora para o seu início e fim, resultando num tempo de duração do IE nulo. De acordo com a DGS, o SINAVE não permitia obter dados acerca da duração do IE (tomando como *proxy* tempo de preenchimento e gravação da informação necessária naquele sistema). As definições de registo dos momentos de criação e modificação (ões) de um IE possibilitavam a ocorrência da incoerência detetada.
- (iii) Identificação de um número significativo de registos de IE (cerca de 47,9%) apenas com informação para a data/hora do seu início. Esta situação radicaria, em parte, num erro aplicacional, a ser corrigido futuramente.

m) Seguidamente, descrevem-se as principais fragilidades identificadas no conjunto de dados resultante da agregação da informação recolhida pela DGS junto dos departamentos de saúde pública, e que suportou a avaliação e monitorização da realização de IE por parte daquela Direção-Geral:

- (i) O número total de IE iniciados reportado surge inferior ao número total de IE finalizados, em termos agregados totais e por ARS (total: 40,65%; ARS Alentejo: 0,09%; ARS Algarve: 77,55%; ARS Centro: 44,51%; ARSLVT: 77,82%; ARS Norte: 5,22%). Tal resulta incongruente dado que a ocorrência do primeiro (IE iniciado) seria condição para ocorrência do segundo (IE finalizado).
- (ii) A estimativa do indicador “proporção de casos isolados nas primeiras 24 horas”, dado que este resultava do quociente entre as variáveis “número de inquéritos epidemiológicos iniciados” e “número de notificações identificadas pela USP”, e se verificou a ausência significativa de dados reportados para a primeira, conforme referido no ponto anterior.
- (iii) O apuramento de diferenças face a indicadores publicados pela DGS, aquando do seu recálculo a título exemplificativo, tendo por base os dados disponibilizados ao Tribunal²¹⁴.
- (iv) Padrões de reporte de dados assentes na ausência de dados reportados para certas métricas e/ou no reporte de dados repetidos em várias datas de reporte.

Questionada a este respeito, a DGS afirmou ter tomado opções metodológicas no âmbito no processo de limpeza e análise de dados que visaram melhorar a representação das realidades em causa, e que passaram pela eliminação genérica durante o processo de análise de “Todas as inconsistências nos dados e valores impossíveis ou improváveis (...)”.

Tomando como exemplo o cálculo do indicador “proporção de casos isolados nas primeiras 24 horas”:

Face à ausência de dados reportados para o número de IE iniciados, foi assumido como pressuposto que seriam, pelo menos, iguais aos finalizados, para um mesmo dado período, nas situações de

²¹⁴ Recalcularam-se os indicadores “isolamento até 24 horas” e “% de contactos rastreados isolados” publicados nos relatórios “Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19” de 03 de abril de 2021, de 09 de julho de 2021 e de 05 de novembro de 2021.

ausência de dados de IE iniciados, mas com dados reportados para os IE finalizados. O cálculo do indicador foi feito, assim, por estimativa, através de uma correção ao denominador (para lá da correção já feita ao numerador, antes referida), que excluiu as notificações reportadas sem dados para IE iniciados e para IE finalizados.

Ou seja, o seu apuramento foi feito apenas para o universo de notificações reportadas para as quais existia informação sobre IE iniciados (a reportada originalmente pela USP ou, na sua ausência e havendo reporte de IE finalizados, assumindo a igualdade entre as duas métricas). Esta forma de cálculo sobrestimou o indicador em causa, resultando no apuramento de uma proporção de casos isolados nas primeiras 24 horas superior à que resultaria da consideração da totalidade de notificações reportadas.

Para lá da assunção destes pressupostos, acresce o facto de a fórmula de cálculo adotada para este indicador assumir, implicitamente, que os IE iniciados reportados num dado período de reporte (um dia) se referem às notificações identificadas e reportadas nesse mesmo período de reporte, quando poderia não ser assim.

Como tal, tendo por base dados disponibilizados pela DGS, aquele indicador surge superior a 100% numa parte do período analisado, o que resulta incongruente, considerando que o universo de isolamentos feito até 24 horas seria sempre um subconjunto do total de isolamentos feitos.

Anexo XIII - Orientações e recomendações internacionais

Organismo	Publicação	Dimensões e temas abordados	Adoção das recomendações
WHO	Surveillance case definitions for human infection with novel coronavirus (nCoV): interim guidance, 11 January 2020.	CrITÉrios para a realizaçŁo da vigilŁncia epidemiolŁgica e testagem da populaçŁo; DefiniçŁo de caso suspeito.	Adotada
WHO	Laboratory testing of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: interim guidance, 17 January 2020 (who.int)	OrientaçŁes, provisŁrias, para a realizaçŁo de testes moleculares de amplificaçŁo de Ácidos nucleico (TAAN) a doentes que atentem À definiçŁo de caso suspeito de infeçŁo, pelo novo coronavÍrus.	Adotada
WHO	Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19) in suspected human cases: interim guidance, 19 March 2020.	AtualizaçŁo: A decisŁo de testar, atravŁs de testes TAAN, deve ser baseada em fatores clÍnicos e epidemiolŁgicos e associada a probabilidades de infeçŁo.	Adotada
European Commission	EU recommendations on testing strategies, 18 March 2020.	PriorizaçŁo das situaçŁes para realizaçŁo de testes.	Adotada
ECDC	Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID 19): increased transmission globally - fifth update, 2 March 2020.	IdentificaçŁo dos riscos associados ao COVID-19 para pessoas em viagem e para os sistemas de saŁde. Proposta de realizaçŁo de testes de diagnŁstico a casos suspeitos de infeçŁo.	Adotada
WHO	Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays, interim guidance, 11 September 2020.	IndicaçŁo das caracterÍsticas dos testes de antigénio a utilizar e dos cenÁrios e contextos recomendÁveis À sua utilizaçŁo.	Adotada
ECDC	COVID-19 testing strategies and objectives, 15 September 2020.	AtualizaçŁo da estratŁgia de testagem: inclusŁo da testagem em massa, testagem direcionada a populaçŁes especÍficas, À identificaçŁo de clusters ou surtos em contextos especÍficos. Tipo de testes a utilizar em vÁrios contextos.	Adotada
ECDC	Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and UK, 10 November 2020.	ExposiçŁo das evidŁncias mais recentes sobre o desempenho dos testes rÁpidos de antigénio; implicaçŁes da sua utilizaçŁo nas novas variantes do vÍrus; consideraçŁes para o uso testes na deteçŁo do vÍrus e na confirmaçŁo de recuperaçŁo da doençŁa.	Adotada, pese embora a sua operacionalizaçŁo apenas se torne efetiva a partir de julho de 2021
ECDC	Contact tracing: Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union, 25 February 2020.	OrientaçŁes Às autoridades de saŁde pÚblica sobre a gestŁo de pessoas, incluindo os profissionais de saŁde, que tiverem contacto com casos de COVID-19.	Adotada

hr

Organismo	Publicação	Dimensões e temas abordados	Adoção das recomendações
ECDC	Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA, 2 March 2020.	Informação sobre a estimativa de recursos (humanos e físicos) necessários à atividade de rastreio e monitorização de contactos.	Adotada
ECDC	Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed, April 2020.	Indicação de métodos alternativos à utilização de equipas de saúde pública no rastreio convencional de contactos, de modo a aumentar a eficiência do acompanhamento de casos e contactos (software de rastreio de contactos, aplicações móveis).	Adotada

Anexo XIV – Respostas remetidas em sede de contraditório

Ministro da Saúde

MS | S 3528/2023 | 06-12-2023 | P 030.01.02 - 669/2023



Gabinete do Ministro da Saúde

Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro Fernando de Oliveira Silva
Diretor-Geral do Tribunal de Contasdg@tcontas.pt

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
DA V - UAT. 1		N.º:	
Proc. n.º 15/2021-		ENT.: 13981/2023	23.11.2023
Audit		14707/2023	29.11.2023
		PROC. N.º: 82/23	
		020.01.03/23	

ASSUNTO: **Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19**

O Ministro da Saúde, notificado pelo Tribunal de Contas, a propósito do relato de auditoria que resultou do Processo n.º 15/2021 – Audit 2.º S, encarrega-me de, ao abrigo do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, apresentar as suas alegações, o que faz nos seguintes termos:

A título prévio, aproveita a oportunidade da presente audição para saudar o douto Tribunal de Contas pelo trabalho realizado no âmbito da presente auditoria, que sempre contribuiu para uma reflexão e alinhamento da política de saúde.

Sobre as conclusões e recomendações da auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à COVID-19, importa assinalar que são destacadas várias áreas de preocupação que merecem a melhor atenção da política de saúde e deste Ministério. É meu entendimento que fica reforçada a já conhecida necessidade de promoção de respostas proativas mais ágeis e estruturadas, de uma melhor evidência da fundamentação das decisões de gestão financeira e de recursos humanos adotadas em cenários de grande incerteza e a necessidade de um célere aprimoramento dos sistemas de informação que permita auditorias mais rápidas, que contribuam para melhorar a resposta e a resiliência do sistema.

Av. João Crisóstomo, 9 - 6.º
1049-062 Lisboa, PORTUGAL
Email: gabinete.ms@ms.gov.pt
TEL +351 213 305 100
portugal.gov.pt

Na qualidade de Ministro da Saúde, reconheço a superior importância destas questões e, conseqüentemente, assumo o compromisso, apesar do atual enquadramento político, de decidir medidas preventivas e corretivas efetivas, que permitam eficientemente uma melhor resposta do nosso sistema de saúde a futuras emergências de saúde pública ou a outras situações de natureza incerta ou sem precedentes, como a pandemia pela Covid-19.

Após análise cuidada do relato de auditoria e no que respeita às recomendações que me são dirigidas:

R.1. Resiliência do Sistema de Saúde:

Entendo de assinalar que a criação da Secretaria de Estado da Promoção da Saúde visa, em grande medida, dar resposta às recomendações apresentadas neste relato, no que concerne à prevenção da doença, promoção da saúde, reforço de recursos e atuação da saúde pública no sistema de saúde.

i) Prevenção da doença: Estão a ser reforçados os programas de educação e promoção de saúde, focados em estilos de vida saudáveis e na prevenção de doenças crónicas. Em simultâneo, estão em curso a colaboração e parceria com instituições educativas e médicas para sensibilização junto da população.

ii) Recrutamento e retenção de profissionais: as negociações com as classes profissionais estão a ser conduzidas com o intuito de atrair e fixar profissionais de saúde, motivá-los e melhorar a sua satisfação, o que inclui melhorias a nível salarial, oportunidades de formação, progressão na carreira e melhores condições para o exercício profissional.

iii) Recolha e análise de dados: Em parceria com a SPMS está em curso o reforço dos sistemas de informação de saúde, que permitirá a recolha e análise dos dados de saúde de forma mais eficiente e confiável e que responde com transparência aos resultados, nas várias dimensões identificadas.

iv) Cooperação internacional: Será intensificada a colaboração com organismos europeus e internacionais de partilha de conhecimentos e melhores práticas, para preparar respostas futuras.

v) Cadeias logísticas: Vamos continuar a apostar no fortalecimento das cadeias logística para garantir a disponibilidade contínua de produtos médicos essenciais, que permitam responder com a rapidez que as situações exigem.

vi) Governança: Por tudo o exposto, pretende-se criar estruturas de governança integradas, que permitam garantir respostas ágeis e eficazes a emergências de saúde, dentro do sistema de saúde, no modelo existente e que provou ser o mais adequado a responder às necessidades das populações.

R.2. Alinhamento Estratégico em Contextos Pandémicos:

Está pensada, em articulação com as diferentes áreas governativas, a criação de um quadro legal e regulatório flexível e robusto, que permita uma resposta rápida e eficaz em futuras situações pandémicas, assegurando simultaneamente a proteção dos direitos dos cidadãos, sem restrição de liberdades e garantias.

R.3. Fixação de Preços Administrativos:

É compromisso deste executivo assegurar que a fixação de preços para serviços e produtos de saúde seja transparente, justa e baseada em critérios de eficiência económica, evitando desperdícios e despesas ineficientes, apresentando, sempre, a fundamentação que, à data, seja necessária para que, em cenários de emergência sanitária e de escassez de produtos, possam ser adotadas as melhores opções disponíveis para responder às necessidades.

R.4. Transparência na Despesa Pública:

A atual equipa governativa da saúde garante o empenho na promoção da total transparência e na correta especificação da despesa pública em saúde, assegurando que o custo das atividades relacionadas com planos contingenciais e respostas a pandemias seja claramente apurado, fundamentado e auditável.

R.5. Rastreio de Proximidade Digital:

Certificar-nos-emos que, em futuras situações de pandemia, o desenvolvimento e implementação de tecnologias de rastreio digital sejam acompanhados por uma comunicação eficaz e mecanismos de incentivo que promovam a sua utilização efetiva.

Por fim, reforço o já expresso agradecimento ao Tribunal de Contas pelo detalhado trabalho nesta auditoria, que se revela um instrumento valioso no fortalecimento e na preparação das respostas a futuras emergências de saúde pública, bem como na melhoria da gestão dos serviços de saúde em Portugal, particularmente em contextos de enorme incerteza e escassez de recursos.

O Ministério da Saúde, na pessoa do seu Ministro, mantém-se totalmente disponível para qualquer contribuição adicional que o Tribunal de Contas entenda pertinente.

Com os meus cumprimentos

A Chefe do Gabinete

Assinado por: **Sandra Cristina Gomes Gaspar**
Num. de identificação: 09808177
Data: 2023.12.06 21:38:56+00'00'
Certificado por: **Diário da República Eletrónico**
Atributos certificados: **Chefe do Gabinete do
Ministro da Saúde - Gabinete da Ministra da
Saúde**



Ex-Secretária de Estado Adjunta e da Saúde



Processo n.º 15/2021 – AUDIT

2.ª SECÇÃO

URGENTE

Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID 19 por parte do Ministério da Saúde

Exmo. Senhor
Diretor Geral do TdC

Com referência ao processo de Auditoria acima identificado, na qualidade de Ex-Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, venho nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 13.º e n.º 3 do artigo 87.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, apresentar as alegações referentes ao relato de auditoria nos termos e com os seguintes fundamentos:

1. O relato de auditoria em apreço incide sobre factos relativos questões relacionadas com a operacionalização dos processos de testagem e rastreio de contactos: (i) princípios orientadores da estratégia adotada; (ii) no contexto da testagem, os critérios adotados, a capacidade laboratorial, a introdução dos testes rápidos de antigénio, o processo de formação dos preços dos testes e a política de comparticipação adotada;
2. Os factos dizem respeito aos anos de 2020 a 2022 sendo que a Requerente exerceu as funções de Secretária de Estado Adjunta (SEAS) e da Saúde no período compreendido **entre Outubro de 2019 e 16 de Setembro de 2020**, data em que cessou funções.
3. Será por referência a este quadro temporal que apresentará as suas alegações.
4. Começa desde já por assinalar que uma das medidas por si adotadas logo no início de 2020, foi a redução de preços pagos às entidades convencionadas no setor das análises clínicas, radiologia e diálise de 3% ou 3,5% consoantes os casos – doc.n.º 1



5. Esta decisão, segundo dados da ACSS remetidos em 27.08.2020 à signatária como SEAS, implicaria uma poupança em 2020 para o Estado superior a € 6.000,000,00 na linha referente às análises clínicas, conforme quadro que lhe foi remetido naquela data e que espelhava já os dados da execução, bem como uma extrapolação até ao final do ano:

Ano 2020	
Qtd.Exames	Valor (€)
4 322 105	15 379 072,32 €
4 805 689	16 976 736,11 €
3 345 176	12 072 004,81 €
1 105 821	11 236 378,60 €
2 642 392	16 014 828,70 €
3 640 639	18 353 579,69 €
4 683 432	23 435 533,89 €
4 067 135	20 813 526,10 €
4 550 565	19 611 476,66 €
4 743 549	20 400 255,49 €
4 343 010	19 069 489,44 €
3 648 685	16 692 503,53 €
45 898 198	210 055 385,33 €
	6 301 661,56 €

6. Sublinhamos já esta decisão pois como veremos a mesma terá relevância no tema objeto da auditoria a propósito das decisões tomadas no âmbito do processo de formação dos preços dos testes e a política de comparticipação adotada no âmbito da resposta à pandemia Covid 19 pelo Ministério da Saúde.
7. Resulta do relatório de auditoria que, com o eclodir da pandemia, foi necessário adotar estratégias de testagem robustas e assegurar suficiente capacidade de testagem e que estas, então adotadas, foram essenciais na preparação e resposta à pandemia de COVID-19.
8. Nesta medida, uma das principais medidas adotadas foi enquadrar a possibilidade de alargamento do âmbito das convenções estabelecidas com entidades privadas da área da patologia clínica, para apoio ao diagnóstico de pessoas suspeitas de serem portadoras ou infetados com COVID-19.



9. Para esse efeito, foram desencadeados todos os procedimentos com as Instituições tuteladas pelo MS e encetadas negociações com as associações representantes dos laboratórios – a ANL e APAC - tendo em vista a fixação de um preço compreensivo por diagnóstico.
10. À data, segundo o INSA, na tabela do SNS existia um código SNS 26338 – RNA viral, pesquisa agente não especificado, cujo preço era de €139,30 e outro código SNS 26250 Detecção e identificação molecular de agente infeccioso, cada agente, cujo preço era 116,20 €.
11. As associações representantes dos laboratórios - ANL e APAC - pretendiam que o valor se fixasse nos €100,00 por diagnóstico, preço mínimo que já praticavam fora do setor convencionado e que tinha em consideração um elevado preço de custo de equipamentos e matérias prima, associados a uma elevada procura internacional de máquinas, reagentes e EPIS e também ao facto de o Ministério da Saúde, através do despacho acima mencionado da signatária, ter efetuado no início do ano uma nova redução preços pagos às entidades convencionadas no setor das análises clínicas.
12. Não obstante, com base numa exigente negociação foi possível à signatária determinar sob proposta da ACSS, IP e com o acordo dos Laboratórios que o **pagamento a efetuar aos prestadores convencionados que integram esta rede é efetuado por preço compreensivo, tendo por referência os valores do custeio efetuado pelo INSA o montante de 87,95 €, preço por diagnóstico.**
13. Este regime excecional e temporário aprovado entrou em vigor às 00:00h do dia 26 de março de 2020 e tinha um horizonte temporal inicial de três meses, sendo renovável por períodos de um mês, em função da avaliação mensal de necessidades realizada individualmente pelas ARS.
14. Esta diferença praticada pelos Laboratórios fora da convenção (que era em muitos casos superior a €100,00 por diagnóstico) para os €87,50 permitiu ao Estado poupar um montante superior a 11 milhões de euros no período compreendido entre 1.4.2020 e 1.07.2020 face a capacidade de testagem, conforme quadro infra:



capacidade total diária de
testagem do qual 10450 era
privado

Data	total dias	Preço	total de testes	ganhos privado
01/04/20 a 01/07/2020	91,00		950950	
		custo		83 636 052,50 €
		poupança 87,95€ face a 100€		11 458 947,50 €

15. Com o evoluir da pandemia e no período em que a signatária exerceu funções, por força das orientações da autoridade de saúde (DGS), manteve-se sempre uma estratégia robusta de testagem que teve de ser maximizada consoantes os picos de incidência da pandemia.
16. O Ministério da Saúde desenvolveu ainda um Plano de Expansão da Capacidade Laboratorial Nacional para diagnóstico de SARS-CoV-2 que tinha uma comissão de acompanhamento que integrava a Dra Leonor Abecassis do gabinete da signatária como SEAS.
17. E encetou negociações com as Universidades, Politécnicos e demais Academias com parque laboratorial (meios técnicos e humanos adequados) para estabelecer protocolos de colaboração que permitiriam que o processamento de testes à COVID-19, realizados no âmbito da rede de cuidados primários, fosse feito nos laboratórios destas instituições, diversificando os parceiros e tendo em vista melhores condições financeiras.
18. Passados quatro meses de vigência do regime então aprovado, considerando o conhecimento baseado na evolução e afinamento das técnicas que estavam a ser aplicadas na realização do estudo laboratorial, a signatária na qualidade de Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, solicitou aos serviços tutelados pelo Ministério da Saúde uma atualização na tabela de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica da área A - Análises Clínicas.
19. E do facto deu conhecimento à Senhora Ministra da Saúde e ao Senhor SES.



20. Sucede que INSA e ACSS, IP e também Infarmed, IP apresentaram referências internacionais muito díspares de preços praticados nos vários países (pois o comparador internacional muitas vezes não apresentava preço compreensivo como em Portugal).
21. Essa disparidade importava uma melhor análise para uma decisão pelo que os serviços continuaram entre si a afinar as várias referências tendo em vista uma atualização do preço.
22. Nos meses de Agosto e Setembro de 2020, a variação apresentada pelos serviços para decisão ainda oscilava entre os €69,09 a €50,21, pelo que foi necessário continuar o trabalho para afinar o mesmo em reuniões com as Instituições da Saúde.
23. Para depois se encetar um diálogo com os representantes dos Laboratório.
24. Todo este trabalho ainda carecia de ser visado pela Senhora Ministra de Saúde (na medida em que todas as decisões do Ministério no combate à COVID 19 eram partilhadas internamente no MS e depois com todo o Governo).
25. Assim, foi por determinação da signatária como Secretária de Estado Adjunta e da Saúde que foram efetuadas sessões de trabalho entre a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), a Associação Nacional de Laboratórios (ANL) e a Associação Portuguesa de Analistas Clínicos (APAC), no sentido de partilhar e discutir o racional que presidiu à decisão de revisão do preço do exame laboratorial SARS-CoV-2 a praticar com o setor convencionado, ajustando-o às atuais boas práticas laboratoriais, aos custos de mercado dos produtos e aos preços que se praticam a nível europeu para esta atividade.
26. **E só no dia 1 de setembro de 2020 é que foi possível realizar a primeira reunião de trabalho, que contou com a participação de todas as entidades anteriormente mencionadas, com o objetivo de efetuar a discussão técnica detalhada do processo de realização do ensaio laboratorial e das várias fases e componentes que o constituem – doc. N.º 2**



27. No decurso dessa reunião os serviços informaram a signatária que se procedeu ao envio de informação às Associações sobre as principais componentes do custeio apurado pelo INSA, conforme email em anexo, tendo as referidas Associações ficado de analisar e remeter os seus contributos, juntamente com os eventuais estudos que tenham desenvolvido e que suportam a tomada de posição de discordância face ao preço de 50,21€ apurado em função do custeio realizado pelo INSA, à semelhança do que tinha acontecido há cerca de 5 meses atrás, quando o custeio realizado apurou um valor de 87,95 €, o qual foi utilizado para definir o preço a praticar no setor convencionado.

28. Nesta sequência, as Associações do setor fizeram chegar à ACSS e ao INSA, no dia 2 de setembro de 2020, a informação constante do email anexo, que apesar de não evidenciar o suporte técnico que baseia a sua tomada de posição (alegam essencialmente razões de sigilo comercial, de respeito pela concorrência e de variabilidade dos procedimentos e práticas que executam), apresenta uma proposta que em seguida se resume:

- *revogação imediata do desconto ad-hoc dos 3%;*
- *redução do preço atualmente fixado em € 87,95 para € 78,90;*
- *possibilidade de dividir o preço, por forma a quantificar a fase pré-analítica (agendamento, colheita, transporte, ...) em € 10,00 para que nos casos em que este serviço não seja prestado o preço (fase analítica e post-analítica) se limite a € 68,90;*
- *revisão em alta do preço, caso seja suspensa a prerrogativa atualmente vigente de isenção de IVA nas despesas relacionadas com esta atividade."*

Doc. 3.

29. A reunião de trabalho seguinte decorreu no dia 3 de setembro, tendo a ACSS e o INSA reforçado a sua disponibilidade para discutir, detalhadamente, o processo de realização do ensaio laboratorial que suportou o custeio efetuado pelo INSA, e as Associações insistiram na apresentação da sua proposta, apesar de não evidenciarem qualquer suporte técnico para o preço de 78,90 € que propuseram.

30. Nesta reunião segundo a ACSS foi ainda possível aprofundar a discussão sobre o processo e as componentes das fases pré e pós analítica da realização



do ensaio, onde as Associações invocam ter custos “*administrativos e logísticos*”, designadamente “*agendamento, colheita, transporte*” das amostras e custos para assegurar os vários reportes de informação nas plataformas informáticas, nomeadamente, no SINAVE. Fazem sublinhar que a rede de postos de colheita atual permite garantir uma excelente cobertura do território nacional, mas que, dada essa abrangência, comporta custos consideráveis para os operadores privados.

31. Nessa sequência, apenas **nessa data foi apresentada à signatária a proposta final debatida dentro das Instituições e com os prestadores (Setembro de 2020)** e que mesmo assim eram propostas alternativas no seguinte sentido:
- a) Definir o preço compreensivo de 50,21€, passando para os operadores privados a totalidade do risco relacionado com a obtenção dos níveis de eficiência que permitam a realização do ensaio laboratorial e dos procedimentos administrativos associados a este serviço, sabendo-se qual é a posição das Associações sobre este valor;
 - b) Definir um preço compreensivo de 56,21€, correspondendo na íntegra ao valor de 50,21 € identificado pelo INSA e acomodando mais 6 € para as componentes das fases pré e pós analítica sinalizadas pelas Associações, nomeadamente os procedimentos administrativos de interação direta com os utentes (marcação, agendamento e outras), de reporte de dados aos profissionais e de registo atempado e completo dos dados no SINAVE, nos termos definidos nas Normas da Direção Geral da Saúde (DGS) para esta atividade.
32. **Sublinhando-se que os representantes da ANL, APAC deixaram claro que não aceitariam aquela redução** pelo que foi sinalizado pelo INSA e ACSS **que havia um risco significativo de muitos dos prestadores, suspenderem a convenção com o SNS para realização deste exame específico** – mesmo doc 2 e 3
33. Risco que, salvo melhor opinião, o interesse público não aconselhava correr sem que se tivesse alternativas, numa altura em que ainda era indispensável manter níveis elevados de testagem num período muito crítico da pandemia.



34. Após reuniões internas no Ministério, no dia 10 de Setembro de 2020, o Gabinete da signatária informou o Gabinete da Senhora Ministra da Saúde e do Senhor Secretário de Estado da Saúde do seguinte:

“Na sequência da nossa reunião de ontem (GAB SEAS, GAB MS e GAB SES), do email infra e das diversas reuniões técnicas, está agendada nova reunião para amanhã com a Associação Nacional de Laboratórios (ANL) e a Associação Portuguesa de Analistas Clínicos (APAC), onde iremos transmitir o preço proposta de 56,21€, correspondendo na íntegra ao valor de 50,21 € identificado pelo INSA e acomodando mais 6 € para as componentes das fases pré e pós analítica sinalizadas pelas associações e que tecnicamente foram aceites.

Este valor tem uma base estritamente técnica e representa já um incremento de cerca de 11% face ao valor inicial de 50,21€.

Estando todos os Gabinetes confortáveis com a decisão, a mesma será transmitida amanhã presencialmente e formalmente para imediata operacionalização”.

35. Na sequência deste email, no dia 11 de Setembro o Gabinete da Senhora Ministra da Saúde comunicou à signatária que: “Será conveniente que se transmita a necessidade de aguardar que se feche PRIMEIRO o protocolo com IMN”.

36. O protocolo com o IMN a que a Senhora Ministra se refere é o que se anexa e do mesmo apenas foi dado conhecimento à signatária no dia 16 de Setembro de 2020 – doc 4 e 5 que se juntam.

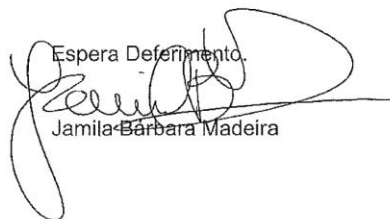
37. Nessa mesma data, a signatária cessou as funções de Secretária de Estado Adjunta e da Saúde.

38. É neste o quadro em que decorreu o processo de formação dos preços dos testes diagnósticos da COVID-19 participados pelo SNS para os testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) enquanto a signatária desempenhou as funções de SEAS.

39. Destarte, nas conclusões do relatório sob os pontos 242 deverão ser vertidos no que diz respeito ao período em que a signatária exerceu funções **das poupanças obtidas pela fixação inicial do preço compreensivo aos testes Covid-19 a partir de 26.3.2020.**

40. E quanto à atualização do preço durante o evoluir da pandemia, deverão constar as diligências desenvolvidas pela signatária.
41. Mencionando-se que as propostas técnicas de revisão em baixa que lhe foram sendo apresentadas pela ACSS e INSA continham informação quanto ao valor díspar pelo que houve **necessidade de ser melhor trabalhada**.
42. A que acresceu o facto de os representantes dos laboratórios - ANL e da APAC - terem junto daquelas entidades afirmado que não aceitariam qualquer redução, pelo as mesmas sinalizaram ao decisor que havia um risco significativo de muitos dos prestadores suspenderem a convenção com o SNS para realização deste exame específico.
43. Facto que importava acautelar, numa altura em que se mantinha a **necessidade de manter níveis elevados de testagem**.
44. Sublinha-se ainda que signatária não tinha ainda o aval da Senhora Ministra da Saúde para alterar o preço compreensivo, dado esta ter solicitado à signatária que aguardasse pois estavam em curso negociações com a Academia para estabelecer protocolos de colaboração que permitiriam que o processamento de testes à COVID-19 e de que é exemplo o protocolo com o Instituto de Medicina Nuclear (IMN) para a área urbana de Lisboa.
45. Tanto é no que diz respeito ao período de exercício de funções da signatária cumpre esclarecer, solicitando-se em conformidade o aperfeiçoamento das conclusões dos pontos 242 e seguintes em conformidade com o exposto.
46. Estamos certos que se V. Exas tivessem tido prévio conhecimento do exposto, o teriam mencionado no relatório.

JUNTA: 5 documentos.

Espera Deferimento.

Jamila Bárbara Madeira



SAÚDE

Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Despacho n.º 12-C/2020

Sumário: Determina que, para efeitos do clausulado-tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área das análises clínicas, os preços praticados pelas entidades convencionadas estão, transitoriamente e com efeitos reportados a 1 de janeiro de 2020, sujeitos a um desconto de 3 % sobre o valor total de cada fatura emitida, excluindo o IVA à taxa legal em vigor.

A nova Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, consagra na Base 20, n.º 2, alínea *h*), como princípio de atuação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a «Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis».

O sector convencionado, desempenhando um papel complementar fundamental ao do SNS na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, assume-se, consequentemente, responsável por uma parcela significativa de despesa pública.

A convergência de esforços entre o Estado e os agentes económicos permanece como um dos garantes do controlo da despesa pública, num quadro de manutenção da acessibilidade às melhores práticas de diagnóstico e terapêutica no SNS, bem como de prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

Nos termos do n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, mediante despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, podem ser estabelecidos, nomeadamente por redução ou desconto, preços inferiores aos preços máximos a pagar no âmbito das convenções.

Nessa medida, na área convencionada das análises clínicas, o Ministério da Saúde celebrou, para o triénio 2017-2019, acordos com as associações representativas dos operadores do sector, com o objetivo de contribuir para a sustentabilidade do SNS. Estes acordos concretizaram-se pela adesão, quer por parte de entidades associadas quer de não associadas.

No entanto, como a adesão seria voluntária, para assegurar que todos os operadores contribuam para a sustentabilidade do SNS, independentemente da sua opção quanto à referida adesão, foi publicado o Despacho n.º 3668-E/2017, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 83, 1.º Suplemento, de 28 de abril, que veio a determinar também, para efeitos do clausulado-tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área das análises clínicas, os preços praticados pelas entidades convencionadas para aquele biénio.

Mantendo-se o propósito de garantia da sustentabilidade e verificando-se o crescimento consistente da despesa neste setor, decorrente, principalmente, da melhoria do acesso dos utentes aos cuidados de saúde que se acentuará, previsivelmente, em função do acréscimo das necessidades, importa preferir despacho destinado a salvaguardar que a contribuição das entidades deste setor se mantém, alargando a vigência da aplicação do desconto de 3 %, anteriormente previsto, por mais um ano, seguindo um critério de estabilidade.

Por outro lado, tendo presente a trajetória ascendente de custos do SNS, pelo presente despacho, determina-se o início de um novo ciclo negocial com as entidades representativas do setor, de modo a avaliar e comparar dados e a projetar, estrategicamente, a evolução da prestação de cuidados de saúde na área das análises clínicas, delineando um modelo de financiamento que atenda ao princípio de sustentabilidade financeira do SNS, visando a celebração de novo acordo a vigorar entre 2021 e 2023.

O despacho é assim destinado a todos os operadores, sujeitando-os por mais um ano a um desconto de 3 % sobre o valor total de cada fatura emitida, excluindo o IVA à taxa legal em vigor, dirigida ao Centro de Controlo e Monitorização do SNS de acordo com as regras definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.



Assim, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, determino o seguinte:

1 — Para efeitos do clausulado-tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área das análises clínicas, os preços praticados pelas entidades convencionadas estão, transitoriamente e com efeitos reportados a 1 de janeiro de 2020, sujeitos a um desconto de 3 % sobre o valor total de cada fatura emitida, excluindo o IVA à taxa legal em vigor, dirigida ao Centro de Controlo e Monitorização do SNS de acordo com as regras definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

2 — A faturação emitida no mês de fevereiro de 2020, relativa aos serviços prestados no mês de janeiro do mesmo ano, bem como a faturação emitida nos meses seguintes, deve refletir o desconto previsto no n.º 1.

3 — O desconto previsto no n.º 1 aplica-se, com efeitos a 1 de janeiro de 2020, à atividade realizada pelas entidades com convenção nacional ou regional, celebrada antes da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, incluindo as celebradas com entidades do sector social da economia, exceto nas relações contratuais em que já se pratiquem preços unitários inferiores.

4 — O início de novo ciclo negocial com as entidades representativas do setor tendo em vista avaliar, comparando dados disponíveis, e a projetar, estrategicamente, a evolução da prestação de cuidados de saúde na área das análises clínicas, delineando um modelo de financiamento que atenda ao princípio de sustentabilidade financeira do SNS, visando a celebração de novo acordo a vigorar entre 2021 e 2023.

5 — O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação e vigora até 31 de dezembro de 2020.

30 de dezembro de 2019. — A Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, *Jamila Bárbara Madeira e Madeira*.

312894953

Doc. 2

7/4

De: Ricardo Mestre <rmestre@acss.min-saude.pt>
Enviada: 7 de setembro de 2020 09:45
Para: Luis Filipe Pereira <luis.pereira@ms.gov.pt>
Cc: Conselho Diretivo ACSS <ConselhoDirectivo@acss.min-saude.pt>; Antonio Armando Sousa Duarte <aduarte@acss.min-saude.pt>; Fernando de Almeida <fernando.almeida@insa.min-saude.pt>; Rita Matos <Rita.Matos@insa.min-saude.pt>; Miguel Rodrigues <miguel.rodrigues@ms.gov.pt>; Leonor Cary Abecasis <leonor.abecasis@ms.gov.pt>
Assunto: Importante | Atualização do preço do MCDT referente ao teste laboratorial SARS-CoV-2
Importância: Alta

Caro Dr. Luís Filipe Pereira.

Na sequência da reunião de dia 31 de agosto, promovida pela Senhora Secretária de Estado Adjunta e da Saúde e, conforme sua indicação, foram efetuadas sessões de trabalho entre a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), a Associação Nacional de Laboratórios (ANL) e a Associação Portuguesa de Analistas Clínicos (APAC), no sentido de partilhar e discutir o racional que presidiu à decisão de revisão do preço do exame laboratorial SARS-CoV-2 a praticar com o setor convencionado, ajustando-o às atuais boas práticas laboratoriais, aos custos de mercado dos produtos e aos preços que se praticam a nível europeu para esta atividade.

Assim, realizou-se logo no dia 1 de setembro uma primeira reunião de trabalho, que contou com a participação das entidades anteriormente mencionadas, com o objetivo de efetuar a discussão técnica detalhada do processo de realização do ensaio laboratorial e das várias fases e componentes que o constituem. No decurso dessa reunião, procedeu-se ao envio de informação às Associações sobre as principais componentes do custeio apurado pelo INSA, conforme email em anexo, tendo as referidas Associações ficado de analisar e remeter os seus contributos, juntamente com os eventuais estudos que tenham desenvolvido e que suportam a tomada de posição de discordância face ao preço de 50,21€ apurado em função do custeio realizado pelo INSA, à semelhança do que tinha acontecido há cerca de 5 meses atrás, quando o custeio realizado pelo INSA apurou um valor de 87,95 €, o qual foi utilizado para definir o preço a praticar no setor convencionado.

Nesta sequência, as Associações do setor fizeram chegar à ACSS e ao INSA, no dia 2 de setembro, a informação constante do email anexo, que não evidencia o suporte técnico que baseia a sua tomada de posição (alegam essencialmente razões de sigilo comercial, de respeito pela concorrência e de variabilidade dos procedimentos e práticas que executam), mas que apresenta uma proposta que em seguida se resume:

2/4

- “- revogação imediata do desconto ad-hoc dos 3%;*
- redução do preço atualmente fixado em € 87,95 para € 78,90;*
- possibilidade de dividir o preço, por forma a quantificar a fase pré-analítica (agendamento, colheita, transporte, ...) em € 10,00 para que nos casos em que este serviço não seja prestado o preço (fase analítica e post-analítica) se limite a € 68,90;*
- revisão em alta do preço, caso seja suspensa a prerrogativa atualmente vigente de isenção de IVA nas despesas relacionadas com esta atividade.”*

A reunião de trabalho seguinte decorreu no dia 3 de setembro, tendo a ACSS e o INSA reforçado a sua disponibilidade para discutir, detalhadamente, o processo de realização do ensaio laboratorial que suportou o custeio efetuado pelo INSA, e as Associações insistiram na apresentação da sua proposta, apesar de não evidenciarem qualquer suporte técnico para o preço de 78,90 € que propuseram. Nesta reunião foi ainda possível aprofundar a discussão sobre o processo e as componentes das fases pré e pós analítica da realização do ensaio, onde as Associações invocam ter custos “*administrativos e logísticos*”, designadamente “*agendamento, colheita, transporte*” das amostras e custos para assegurar os vários reportes de informação nas plataformas informáticas, nomeadamente, no SINAVE. Fazem sublinhar que a rede de postos de colheita atual permite garantir uma excelente cobertura do território nacional, mas que, dada essa abrangência, comporta custos consideráveis para os operadores privados.

Face ao exposto, e na sequência do trabalho realizado, resumem-se seguidamente as duas principais conclusões.

1. Reitera-se a conclusão do custeio apresentado pelo INSA, que determinou o preço de 50,21€, e que reflete as boas práticas laboratoriais, tendo por base o conhecimento atual baseado na evolução e afinamento das técnicas que estão a ser aplicadas, com especial ênfase nas componentes da fase analítica da realização do exame – Não foi apresentada, pelas Associações, nenhuma contraproposta tecnicamente suportada ou qualquer contraditório sobre as principais componentes do custeio apurado pelo INSA;
2. Identificam-se custos nas fases pré e pós analítica que não estarão totalmente refletidos no custeio efetuado pelo INSA, e por consequência, no preço de 50,21€, dada a sua natureza de laboratório central de referência a nível nacional, resultantes de outros parâmetros e idiossincrasias da atividade privada convencionada a nível local, salientando-se a particularidade da gestão administrativa relacionada com o serviço direto aos utentes (agendamento, interação direta com os utentes), com o reporte adequado dos



3/4

resultados (informação aos profissionais requisitantes, preenchimento atempado e completo dos sistemas de informação) e com a capilaridade associada à rede de postos de colheita instalada (transporte de produtos, abertura de novos postos de colheita), num montante que não foi possível quantificar junto das Associações. Ainda assim, considerando que a proposta das Associações é de valorizar em 10 € este tipo de custos (apesar de também não ter sido apresentada evidência técnica de suporte a esta proposta) e que o INSA já havia previsto 4 € para custos de colheita (kit de colheita, técnico de colheita e EPI), assume-se que o diferencial, ou seja, 6 €, possa corresponder às componentes que não estão previstas no custeio do INSA e em que os operadores privados poderão incorrer para realizar a totalidade do processo laboratorial aqui em causa.

Em conclusão, a ACSS e o INSA vêm por este meio colocar à consideração de SE a Senhora Secretária de Estado Adjunta e da Saúde uma das seguintes alternativas:

1. Definir o preço compreensivo de 50,21€, passando para os operadores privados a totalidade do risco relacionado com a obtenção dos níveis de eficiência que permitam a realização do ensaio laboratorial e dos procedimentos administrativos associados a este serviço, sabendo-se qual é a posição das Associações sobre este valor;
2. Definir um preço compreensivo de 56,21€, correspondendo na íntegra ao valor de 50,21 € identificado pelo INSA e acomodando mais 6 € para as componentes das fases pré e pós analítica sinalizadas pelas Associações, nomeadamente os procedimentos administrativos de interação direta com os utentes (marcação, agendamento e outras), de reporte de dados aos profissionais e de registo atempado e completo dos dados no SINAVE, nos termos definidos nas Normas da Direção Geral da Saúde (DGS) para esta atividade.

Uma vez tomada esta decisão, importa ainda definir a data de entrada em vigor do novo preço a praticar, assim como operacionalizar o processo de acompanhamento contínuo da evolução das práticas clínicas e das componentes relacionadas com a realização dos testes à COVID-19, envolvendo técnicos da ACSS, do INSA e do INFARMED (para efeitos de comparabilidade internacional de preços, por exemplo) e, eventualmente, das Associações do setor.

Ficamos ao dispor para qualquer informação adicional que seja necessária da nossa parte sobre esta matéria.

Cumprimentos.

4/4

Ricardo Mestre
Vogal do Conselho Diretivo
Member, Executive Board/Chief Health Services Officer



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

não paramos
ESTAMOS ON
MAIS SAÚDE



Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal

Tel. Geral: 21 792 58 00 | Direto: 21 792 5572 | Fax: 21 792 58 48
www.acss.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Doc.3

De: Nuno Saraiva <nuno.saraiva@synlab.com>

Enviada: 2 de setembro de 2020 23:30

Para: Fernando de Almeida <fernando.almeida@insa.min-saude.pt>; geral@apaclinicos.pt

Cc: Ricardo Mestre <rmestre@acss.min-saude.pt>; aduarte@acss.min-saude.pt; Rita Matos <Rita.Matos@insa.min-saude.pt>; Cristina Abreu dos Santos <crisrina.abreusantos@insa.min-saude.pt>

Assunto: RE: custeio

Caro Dr Fernando de Almeida, Caros Todos,

Antes de mais, o nosso muito obrigado por estas referências partilhadas que, ainda que não totalmente, nos ajudam desde já a clarificar os contornos do estudo realizado por parte do INSA.

De facto e como comentado proficuamente ao longo das reuniões dos últimos dias, existem muitos outros parâmetros e idiosincrasias da atividade privada convencionada que não terão sido tomadas em conta – o que se compreende – no referido estudo e que têm inevitável impacto na construção do preço do teste em causa.

Estamos a trabalhar na identificação de parâmetros da atividade privada e que contamos poder partilhar em breve para que possa ficar mais clara a estrutura de construção de preço que temos de ter em conta. Como igualmente já referido, o nosso trabalho de partilha de informação comercial sensível entre diversos operadores está limitada à partida por regulamentação legal (leia-se, lei da concorrência).

Contudo, após conversa entre os operadores privados representados por ambas as associações do sector (APAC e ANL), consideramos – imbuídos no esforço extraordinário de colaboração com o Estado e o País neste período que atravessamos – possível chegar ao seguinte consenso:

- revogação imediata do desconto ad-hoc dos 3%;
- redução do preço atualmente fixado em € 87,95 para € 78,90;
- possibilidade de dividir o preço, por forma a quantificar a fase pré-analítica (agendamento, colheita, transporte, ...) em € 10,00 para que nos casos em que este serviço não seja prestado o preço (fase analítica e post-analítica) se limite a € 68,90;
- inclusão de valor específico para domicílio COVID (a discutir respetivo montante);
- garantia de promoção e monitorização de cumprimento legal de todas as regras de funcionamento por todos os operadores no mercado;
- revisão em alta do preço, caso seja suspensa a prerrogativa atualmente vigente de isenção de IVA nas despesas relacionadas com esta atividade.

Na expectativa de assim chegarmos a consensos equilibrados para os quais sempre temos procurado contribuir,

Os Presidentes da APAC e ANL
(Jorge Nunes de Oliveira)
(Nuno Saraiva)



Doc. 4
1/5

MEMORANDO DE ENTENDIMENTO

ENTRE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

E

INSTITUTO DE MEDICINA MOLECULAR JOÃO LOBO ANTUNES

E

SOCIEDADE FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS, SGPS, S.E.

E

JERÓNIMO MARTINS, SGPS, S.A.

E

CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

16 de setembro de 2020



2/9

MEMORANDO DE ENTENDIMENTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE, neste ato representado pela Ministra da Saúde, Marta Temido, doravante designado por "MS",

INSTITUTO DE MEDICINA MOLECULAR JOÃO LOBO ANTUNES, associação de direito privado, sem fins lucrativos, com sede no Edifício Egas Moniz, sito na Av. Professor Egas Moniz, 1649-028 Lisboa, titular do n.º de registo e de pessoa coletiva 506 134 466, neste ato representada por Maria Manuel Mota e Bruno Silva-Santos, na qualidade de Diretora Executiva e Vice-Presidente, respetivamente, com poderes para o ato, doravante designado por "iMM",

SOCIEDADE FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS, SGPS, S.E., sociedade anónima europeia, com sede no Largo Monterroio Mascarenhas, 1, em Lisboa, com o capital social de € 9.600.000,00, titular do n.º de registo e de pessoa coletiva 500479 798, neste ato representada por José Soares dos Santos e Inês Soares dos Santos Canas Simões, na qualidade de administradores, com poderes para o ato, doravante designada por "SFMS",

JERÓNIMO MARTINS, SGPS, S.A., sociedade aberta, com sede na Rua Actor António Silva, n. 7, em Lisboa, com o capital social de € 629.293.220,00, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o número único de matrícula e de pessoa coletiva 500 100 144, neste ato representada por [*] e por [*], na qualidade de [*], com poderes para o ato, doravante designada por "Jerónimo Martins", e

CRUZ VERMELHA PORTUGUESA, instituição privada de utilidade pública administrativa, pessoa coletiva n.º 500 745 749, com sede em Lisboa, no Jardim 9 de Abril, registada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, matrícula n.º 85, cujo regime jurídico e estatuto foram aprovados pelo Decreto-lei n.º 281/2007, de 7 de agosto, neste ato representada por [*] e por [*], na qualidade de [*], com poderes para o ato, doravante designada por "CVP",

doravante, em conjunto, as "Partes", celebram o seguinte Memorando de Entendimento (doravante designado por "Memorando"):

I

- a) O vírus SARS-CoV-2 motivou uma emergência de saúde pública de âmbito internacional, declarada pela Organização Mundial de Saúde, no dia 30 de janeiro de 2020, bem como a classificação do vírus em causa como uma pandemia, no dia 11 de março de 2020.
- b) Uma pandemia viral é uma infeção que ocorre numa escala global, que atravessa as fronteiras internacionais, geralmente afetando um grande número de pessoas.
- c) Por se tratar de um novo vírus, a população humana carece de memória imunológica, oferecendo oportunidade para ampla disseminação.

3/9

- d) À medida que a infeção pelo vírus se espalha, a imunidade populacional é construída e a taxa de infeção diminui para alcançar um equilíbrio com a população hospedeira.
- e) Por esta razão, o despiste de eventuais doentes com COVID-19 é imprescindível, para o que se revela importante a ação da testagem do maior número de indivíduos, de forma a separar os infetados dos não infetados, com vista a conter a pandemia.

II

- a) A situação excecional do momento atual e a proliferação de casos registados de contágio de COVID-19, desde o surgimento dos primeiros casos de infeção em Portugal, tem exigido da parte do Governo a aplicação de medidas extraordinárias e de caráter urgente, designadamente em função da evolução da situação da epidemiológica verificada.
- b) Neste contexto, têm sido acauteladas, estrategicamente, a previsão de regras para controlada epidemia SARS-CoV-2, e, bem assim, assegurado o tratamento da doença COVID-19 no Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- c) O MStem prosseguido uma política de reforço da capacidade laboratorial e de testagem do país, dos meios de saúde pública, das redes de sistemas de informação em saúde, e ainda o reforço dos recursos humanos à disposição do SNS.
- d) A realização de testes de diagnóstico para deteção de novos casos de infeção por SARS-CoV-2 é, sem dúvida, essencial para controlo da disseminação do vírus entre a população, pelo que o reforço da capacidade instalada de testagem assume caráter prioritário para o MS.
- e) Resultou aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2020, de 6 de junho, o Programa de Estabilização Económica e Social, que previu o reforço e o alargamento da resposta da rede laboratorial do SNS e complementar, para dotá-la de capacidade acrescida de testagem que permita detetar o eventual reaparecimento do vírus e responder, de forma célere e integrada, a novos surtos em Portugal.
- f) O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA), enquanto laboratório de Estado e laboratório nacional de referência tem desempenhado um papel fundamental neste âmbito, quer no processamento de amostras de diagnóstico de SARS-CoV-2, quer na articulação da rede de laboratórios do SNS e rede complementar.

III

- a) O IMM- associação de natureza científica e técnica sem fins lucrativos, que obteve o reconhecimento de utilidade pública através do Despacho n.º 7376/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 159, de 21 de agosto - é um dos principais institutos de investigação científica em Portugal, que tem como missão promover a investigação biomédica básica, clínica, de translação e a inovação nestas áreas, com o objetivo de contribuir para um melhor conhecimento dos mecanismos das doenças, para o



4/9

desenvolvimento de novos testes de diagnóstico ou de previsão e para novas terapêuticas.

- b) O IMM participou na resposta à necessidade crescente de fazer o despiste de eventuais doentes com COVID-19, tendo otimizado o protocolo de kits que utilizava na sua atividade de investigação para passarem a poder ser utilizados no rastreio da COVID-19 ("Kits de Diagnóstico").
- c) A metodologia então desenvolvida foi validada pelo INSA – o laboratório de referência em Portugal para a realização desta tipologia de testes – como estando de acordo com as *guidelines* da Organização Mundial de Saúde e o European Center for Disease Control, apesar de não ser um kit comercial validado.
- d) O IMM está em condições científicas de iniciar a testagem da COVID-19 nos moldes acima identificados em grande escala.
- e) Sem prejuízo, o IMM continua a acompanhar o desenvolvimento de outras metodologias de testagem, nomeadamente testes moleculares "rápidos" que visam a deteção do vírus SARS-CoV-2, em amostras de saliva ou zaragatoa, em apenas 1h (metodologia LAMP), tendo também capacidade para adaptar a metodologia de testagem atual – baseada em RT-PCR – à metodologia LAMP, assim a sensibilidade e especificidade desta última sejam equivalentes às da testagem baseada em RT-PCR.

IV

- a) A SFMS e a Jerónimo Martins desejam associar-se ao desenvolvimento desta fase, contribuindo nos termos do presente Memorando para o aumento da capacidade de testagem da COVID-19 em Portugal, tendo aceite contribuir financeiramente e de forma gratuita para este projeto, concretamente para o pagamento de parte dos custos relacionados com a aquisição de equipamento científico, contratação de bens e serviços e de recursos humanos especializados para a concretização do aumento da testagem da COVID-19.
- b) O IMM, com o apoio financeiro gratuito, já contratualizado, da SFMS e da Jerónimo Martins, realizará um investimento de grande dimensão na aquisição de equipamento científico de ponta, de forma a permitir a automatização de todo o processo de diagnóstico e, assim, garantir a escalabilidade para os valores apresentados na Proposta, garantindo níveis de serviço acima da atual média nacional.
- c) O IMM obriga-se a canalizar os eventuais proveitos que venha a obter com a realização dos Testes Diagnóstico COVID-19 para o desenvolvimento de projetos científicos aprovados e aquisição de equipamento científico conforme necessário para esse desenvolvimento.

V

5/9

- a) O IMM e a CVP celebraram em 31.03.2020 um contrato nos termos do qual o IMM se obrigou a realizar testes de diagnóstico da COVID-19 ("Testes Diagnóstico COVID-19"), mediante a utilização dos Kits de Diagnóstico, competindo à CVP a recolha e manuseamento das amostras recolhidas até à sua entrega ao IMM.
- b) O IMM e a CVP pretendem continuar a explorar a sinergia criada, obrigando-se a refletir em instrumento contratual adequado as obrigações que para ambos resultam do presente Memorando, nos termos da minuta de acordo que se junta ao presente Memorando como Anexo I ("Acordo de Recolha, Diagnóstico e Manuseamento").

VI

- a) O IMM, em parceria com a SFMS e com a Jerónimo Martins, e com o apoio clínico e logístico da CVP, apresentou ao Ministério da Saúde uma proposta destinada a aumentar a capacidade instalada de testagem para ajudar a responder ao desígnio nacional e internacional espelhado na comunicação da Comissão Europeia de 15.07.2020, intitulada *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Short-term EU health preparedness for COVID-19 outbreaks*.
- b) Essa Proposta visa aumentar a capacidade de testagem na zona de Lisboa e Vale do Tejo e assegurar uma resposta rápida a surtos localizados nas demais zonas do território nacional continental, com uma capacidade de testagem de 1.200 até 2.500 testes por dia, num modelo triplo - *drive through, walkthrough* e *shuttles* de emergência para surtos localizados em todo o território nacional continental.

VII

- a) Tendo em conta a Proposta referida no ponto anterior, pelo presente Memorando:
 - o IMM
 - (i) garante a utilização em larga escala dos Kits de Diagnóstico,
 - (ii) assegura o rigor científico na metodologia seguida (não assumindo, no entanto, responsabilidade por verificar a adoção e cumprimento de adequados procedimentos de qualidade e segurança na colheita, manuseamento posterior, conservação, acondicionamento e transporte das amostras até lhe serem entregues para testagem), e
 - (iii) declara que não vê qualquer impedimento ao cumprimento atempado e integral das obrigações que para si decorrem da disponibilização de fundos pela SFMS e do Acordo de Recolha, Diagnóstico e Manuseamento;
 - a SFMS e a Jerónimo Martins conjuntamente
 - (i) disponibilizam ao IMM fundos que permitam a aquisição de todo o equipamento necessário identificado na Proposta, viabilizando, assim, o investimento do IMM em capacitação tecnológica e



6/9

- (ii) colaboram, partilhando o seu saber-fazer na área logística e operacional na montagem de operações de grande escala para a realização dos Testes Diagnóstico COVID-19;
 - a CVP
- (i) declara que não vê qualquer impedimento ao cumprimento atempado e integral das obrigações que para si decorrem do Acordo de Recolha, Diagnóstico e Manuseamento, contribuindo, portanto, com a agilização e viabilização clínica nos diversos modelos possíveis identificados no ponto VI;
- (ii) Assume responsabilidade pela adoção e cumprimento de adequados procedimentos de qualidade e segurança na colheita, manuseamento posterior, conservação, acondicionamento e transporte das amostras, até à receção para testagem;
- (iii) Assume a responsabilidade pela inserção de identificações nos sistemas informáticos adequados, entre outros, SINAVE, bem como comunicações aos utentes e às autoridades de saúde;
- (iv) utiliza, ainda, a experiência que decorre da colaboração com o IMM na realização, com elevado nível de sucesso, de mais de 25.000 Testes Diagnóstico COVID-19 ao abrigo do contrato celebrado em março de 2020.

VIII

Dentro deste enquadramento, pelo presente Memorando o Ministério da Saúde reconhece a importância da realização das parcerias entre o IMM, a SFMS, a Jerónimo Martins e a CVP, nos termos referidos no presente Memorando, como forma de permitir o aumento, a custos acessíveis, da capacidade de testagem da COVID-19 em Portugal, com claros e imediatos benefícios para a sua população.

Lisboa, 16 de setembro de 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE

A Ministra da Saúde, Marta Temido

IMM João LOBO ANTUNES



7/9

Maria Mota

Bruno Silva Santos

SOCIEDADE FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS, SGPS, S.E.

José Soares dos Santos

Inês Soares dos Santos Canas Simões

JERÓNIMO MARTINS, SGPS, S.E.

[*]

[*]

CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

[*]

8/9

ANEXO I

MINUTA DO ACORDO DE RECOLHA, DIAGNÓSTICO E MANUSEAMENTO



9/9



DOC. 5
7/24

**ACORDO DE RECOLHA, DIAGNÓSTICO E MANUSEAMENTO
DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA DESPISTE DE SARS-CoV-2**

ENTRE:

INSTITUTO DE MEDICINA MOLECULAR JOÃO LOBO ANTUNES, matriculado na competente Conservatória do Registo Comercial sob o número único de matrícula e de identificação de pessoa coletiva 506134466, com sede na Avenida Professor Egas Moniz – Edifício Egas Moniz, sem número, 1649-028 Lisboa, neste ato representado por Maria Mota e Bruno Silva Santos, Diretora Executiva e Vice-Presidente, respetivamente, com poderes para o ato, doravante abreviadamente designado por “**IMM**”,

CRUZ VERMELHA PORTUGUESA, instituição privada de utilidade pública administrativa, matriculada na competente Conservatória do Registo Comercial sob o número único de matrícula e de identificação de pessoa coletiva 500745749, com sede no Jardim 9 de Abril, em Lisboa, neste ato representada por Francisco Henrique Moura George, na qualidade de Presidente Nacional, com poderes para o ato, doravante abreviadamente designada por “**CVP**”,

E

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P., neste ato representada por Luís Pisco, com sede na Av. Estados Unidos da América, 77, 1700-179 Lisboa, com poderes para o ato, doravante abreviadamente designada por “**ARSLVT, I.P.**”,

Conjuntamente designados por “**Partes**”.

CONSIDERANDO QUE:

- A. O **IMM** é uma associação de natureza científica e técnica sem fins lucrativos, tendo como atribuição, nomeadamente, a prestação de serviços ao exterior na área de diagnóstico especializado e tendo por receitas as remunerações de serviços prestados a terceiros, no âmbito da prossecução do seu objeto;
- B. O **IMM** é um centro de excelência, com a missão de promover a investigação biomédica básica, clínica, de translação e a inovação nestas áreas, com o objetivo de contribuir para um melhor conhecimento dos mecanismos das doenças, para o desenvolvimento de novos testes de diagnóstico ou de previsão e para novas terapêuticas;
- C. A epidemia SARS-CoV-2 motivou a emergência de saúde pública de âmbito internacional, declarada pela Organização Mundial de Saúde, no dia 30 de janeiro de 2020, bem como a classificação do vírus como uma pandemia, no dia 11 de março de 2020;

2/44

- D. A epidemia SARS-CoV-2 tornou necessário aprovar um conjunto de medidas extraordinárias e de carácter urgente, em diversas matérias, exigindo um conjunto rigoroso de respostas essenciais de apoio à população;
- E. Se tornou imperioso dar resposta à necessidade crescente de fazer o despiste de eventuais doentes com Covid-19, o que levou o IMM a otimizar o protocolo de kits que já utilizava na sua atividade de investigação para passar a utilizá-lo no rastreio da Covid-19 (“Kits de Diagnóstico”);
- F. A metodologia então desenvolvida foi validada pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), o laboratório de referência em Portugal para a realização dos testes, como estando de acordo com as *guidelines* da Organização Mundial de Saúde e *Center for Disease Control*, apesar de não ser um kit comercial validado;
- G. O IMM possui infraestruturas estabelecidas de acordo com todas as diretrizes e normas de segurança aplicáveis às atividades desenvolvidas, onde se incluem, nomeadamente, equipamentos totalmente preparados para a realização de testes de diagnóstico da Covid-19, como as máquinas de RT-PCR, e ainda recursos humanos altamente qualificados com a capacidade e competências necessárias para a realização de tarefas de diagnóstico;
- H. Os Kits de Diagnóstico utilizados pelo IMM utilizam reagentes fabricados em Portugal, por terceiros, sendo adquiridos pelo IMM para efeitos de realização dos testes de diagnóstico;
- I. A CVP é uma instituição humanitária não governamental, de carácter voluntário e de interesse público, que desenvolve a sua atividade devidamente apoiada pelo Estado, no respeito pelo Direito Internacional Humanitário, pelos Estatutos do Movimento Internacional e pela Constituição da Federação da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho;
- J. A CVP tem por dever fundamental a prevenção e o alívio, em todas as circunstâncias, do sofrimento humano, integrando a sua missão fundamental a prestação de assistência humanitária e social, em especial aos mais vulneráveis;
- K. A CVP reúne capacidade clínica e logística para levar a cabo a recolha de amostras biológicas com zaragatoa em todo o território nacional, nomeadamente através da utilização de brigadas móveis, e inserção dos dados relevantes no SINAVE-MED;
- L. O IMM, em parceria com a Sociedade Francisco Manuel dos Santos, SGPS, S.E. e a Jerónimo Martins, SGPS, S.A.e com o apoio clínico e logístico da CVP, apresentou ao Estado Português uma proposta destinada a aumentar a capacidade instalada de testagem para ajudar a responder ao designio nacional e internacional espelhado na comunicação da Comissão Europeia de 15.07.2020, intitulada *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Short-term EU health preparedness for COVID – 19 outbreaks*;
- M. Nos termos da Proposta, é designio das entidades envolvidas aumentar a capacidade de testagem na zona de Lisboa e Vale do Tejo e assegurar uma resposta rápida a surtos localizados no demais território nacional, prevendo uma capacidade de testagem de 1.200 até 3.500 testes por dia

3/14

através de um modelo tripla: *drive through*, *walk through* e *brigadas* de emergência para surtos localizados em todo o território nacional;

- N. Na sequência da Proposta, o IMM e a CVP, juntamente com o Estado Português, a Sociedade Francisco Manuel dos Santos, SGPS, S.E., e a Jerónimo Martins, SGPS, S.A., assinaram em 15 de setembro de 2020 um Memorando em que o IMM garante a utilização em larga escala dos Kits de Diagnóstico e a CVP contribui para este propósito com a agilização e viabilização clínica nos diversos modelos identificados no Considerando anterior;
- O. A ARSLVT, I.P., reconhece que a proposta mencionada no considerando anterior e a colaboração entre o IMM e a CVP permitem aumentar a capacidade de testagem na zona de Lisboa e Vale do Tejo, assegurando uma resposta rápida a surtos localizados no demais território nacional;
- P. As Partes aceitam estabelecer uma parceria técnica, logística e financeira para implementar o referido no Considerando anterior;
- Q. O IMM e a CVP pretendem acordar os termos da prestação de serviços de realização de testes de diagnóstico da Covid-19, através dos Kits de Diagnóstico;

É livremente estabelecido e mutuamente aceite, nos termos e condições aqui estabelecidos, o presente ACORDO DE RECOLHA, DIAGNÓSTICO E MANUSEAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA DESPISTE DE SARS-CoV-2 ("Acordo"), de que os Considerandos acima e respetivo Anexo fazem parte integrante, e que se rege pelas cláusulas seguintes:

Cláusula Primeira

(Objeto)

1. Pelo presente Acordo:
 - a) A ARSLVT, I.P. contrata a CVP para aumentar a capacidade de testagem na zona de Lisboa e Vale do Tejo.
 - b) A CVP contrata o IMM para prestar serviços de realização de testes de diagnóstico da Covid-19, através dos Kits de Diagnóstico, bem como para a inserção do respetivo resultado laboratorial no SINAVE-LAB;
2. Sem prejuízo das obrigações plasmadas nas restantes cláusulas deste Acordo, a CVP compromete-se nomeadamente a:
 - a) Garantir a adoção e cumprimento de adequados procedimentos de qualidade e segurança na colheita, manuseamento posterior, conservação, acondicionamento e transporte das amostras;
 - b) Realizar as colheitas referidas no ponto anterior de acordo com os seguintes modelos:
 - i. Posto Fixo, localizado em Lisboa, com capacidade de testagem *drive through* e *walk through*, com uma capacidade de colheita máxima diária para 1.200 a 2.000 testes;

4/14

- ii. Brigadas, com capacidade de cobertura nacional no continente, e capacidade de colheita global máxima diária para 1.500 testes e mínima individual de 50 testes.
- c) Proceder aos registos necessários à identificação das colheitas e à inserção dos dados relevantes nas aplicações informáticas de suporte ao sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica (SINAVE-MED), de imediato após a obtenção do resultado.
3. Caso ao fim de 60 dias de funcionamento do posto fixo, a CVP e o IMM demonstrem à ARSLVT, I.P., que aí não foram realizadas colheitas que justifiquem a manutenção do posto fixo, podem proceder à desmontagem do mesmo, comunicando tal facto à ARSLVT, I.P., com um pré-aviso de 10 (dez) dias, sendo redirecionados os serviços, para as brigadas móveis.
4. Em caso de desmontagem do posto fixo, por efeito do disposto no número anterior, o preço a aplicar pelas colheitas nas brigadas móveis, em Lisboa, é reduzido para EUR 50,00 (cinquenta euros) por teste.

Cláusula Segunda
(Preço e Pagamento)

1. As Partes acordam que os testes de diagnóstico da Covid-19 realizados pelo IMM nos termos da Cláusula Primeira são faturados pela CVP à ARSLVT, I.P., aos seguintes preços:
 - a) Testes resultantes da recolha de amostras efetuada nos modelos *drive through* e *walkthrough*: EUR 50,00 (cinquenta euros) por cada teste efetuado com o Kit de Diagnóstico;
 - b) Testes resultantes da recolha de amostras efetuada pelas brigadas móveis da CVP, na área do âmbito territorial correspondente à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo: EUR 60,00 (sessenta euros) por cada teste efetuado com o Kit de Diagnóstico.
2. As Partes acordam que os testes de diagnóstico da Covid-19 realizados pelo IMM nos termos da Cláusula Primeira são faturados por aquele à CVP ao preço unitário máximo de EUR 40,00 (quarenta euros), independentemente do modelo a que correspondam.
3. O IMM e a CVP declaram que podem acordar entre si, e com terceiros, a realização de testes de diagnóstico em modelos diferentes dos identificados no número 1., aos quais corresponderão preços diferentes dos ali indicados, mas que não serão, em qualquer caso, inferiores aos mesmos, desde que os preços para a ARSLVT, I.P., não sejam superiores aos ali indicados.
4. As Partes reconhecem e aceitam que o preço unitário dos testes de diagnóstico indicado no número 2. pode sofrer alterações, nos termos das situações descritas na Cláusula Sexta do presente Acordo, factos que não dependem nem são controláveis pelo IMM.
5. As Partes acordam que a faturação é feita mensalmente, nos seguintes termos:
 - a. O IMM envia à CVP até ao dia 5 de cada mês uma fatura correspondente ao mês anterior com a discriminação do número de testes realizados em cada modelo de recolha conforme identificado no número 1., e o valor total correspondente, a qual deve ser paga pela CVP no prazo de 5 (cinco) dias após o pagamento pela ARSLVT, I.P.,



5/14

sem prejuízo do previsto no n.º 7;

- b. Os pagamentos referentes à alínea anterior devem ser feitos através de transferência bancária para a seguinte conta:

N.º Conta: 0830 0832 0007

Nome: Instituto de Medicina Molecular

NIB: 0007 0083 00008320007 61

IBAN: PT50 0007 0083 0000 8320 0076 1

Devendo ser enviado comprovativo da mesma, para o seguinte endereço de e-mail sandra.duarte@medicina.ulisboa.pt.

- c. A CVP envia à ARSLVT, I.P., até ao dia 10 de cada mês, uma fatura, correspondente ao mês anterior, com a discriminação do número de testes realizados em cada modelo de recolha conforme identificado no número 1, e o valor total correspondente, a qual deve ser paga pela ARSLVT, I.P. no prazo de 30 (trinta) dias após emissão;

- d. Os pagamentos referentes à alínea anterior deverão ser feitos através de transferência bancária para a seguinte conta da CVP

N. Conta: 4-3360931.000.001 (BPI)

Nome: Cruz Vermelha Portuguesa

NIB: 0010 0000 33609310001 18

IBAN: PT50 0010 0000 33609310001 18

Devendo ser enviado comprovativo da mesma, para o seguinte endereço de e-mail: ricardo.guimaraes@cruzvermelha.org.pt

A CVP pode ser beneficiária de financiamentos provenientes nomeadamente de Fundos Europeus Estruturais e de Investimento e Programas Operacionais do Portugal 2020, em função das atividades desenvolvidas, como aquelas que resultem de Medidas de combate à pandemia da doença COVID-19.

6. No âmbito do disposto no número anterior, a CVP assegura que, caso consiga obter algum desses financiamentos, destinado à realização de testes COVID-19, utilizará os mesmos para proceder ao pagamento dos serviços prestados pelo iMM no prazo de 5 dias após a emissão da fatura por este, faturando os respetivos valores à ARSLVT, I.P. a preço 0€ (ou seja, a ARSLVT, I.P., não terá qualquer encargo com estes testes).

Cláusula Terceira

(Procedimentos, prazos e registos)

1. O iMM realiza os testes de diagnóstico no prazo máximo de 12 horas, salvo verificando-se algum dos motivos indicados na Cláusula Sexta.
2. O iMM procede ao registo dos resultados laboratoriais na aplicação SINAVE-LAB.
3. A CVP procede aos registos necessários à identificação das colheitas e à inserção dos dados

6/14

relevantes nas aplicações informáticas de suporte ao sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica (SINAVE-MED), de imediato após a obtenção do resultado.

4. Os procedimentos a adotar pela CVP no âmbito da recolha, manuseamento e entrega de amostras biológicas e comunicação de resultados seguem o previsto no Anexo I ao presente acordo.

Cláusula Quarta

(Vigência)

1. O presente Acordo vigora desde a data da sua assinatura até 31 de dezembro de 2021, altura em que caduca automaticamente.
2. O presente Acordo pode ser renovado por períodos adicionais de 6 (seis) meses, por acordo escrito entre as Partes.

Cláusula Quinta

(Incumprimento e Cessação do Contrato)

1. O incumprimento do contrato por qualquer uma das Partes confere à parte ou partes não faltosas o direito de resolver o contrato e, em qualquer caso, a reclamar indemnização pelos danos sofridos.
2. Em caso de incumprimento da obrigação de pagamento das Partes nos termos da Cláusula Segunda, a parte não faltosa pode notificar a parte faltosa para, no prazo de 15 (quinze) dias, proceder à regularização do(s) pagamento(s) em falta, findo o qual poderá considerar-se existir incumprimento definitivo do Acordo pela parte faltosa, podendo o mesmo ser resolvido pela parte não faltosa.
3. A resolução com base no incumprimento é efetuada por carta registada com aviso de receção e produz os seus efeitos na data em que for recebida pela contraparte, presumindo-se que essa receção ocorre nos 3 (três) dias posteriores à data do registo de expedição do correio.
4. As Partes podem revogar o presente Acordo, a todo o tempo, por acordo.
5. Qualquer uma das Partes pode fazer cessar o presente Acordo, sem fundamento em incumprimento, comunicando a sua intenção à outra Parte com um pré-aviso de, pelo menos, 30 (trinta) dias, por correio eletrónico com recibo de entrega (o qual constitui prova do início deste prazo), para os endereços indicados na Cláusula Décima Terceira.

Cláusula Sexta

(Responsabilidade)

1. As Partes são responsáveis, nos termos gerais de direito, por todos os danos que causem à outra parte em virtude do não cumprimento e/ou do cumprimento defeituoso de quaisquer obrigações que resultam do presente Acordo.
2. As Partes são responsáveis pelos atos dos colaboradores ou qualquer auxiliar a quem recorram para efeitos da prestação dos serviços, incluindo os respetivos atos preparatórios ou complementares.
3. O IMM não é responsável por verificar se foram adotados e são cumpridos pela CVP adequados

7/14

procedimentos de qualidade e segurança na colheita, manuseamento posterior, conservação, acondicionamento e transporte das amostras até ao respetivo local de entrega, assumindo esta última a responsabilidade pelo cumprimento dos mesmos, nomeadamente nos termos previstos no Anexo I, e respetiva repercussão na condução e no resultado dos testes.

4. Em caso de incumprimento do previsto no número precedente por parte da CVP, o IMM não garante, nem é responsável pela correção dos testes de diagnóstico e do respetivo resultado.
5. O IMM não se responsabiliza por quaisquer danos que advenham do uso, pela CVP, dos resultados dos testes de diagnóstico.
Caso seja necessário efetuar nova recolha de amostras em virtude de resultados inconclusivos, a responsabilidade pelos encargos com o novo teste de diagnóstico mantém-se da CVP.
6. O IMM apenas assume o custo dos testes que seja necessário repetir em resultado exclusivo de problemas diretamente relacionados com a manipulação incorreta das amostras após lhe terem sido entregues.
7. O IMM não é responsável pelo não cumprimento e/ou cumprimento defeituoso da prestação dos serviços de realização de testes de diagnóstico ou pelo atraso na realização dos mesmos, se tal se ficar a dever, por facto que não lhe seja imputável: (a) à impossibilidade de prestar os serviços decorrente da escassez ou esgotamento dos materiais necessários para o efeito (nomeadamente, de reagentes e/ou zaragatoas) nos seus fornecedores; ou (b) a qualquer atraso na entrega dos materiais necessários para a realização dos testes por parte dos seus fornecedores.
8. Caso se verifique alguma das situações descritas no número precedente, a CVP e a ARSLVT, I.P. reconhecem que pode existir um impacto no preço unitário dos testes de diagnóstico devido à escassez de materiais, sofrendo os mesmo uma subida de preço à qual o IMM seja absolutamente alheio.
9. No caso previsto no número anterior o IMM obriga-se a comunicar à CVP, assim que possível, o impacto no preço unitário dos testes de diagnóstico, e as partes obrigam-se a colaborar no sentido de encontrar um valor, por acordo, que permita a prossecução do objeto deste contrato devendo a CVP dar propor à ARSLVT, I.P. as alterações de preço que considere adequadas.
10. Caso a ARSLVT, I.P. não aceite os novos preços que lhe sejam comunicados pela CVP, ou a CVP não aceite os novos preços que lhe sejam comunicados pelo IMM, podem disso mesmo as Partes dar conhecimento às restantes, recorrendo à forma prevista na Cláusula Décima Segunda, considerando-se o presente Acordo automaticamente resolvido quinze dias após essa data.
11. A CVP é a única responsável por comunicar os resultados aos pacientes e às autoridades de saúde, através do SINAVE-MED.

Cláusula Sétima

(Força Maior)

Nenhuma das Partes pode ser responsabilizada pelo incumprimento do presente Acordo como

8/14

resultado de uma ação ou omissão devida a causas ou circunstâncias de força maior, entendendo-se como tal qualquer facto imprevisível fora do controlo das Partes, incluindo, mas não se limitando à falta de instalações de produção disponíveis, greves, bloqueios, disputas laborais, incêndios, eventos extraordinários devido a causas naturais e atos terroristas, tumulto popular, interferência de autoridades civis ou militares, conformidade com leis, ordens e/ou políticas de qualquer autoridade governamental e qualquer outra condição além do controle razoável das Partes.

Cláusula Oitava
(Declarações e Garantias)

1. O IMM declara expressamente que os Kits de Diagnóstico foram acreditados pelo INSA e que o processamento laboratorial cumpre toda regulamentação aplicável e as melhores práticas.
2. A CVP declara expressamente que reconhece que os Kits de Diagnóstico foram acreditados pelo INSA e que os mesmos são adequados para a realização dos testes de diagnóstico no âmbito do presente Acordo.
3. A CVP declara e garante que a recolha de amostras, respetivo manuseamento posterior, acondicionamento, transporte e condições de conservação, desde o momento da colheita até serem entregues ao IMM, são efetuados em condições adequadas de segurança e qualidade e em conformidade com a Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 015/2020, de 23.03.2020, e com as atualizações à mesma e/ou com outras orientações da Direção-Geral da Saúde sobre diagnóstico laboratorial e amostras biológicas.
4. O IMM declara usar os seus melhores esforços para acompanhar o desenvolvimento de outras metodologias de testagem, nomeadamente testes moleculares “rápidos” que visam a deteção do vírus SARS-CoV-2, em amostras de saliva ou zaragatoa, em apenas 1h (metodologia LAMP), diligenciando, dentro das suas capacidades, pela adaptação da metodologia de testagem atual – baseada em RT-PCR – à metodologia LAMP, assim a sensibilidade e especificidade desta última sejam equivalentes às da testagem baseada em RT-PCR.

Cláusula Nona
(Cessão da posição contratual)

Nenhuma das Partes pode ceder a posição contratual que para ela decorre do presente Acordo, no todo ou em parte, sem obter o prévio acordo escrito da outra parte.

Cláusula Décima
(Confidencialidade)

1. As Partes obrigam-se a, durante a vigência do presente Acordo e após a sua cessação seja por que motivo for, manter em absoluta e estrita confidencialidade a Informação Confidencial, não podendo utilizar, divulgar, tornar acessível, dar acesso ou comunicar a terceiros, nem utilizar a mesma, em

9/14

- proveito próprio ou de terceiros, salvo autorização prévia, expressa e por escrito da outra Parte, ou em cumprimento de disposição legal ou determinação por autoridade judicial.
2. Para os efeitos previstos no presente Acordo, entende-se por Informação Confidencial toda a informação a que as Partes possam vir a ter conhecimento ao abrigo da execução deste Acordo e que seja expressamente identificada como "Confidencial" ou cujo caráter confidencial resulte evidente, independentemente da sua natureza ou suporte, incluindo informação comercial, financeira e técnica, sobre a atividade e negócios da outra Parte, a organização, procedimentos de operação, normas de segurança, custos, investimentos, serviços, segredos, *know how*, experiência ou qualquer dado similar, ideias, conceitos, desenhos, planos, software em forma de código fonte ou código objeto, planos de negócio, fórmulas, dados de interligação, clientes, colaboradores, etc.
 3. As Partes obrigam-se a, durante a vigência do presente Acordo e após a sua cessação, seja por que motivo for, manter em absoluta e estrita confidencialidade o conteúdo do presente Acordo por um prazo de 3 (três) anos, bem como as negociações passadas ou futuras com ele relacionadas, incluindo os atos preparatórios à sua celebração e bem assim os demais atos nele referidos e com ele conexos.

Cláusula Décima Primeira

(Proteção de Dados)

1. As Partes recolhem e tratam os dados pessoais dos representantes legais e dos colaboradores da outra Parte necessários para efeitos da execução do presente Acordo, bem como para cumprimento de obrigações legais, sendo que as informações obrigatórias referentes ao tratamento dos seus dados pessoais.
2. Enquanto Responsáveis pelo Tratamento de tais dados, as Partes comprometem-se a garantir a confidencialidade no tratamento dos mesmos e a utilizá-los exclusivamente para as finalidades mencionadas no número precedente, sendo cada uma das Partes responsável pelo seu incumprimento e/ou incumprimento defeituoso dos requisitos legais de proteção de dados decorrentes da legislação em vigore, consequentemente, pelas coimas, multas ou quaisquer outras sanções que venham a ser aplicadas.
3. Quanto aos demais dados pessoais que as Partes possam vir a tratar, seja na qualidade de Responsável pelo Tratamento ou de Subcontratante, estas declaram que cumprem com a legislação de proteção de dados aplicável e que celebrarão todos os eventuais acordos necessários ao efeito.

Cláusula Décima Segunda

(Comunicações entre as Partes)

1. Qualquer notificação ou comunicação entre as Partes nos termos do presente Acordo relacionado com qualquer evento que seja relevante para a sua boa execução será feita com a maior brevidade possível e deve revestir a forma escrita, sendo enviada por correio eletrónico com aviso de entrega.
2. As comunicações entre as Partes devem ser dirigidas para os seguintes endereços, sem prejuízo de

10/14

cada uma das Partes poder alterar os respetivos contactos nos termos e condições aqui referidos:

IMM

Nome: Fausto Lopo de Carvalho

E-mail: fausto.carvalho@medicina.ulisboa.pt

CVP

Nome: Gonçalo Orfão

E-mail: gonçalo.orfao@cruzvermelha.org.pt

ARSLVT, I.P.:

Nome: Luís Pisco

E-mail: luis.pisco@arslvt.min-saude.pt

3. Qualquer notificação efetuada nos termos da presente cláusula tem-se por realizada, no caso de correio eletrónico no primeiro dia útil seguinte à emissão do respetivo recibo de entrega.

Cláusula Décima Terceira

(Disposições Finais)

1. O presente Acordo apenas pode ser alterado mediante acordo expresso, por escrito, assinado pelas Partes.
2. No caso de qualquer disposição do presente Acordo ser anulada ou declarada nula, inválida ou ineficaz, tal não prejudica a validade das cláusulas remanescentes, salvo quando se mostre que o Acordo não teria sido concluído sem a parte anulada, nula, inválida ou ineficaz, obrigando-se as Partes a substituir a cláusula anulada, nula, inválida ou ineficaz por outra que reproduza, na medida do permitido e com a maior fidelidade possível, a intenção das Partes quanto à mesma.
3. O presente Acordo corresponde integralmente ao acordado entre as Partes e prevalece sobre quaisquer negociações, documentos, acordos, protocolos e contratos, escritos ou verbais, anteriores à data da sua assinatura.
4. O não exercício ou o exercício tardio ou parcial de qualquer direito ou faculdade que assista a qualquer das Partes ao abrigo do presente Acordo não importa nem significa a renúncia a esse direito ou a sua caducidade, não impede o seu exercício posterior, nem constitui moratória ou novação da respetiva obrigação.
5. O presente Acordo não vincula qualquer parte a qualquer terceiro, nomeadamente qualquer prestador, colaborador ou fornecedor da outra parte.

Cláusula Décima Quarta

(Lei Aplicável e Resolução de Litígios)

1. O presente Acordo é regulado pela Lei Portuguesa.
2. Todo e qualquer litígio, divergência, pedido ou reclamação que resulte da execução ou violação do presente Acordo, ou com ele esteja relacionado, bem como as dúvidas que se suscitem relativamente



à validade e eficácia de qualquer das suas cláusulas, será resolvido por recurso à instância judicial competenteda comarca de Lisboa com expressa renúncia a qualquer outra.

11/13

Feito em Lisboa, em três exemplares, um para cada uma das Partes, aos 16 dias do mês de setembro do ano de 2020.

Pelo INSTITUTO DE MEDICINA MOLECULAR JOÃO LOBO ANTUNES,

Maria Mota

Bruno Silva Santos

Pela CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Francisco George

Pela ARSVLT, I.P.

Luís Pisco

12/14

Anexo I

A. Regras para levantamento de zaragatoas pela CVP:

1. A CVP levanta as zaragatoas necessárias à recolha de amostras biológicas nas instalações do IMM, ou em outro local acordado entre o IMM e a CVP, nas datas, horários e quantidades estabelecidos neste Anexo ao presente Acordo.
2. As zaragatoas podem ser levantadas pela CVP, de segunda a sábado, entre as 9 horas e as 21 horas (as partes podem, por acordo, definir horários e dias diferentes, para o levantamento das zaragatoas);
3. As quantidades máximas de zaragatoas a levantar de cada vez serão acordadas entre o IMM e a CVP caso a caso.
4. As amostras recolhidas devem ser entregues pela CVP ao IMM, de segunda a sábado, até às 20h30 para permitir o seu registo e armazenamento até às 21h (as partes podem, por acordo, definir horários e dias diferentes, para o entrega as amostras);
5. A recolha e posterior manuseamento das amostras é da responsabilidade da CVP, competindo-lhe o cumprimento de todos os procedimentos e de toda a legislação, normas e orientações aplicáveis à referida recolha, manuseamento e entrega ao IMM para realização de teste de diagnóstico, obrigando-se a CVP, nomeadamente, a proceder à anonimização ou pseudonimização das amostras antes da sua entrega ao IMM.
6. Para clarificação do previsto na parte final do número anterior, as Partes acordam que as amostras entregues ao IMM não devem conter quaisquer dados dos pacientes, sendo apenas identificadas através de código de barras.
7. A CVP assume toda a responsabilidade pela qualidade das amostras recolhidas, condições adequadas de conservação e de acondicionamento e transporte das mesmas, desde o momento da recolha até à entrega ao IMM.
8. A CVP obriga-se ao cumprimento, nomeadamente:
 - a) Das regras estabelecidas neste Anexo ao presente Acordo quanto ao levantamento de zaragatoas, bem como relativamente à recolha, conservação, acondicionamento e transporte das amostras até à entrega das mesmas ao IMM;
 - b) Das indicações que venham a ser transmitidas pelo IMM em cada momento quanto ao levantamento de zaragatoas, bem como no que concerne à recolha, conservação, acondicionamento e transporte das amostras;
 - c) Das indicações que venham a ser definidas, em cada momento, pela Direção Geral da Saúde e representem as melhores práticas clínicas aplicáveis ao objeto do presente Acordo.
9. As Partes acordam e reconhecem expressamente que, caso as regras e indicações identificadas no

13/14

número anterior não sejam cumpridas pela CVP, o IMM não pode garantir a correção do teste e do respetivo resultado.

10. Juntamente com as amostras, e sem prejuízo do dever de entrega de amostras anonimizadas ou pseudonimizadas ao IMM, a CVP obriga-se a entregar, nomeadamente, qualquer informação relevante para o bom cumprimento das orientações emitidas pela Direção-Geral da Saúde que possam ter impacto na prestação dos serviços objeto do presente Acordo pelo IMM.
11. O IMM não é responsável por quaisquer danos ocorridos nas amostras biológicas, designadamente os que ocorram desde o momento da recolha, incluindo o seu transporte e manuseamento, até ao momento em que lhe são entregues.
12. Após entrega das amostras recolhidas, a realização dos testes de diagnóstico é feita pelo IMM nas instalações do Centro Médico do Estádio Universitário de Lisboa, ou em outro local a indicar pelo IMM, com as condições adequadas para o efeito.
13. As Partes acordam desde já que, em caso de necessidade ou conveniência, os testes de diagnóstico podem ser efetuados nas instalações do IMM, devendo este último dar disso conhecimento à CVP para atualização do local de entrega das amostras biológicas.
14. Os resultados dos testes realizados são enviados à CVP através de correio eletrónico com acesso restrito.
15. A CVP é a única responsável por comunicar os resultados dos testes de diagnóstico aos pacientes e às autoridades de saúde, nomeadamente através do SINAVE-MED, sem prejuízo da comunicação laboratorial de resultado no SINAVE-LAB feita pelo IMM.
16. Cada uma das Partes é responsável pelo tratamento dos resíduos associados à sua esfera de intervenção nos termos da legislação em vigor.

B. Regras para solicitação de testes de diagnóstico pela CVP:

- a. A colheita das amostras para efeitos de teste de diagnóstico é assegurada pela CVP e levada a cabo segundo as boas práticas aplicáveis à colheita, manuseamento e acondicionamento de tais materiais;
- b. A CVP compromete-se a entregar ao IMM as amostras recolhidas num período máximo de 12 horas após a recolha das mesmas;
- c. A CVP informa o IMM antes do transporte das amostras e garante que as amostras se encontram adequadamente identificadas;
- d. A CVP compromete-se a assegurar que o manuseamento, acondicionamento e transporte das amostras até à entrega ao IMM nos locais acordados é efetuado em condições de temperatura adequadas;
- e. A quantidade máxima de testes de diagnóstico que poderá ser solicitada pela CVP, por dia, corresponde, à data da assinatura deste acordo, a 1500, podendo ser aumentada caso o número de colheitas assim o justifique ;
- f. O IMM compromete-se, a realizar os testes de diagnóstico no prazo máximo de 12 horas após receção



das amostras, procurando envidar os melhores esforços para que o prazo máximo, no caso de amostras urgentes, seja reduzido para 4 horas após receção das amostras.

14/14



Ex-Secretário de Estado da Saúde

TRIBUNAL DE CONTAS

E 10709/2023
2023/11/28



Exmo. Senhora
Dra. Márcia Vala
Tribunal de Contas – Direção-Geral

V. referência: D A V – UAT.1 / Proc. N.º 15/2021 – Audit

Lisboa, 27 de novembro de 2023

Assunto: Alegações relativas ao relato de Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde

Exmos. Senhores,

Antes de mais, é da maior justiça elogiar e agradecer todo o trabalho realizado na presente Auditoria do Tribunal de Contas, que muito contribui para o estudo, esclarecimento e avaliação das políticas implementadas durante o Estado de Emergência provocado pela Pandemia relacionada com a COVID-19.

Relativamente ao que é relatado no que respeita ao período em que exerci funções como Secretário de Estado da Saúde no XXII Governo Constitucional da República Portuguesa – 17 de setembro de 2020 a 30 de março de 2022 – cumpre-me apresentar as seguintes observações:

- Todas as decisões relativas a preços no regime convencionado referentes a testes de rastreamento do SARS-CoV-2, dizendo respeito a testes TAAN e TRAg, foram tomadas tendo em consideração a informação técnica preparada pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA) e pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), com plena confiança sobre a sua qualidade e rigor;

- Os diferentes preços calculados pelo INSA e ACSS decorreram, ao que é do meu conhecimento, da melhor informação disponível, assumindo os pressupostos que resultam da respetiva atividade. No entanto, a realidade das entidades convencionadas é distinta em diversas dimensões da atividade da entidade pública, não sendo naturalmente possível ao INSA estimar, com rigor equivalente, os diferentes custos daí resultantes;

– Na verdade, essas dimensões distintas incluem variáveis como a grande diversidade de escala e de localização geográfica dos prestadores concessionados (que naturalmente influenciam toda a escala de custos como, por exemplo, recursos humanos e processos aquisitivos das matérias-primas necessárias à realização dos testes TAAN e TRAg). Simultaneamente, dado que se trata de entidades não públicas, são incluídas não apenas as margens necessárias realização dos referidos testes, mas também aos investimentos decorrentes do significativo aumento de atividade desta componente de testes, bem como da relevante alteração de atividade provocada pela Pandemia COVID-19;

- A necessidade de investimento é, aliás, visível também na componente pública, através da Expansão da capacidade laboratorial de diagnóstico da COVID-19 referida na V. Auditoria, que

deve ser, em minha opinião, transportada para o esforço que as entidades convencionadas tiveram de realizar de forma a cumprir e tornar possível a estratégia de testagem maciça como a melhor forma de conter os impactos negativos, em termos de saúde, sociais e económicos decorrentes da Pandemia COVID-19;

- Acresce, ainda, que era expectável que a participação das entidades convencionadas fosse absolutamente fundamental na estratégia de combate à Pandemia COVID-19, como de facto veio a ser (como decorre, por exemplo, do Gráfico 4, página 11 da V. Auditoria);

- A preparação das estruturas para um aumento significativo da capacidade de testagem, independentemente de a origem desta capacidade ser do setor público, setor privado ou setor social, foi instrumental no sucesso do combate à Pandemia COVID-19. Foi apenas a combinação do esforço de todos os setores que tornou possível aumentar a capacidade de testagem do país, implementando a Estratégia de Testagem decidida pelo Governo;

- Adicionalmente, deve ser tomado em linha de conta que a capilaridade por todo o território nacional da rede de entidades convencionadas é francamente superior à da rede pública de colheita e testagem, permitindo assim cobrir uma percentagem significativamente superior da população portuguesa na Estratégia de Testagem. Tal capilaridade permitiu ainda diversificar – algo verdadeiramente essencial, em minha opinião – os locais para recolha de amostras e testagem, não concentrando esse esforço em locais de prestação de cuidados de saúde como Hospitais e Centros de Saúde, particularmente vulneráveis e assoberbados pela pressão decorrente do aumento de atividade assistencial no contexto de doenças infecciosas;

- Importa relevar também que todas as decisões relativas à fixação de preços para testes TAAN e TRAg foram trabalhadas conjuntamente com as áreas governativas e entidades responsáveis pela estratégia de combate à Pandemia COVID-19, bem como com os agentes do setor de análises laboratoriais, através das respetivas associações representativas;

- Assim, as decisões sobre o preço dos testes TANN e TRAg foram instrumentais para o aumento muitíssimo expressivo verificado na capacidade de testagem do país;

- Com efeito, o forte aumento da capacidade de testagem foi essencial para a recuperação económica do País, após a recessão causada pela inatividade da economia, que decorreu das medidas adotadas com vista à prevenção, contenção e mitigação da transmissão do SARS-CoV-2. Importa sublinhar que, numa altura em que a pandemia de COVID-19 mantinha uma incidência muito elevada em Portugal, com tendência crescente, este esforço de testagem, e a sua acessibilidade à população em geral, foi fundamental para facilitar a livre circulação das pessoas, e conseqüente movimento de desconfinamento de Portugal;

- Logo, as decisões sobre o preço dos testes TAAN e TRAg devem, em minha opinião, ser observadas do ponto de vista da estratégia global de combate à pandemia COVID-19 e não isoladamente, momento a momento, e tendo em conta apenas o preço calculado pelo INSA e ACCS, cuja tradição de rigor, repito, em nenhum momento coloco em causa;

- Deve também, salvo melhor opinião, ser ponderada a comparação entre os custos adicionais identificados na V. Auditoria e os custos de saúde, sociais e económicos que decorreriam de uma menor capacidade de testagem a nível nacional, comprometendo assim o sucesso do combate

à Pandemia COVID-19 em Portugal, elogiado internacionalmente pelas mais diversas autoridades;

- Em resumo, e concluindo:

- as diferentes decisões sobre o preço dos testes TAAN e TRAg acompanharam a descida de preço indicada pelos cálculos do INSA e ACSS, seguindo assim a componente técnica preparada por estas entidades, acrescida da diferenciação de custos entre entidades públicas, como o referido INSA, e entidades convencionadas;
- as diferentes decisões incluíram também a componente de decisão política global inerente à gestão do combate à Pandemia COVID-19, em diálogo com as diversas áreas governativas, entidades públicas e associações representativas do setor das análises laboratoriais, e tendo em particular conta a primazia da testagem como ferramenta de controlo da expansão da infeção por SARS-CoV-2, bem como na antecipação das ondas pandémicas, e especial preocupação com os períodos de Outono e Inverno, tendo em conta o acréscimo de pressão sobre a atividade hospitalar que decorre neste período;
- o aumento expressivo da capacidade de testagem foi apenas possível com o envolvimento simultâneo de todos, isto é, do setor público, setor privado e setor social;
- assim, a definição do preço dos testes TAAN e TRAg tomou sempre em conta a informação técnica, mas também, como não podia deixar de ser, o necessário incentivo ao investimento, concretizado, aliás, no expressivo aumento da capacidade global de testagem relativa ao vírus SARS-CoV-2 verificada no país.

Com os melhores cumprimentos, e agradecendo a atenção dispensada,



(Diogo Serras Lopes)

Ex-Diretora-Geral da Saúde

De: Graca Freitas [REDACTED]
Enviado: 14 de dezembro de 2023 17:10
Para: Tribunal de Contas - DAV
Assunto: Re: Relato de Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde - Proc. nº 15/2021 Audit - 2ªS

Exma. Senhora Dra. Iva Maia
Auditora-Chefe

Departamento de Auditoria V

Tribunal de Contas

Tendo recepcionado, através de V. Exa e através de Ofício remetido pelo Exmo. Senhor Auditor-Coordenador, Dr. José António Carpinteiro, o Relato da "Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde" que me mereceu toda a atenção informo que, no geral, quer o descritivo do Relato quer as suas Conclusões e Recomendações me parecem adequadas tendo em atenção os constrangimentos inerentes ao período pandémico em análise e que tão bem o Tribunal considerou.

Assim, e ciente que a Direção-Geral da Saúde remeteu as suas alegações a esse Tribunal, considero não haver lugar a o alegações pela minha parte, que não as de realçar o caráter eminentemente técnico-normativo da ação da DGS em matéria de testagem e rastreio de contactos, em alinhamento com recomendações de organismos internacionais de referência como a OMS ou o ECDC, para que se procedesse de forma uniformizada a nível nacional. Consciente que exerci funções com equipas e parceiros que serviram exemplarmente o País em período tão difícil, este facto em nada contraria que haja lugar a melhoria de procedimentos, como identificado no Relato do Tribunal de Contas, concretamente nas suas Conclusões e Recomendações.

Atenciosamente,
Com os melhores cumprimentos
Graça Freitas



Diretora-Geral da Saúde



Ao Dr. Confineteiro.

2023/12/11

6.DEZ.2023 3128

Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro Responsável, pelo Processo
Dr. Luis Filipe Cracel Viana
Avenida da República, 65
1050-189 Lisboa

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
Proc. nº 15/2021 Audit - 2ºS.		DGS/DIR	2023

ASSUNTO: Relato de Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde

Na resposta indicar sempre a nossa referência

Na sequência da notificação desta Direção-Geral, em 14 p.p., no âmbito do relato de auditoria acima identificada, para o exercício do contraditório, apresenta-se em anexo, o parecer jurídico, com o meu despacho de concordância.

Agradece-se a prorrogação do prazo que foi concedido, porquanto, a sequência dos diversos trabalhos necessários para uma resposta completa, implicam diligências demoradas.

Com total concordância com as Recomendações que nos foram dirigidas, emiti vários despachos favoráveis à sua implementação, já em curso, conforme provam as Informações nºs 50 e 51, da Direção de Serviços de Informação e Análise, que se juntam, bem como, os respetivos anexos.

Por último e no que respeita à Direção-Geral da Saúde, agradeço a Auditoria realizada, por constituir uma oportunidade de tornar mais eficazes as novas medidas a implementar relativas à testagem e rastreios em situações de ameaças à Saúde Pública.

Melhores cumprimentos,

Rita Sá Machado
Diretora-Geral da Saúde

JA

1/1



NÚMERO: 00/2023

PARECER

DATA: 06/12/2023

PROPOSTA

INFORMAÇÃO

DE: Jurista – Isabel Alves Pires

PARA: Diretora-Geral da Saúde – Senhora Dra. Rita Sá Machado

ASSUNTO: Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde

1. Em cumprimento do despacho de V. Exa., datado de 14 de novembro, p.p., analisado o Relato da Auditoria acima identificado, em face dos elementos que me foram disponibilizados, ao momento da sua disponibilização e a ausência de outros, com apresentação completa programada para momento ulterior à Resposta ao Tribunal de Contas, no âmbito da notificação para o exercício do contraditório, em 14 de novembro p.p., enviado por e-mail em dia anterior e com prazo de Resposta prorrogado até à presente data, emite-se o presente parecer, de forma sucinta e genérica.
2. A Auditoria do Tribunal de Contas visou o modelo de governação da testagem e rastreios de contactos, no âmbito da pandemia Covid10, por parte do Ministério da Saúde e entidades que o mesmo tutela.
3. No que concerne à atuação da Direção-Geral da Saúde, parece, poder dizer-se, excetuando, *pontualíssimas* decisões decorrentes das competências atribuídas pela lei orgânica, o trabalho desenvolvido de caráter eminentemente técnico-científico e clínico sustentou-se, nas recomendações e orientações da OMS, do ECDC e da Comissão Europeia, como exaustivamente se refere ao longo do relato.
4. Aliás, as Normas e Orientações produzidas pela DGS, provam o acolhimento das recomendações e orientações daqueles organismos, aliás, assim, era expectável por parte cada Estado e Estado-Membro não obstaculizando a eficiência da centralidade das medidas a adotar a nível mundial e, especialmente, ao nível europeu.

Concordo.

6/12/2023

Rita Sá Machado

1/3
Isabel Pires



5. Qualquer margem de poder discricionário, que legalmente estivesse previsto por inerência às funções da DGS, no quadro legal que se desenvolveu aquando da pandemia Covid19, o mesmo teria sido absorvido, pela imperatividade de normas temporárias e extraordinárias regeram a atividade do Estado.
6. Isto é, parece, dever concluir-se, que as ações praticadas e procedimentos desenvolvidos pela DGS, ao longo do período pandémico, resultaram do cumprimento exaustivo das medidas legais implementadas, de caráter extraordinário e temporário, pelo que, suspenderam o cumprimento de regimes jurídicos existentes no nosso ordenamento jurídico.
7. Veja-se o regime jurídico das autoridades de saúde, sobre a Lei nº 81/2009, de 21 de agosto, que institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública, poder-se-á dizer, que a sua aplicação foi “ajustada” às respostas que momento a momento eram necessárias, de acordo com a legislação avulsa para vigorar temporariamente e com caráter excecional, isto é, provocando a suspensão das leis especiais, como é o caso.
8. Aliás, nos termos do Decreto-Lei nº 82/2009, de 02 de abril, na versão atualizada, enquanto autoridade de saúde nacional, compete ao Director-Geral da Saúde: a) Supervisionar a atividade das autoridades de saúde em todas as áreas de competência, incluindo o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional; b) Coordenar o funcionamento global da rede de autoridades de saúde; c) Exercer a coordenação nacional de vigilância epidemiológica, nos termos de legislação própria; d) Exercer em situações de grave emergência em saúde pública, designadamente em casos de epidemias graves, mediante declaração pública do membro do Governo responsável pela área da saúde, as competências de requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde;
9. Pressupõe-se assim, a existência de uma harmonia sistemática de procedimentos a nível nacional, contudo, no decurso da pandemia Covid 19 foram ditadas regras que determinavam a

2/3
J. L. L. L. L.



autonomia ao nível regional e local nalgumas matérias indicadas no ponto antecedente, verificando-se assim, a adoção legal de uma medida temporária, diferente da prevista até, em lei especial.

10. Do Relato do Tribunal de Contas em objeto, parece, não resultarem situações que possam suscitar dúvidas quanto à observância das disposições legais aplicáveis à atuação da Direção-Geral da Saúde, no decurso da pandemia covid19.

Salvo, melhor opinião, é este o meu parecer.

Isabel Alves Pires
jurista



SAÚDE

NÚMERO: 50/2023

PARECER

DATA: 05/12/2023

PROPOSTA

INFORMAÇÃO

DE: Diretor de Serviços de Informação e Análise

PARA: Diretora-Geral da Saúde

ASSUNTO: Relato de Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde – Processo n.º 15/2021 – Audit – 2.ª S - Recomendações R.6 a R.11

DESPACHO

Concedo

[Handwritten signature]

5/12/2023

Na sequência do pedido de pronúncia relativo às Recomendações R.6 a R.11 do Tribunal de Contas, constantes no *Relato de Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde*, aceitando e em cumprimento das Recomendações que a esta Direção-Geral dizem respeito, vem-se informar e propor a V.Exa. o seguinte:

R.6. Promover o desenvolvimento de uma análise aos aspetos estratégicos e operacionais que sustentaram os processos de testagem e de rastreio de contactos, que permita avaliar da sua adequação, eficiência e eficácia na resposta à COVID-19, a fim de preservar para memória futura as lições aprendidas.

De acordo com a proposta apresentada a V.Exa. datada de 04/12/2023 a qual mereceu concordância, foi formado um grupo de trabalho para desenvolver uma análise detalhada aos aspetos estratégicos e operacionais que sustentaram os processos de testagem e de rastreio de contactos, com uma avaliação compreensiva a partir de uma metodologia de "after action review", considerando a experiência da Direção-Geral da Saúde (DGS) nesta ferramenta, usada para analisar um evento, para entender o que aconteceu, por que aconteceu daquela forma e como melhorá-lo, a fim de preservar para memória futura as lições aprendidas.

Junta-se em anexo, por documento n.º 1, a proposta com a identificação das áreas e serviços dos membros do grupo de trabalho e respetiva coordenação, com data fixada para apresentação do relatório final, com o despacho de V.Exa. no mesmo.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE
CONFORME O ORIGINAL

06/12/2023 *[Handwritten signature]*

1/4



R.7. Diligenciar pela elaboração de um estudo científico acerca do efetivo impacto das atividades de testagem e rastreio de contactos, desenvolvidas a nível nacional, na quebra de cadeias de transmissão e no controlo da propagação da doença, que possa sustentar o desenvolvimento de abordagens e instrumentos mais eficazes para a resposta a futuras situações pandémicas nas quais aquelas atividades se constituíam como determinantes no combate à doença.

Analisada esta recomendação, já se procedeu ao contacto com parceiros académicos no sentido de desenvolverem este estudo, que avalie o impacto das atividades de testagem e rastreio de contactos na quebra de cadeias de transmissão, visando melhorar as nossas abordagens e instrumentos para enfrentar futuras situações pandémicas.

R.8. Providenciar pela instituição de mecanismos que assegurem a coerência, fiabilidade e congruência dos dados de atividade recolhidos junto das autoridades de saúde pública locais e regionais e que minimizem os riscos de apuramento.

Relativamente a esta recomendação, foram já implementadas as regras de validação definidas pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) na plataforma de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) em 31/10/2023, consideradas como mecanismos que garantem uma maior qualidade dos dados. Outras regras encontram-se em análise e desenvolvimento pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), aguardando a DGS a disponibilização das mesmas em ambiente de qualidade para validação e pedido para entrar em produção.

Junta-se em anexo, por documento n.º 2, a confirmação por correio eletrónico da SPMS relativa à entrada em produção (PROD) das variáveis e regras definidas pelo ECDC no SINAVE 2.0.

R.9. Prever e assegurar a adequação uniforme dos procedimentos associados à realização de inquéritos epidemiológicos a futuras situações pandémicas em que o contexto epidemiológico e o combate à doença exijam o seu desenvolvimento em larga escala e no mais curto espaço de tempo, ponderando a eventual autonomização da atividade de rastreio de contactos e ou o redesenho de procedimentos específicos a adotar na resposta emergente a próximas pandemias.

Em janeiro de 2022, a pedido da DGS, a SPMS desenvolveu ferramentas de automatização da atividade de rastreio de contactos como o *Formulário de Apoio ao Inquérito Epidemiológico* (mais tarde *Formulário de Casos e Contactos*), que permite, para além da recolha de dados preenchidos diretamente pelo caso, a emissão automática de prescrição de testes e de declarações, entre as quais a *Declaração de Isolamento Profilático*, para os contactos de alto risco, e a *Declaração Provisória de Isolamento* para os casos.

Junta-se em anexo, por documento n.º 3, a apresentação da primeira versão do *Formulário de Apoio ao Inquérito Epidemiológico*, conforme definido na atualização de 05/01/2022 da Norma 015/2020 da DGS, que mais tarde viria a evoluir para o *Formulário de Casos e Contactos*.



Ainda sobre esta Recomendação, ao abrigo do programa EU4Health, dá-se nota ainda que a Direção-Geral da Saúde coordena a *Direct Grant* destinada a Portugal para “*melhorar e fortalecer os sistemas de vigilância nacionais e apoiar a capacitação para o desenvolvimento de sistemas interoperáveis, confiáveis e modernos*”, através do desenvolvimento de infraestruturas, da capacitação, e do desenvolvimentos de projetos-piloto, nomeadamente módulos de rastreio de contactos para determinadas doenças, e implementação e aceitação dos novos sistemas de vigilância. Salienta-se que, nesta fase os projetos-pilotos ainda se encontram em discussão, uma vez que o prazo de submissão do projeto corresponde ao primeiro trimestre de 2024.

Junta-se em anexo, por documento n.º 4, o comprovativo de submissão da DGS como Autoridade Competente para a *Direct grants to Member States’ authorities – nominations under EU4HEALTH Programme* em 08/09/2023.

R.10. Promover a elaboração de um estudo sobre os determinantes da fraca adesão da população portuguesa à efetiva utilização da solução de rastreio de proximidade digital implementada, designadamente identificando as principais barreiras à sua adoção e utilização, por forma a sustentar a criação de mais adequados mecanismos de incentivo ao seu uso, em futuras situações de resposta pandémica em que se justifique a adoção deste tipo de soluções.

De acordo com a proposta apresentada a V.Exa. datada de 04/12/2023 a qual mereceu concordância, no sentido de se desenvolver este estudo no âmbito da literacia digital, que permita identificar as principais barreiras à utilização da solução de rastreio de proximidade digital, em conjunto com a Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, informo que já se está em contacto com os parceiros académicos de projetos de investigação anteriores desenvolvidos na área das ciências comportamentais.

Junta-se em anexo, por documento n.º 5, a proposta do estudo referido.

R.11. Providenciar pela instituição de mecanismos que promovam eficazmente a qualidade de dados críticos que seja necessário recolher junto das autoridades de saúde locais e regionais, designadamente através da explicitação clara de conceitos e métricas, da validação sistemática da respetiva coerência e congruência e da criação de procedimentos de extração e reporte automático, que desonerem as autoridades de saúde pública da realização manual destas tarefas e contribuam para a obtenção de informação que melhor assegure a correta medição das realidades em análise.

No âmbito das reuniões técnicas entre as equipas da DGS e da SPMS têm sido desenvolvidas novas funcionalidades sob o SINAVE, incluindo o módulo de vigilância (BI SINAVE), tendo a SPMS apresentado uma primeira proposta a 12/10/2023 com base nos requisitos definidos pela DGS.



Para além destes desenvolvimentos, foram mantidas as reuniões técnicas com pontos focais para a vigilância em saúde pública, solicitando a indicação dos mesmos às Autoridades de Saúde e abordada a necessidade de atualização do Manual do SINAVE, de acordo com a proposta apresentada a V.Exa. de 04/12/2023 a qual mereceu concordância.

Junta-se em anexo, por documento n.º 6, a proposta de Reuniões técnicas com pontos focais e atualização do Manual do SINAVE. Salienta-se que ainda se aguarda confirmação dos pontos focais regionais para a vigilância epidemiológica, uma vez que nos encontramos na fase de transição das equipas de saúde pública regionais e locais para as Unidades Locais de Saúde.

Submete-se a presente informação à apreciação da Senhora Diretora-Geral da Saúde.

Juntam-se 6 anexos.

Pedro Pinto Leite

Pedro Pinto Leite
Diretor de Serviços de Informação e Análise

Pedro Pinto Leite
Diretor de Serviços de Informação e Análise



NÚMERO: 47/2023

PARECER

DATA: 04/12/2023

PROPOSTA

INFORMAÇÃO

DE: Direção de Serviços de Informação e Análise

PARA: Diretora-Geral da Saúde

ASSUNTO: Criação de Grupo de Trabalho para análise aos processos de testagem e rastreio de contactos na pandemia de COVID-19

DESPACHO

A COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como pandemia a 11 de março de 2020 e como emergência de saúde pública de âmbito internacional entre 30 de janeiro de 2020 e 11 de maio de 2023.

Neste contexto, foram adotadas várias medidas para conter a expansão da infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19, incluindo a definição da **Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2**, pela Norma n.º 019/2020 da Direção-Geral da Saúde (DGS). A Estratégia de Testes para SARS-CoV-2 teve como objetivos detetar e isolar precocemente os casos; prevenir e mitigar o impacto da infeção por SARS-CoV-2 nos serviços de saúde e nas populações mais vulneráveis; e monitorizar a evolução epidemiológica.

De acordo com a principais organizações internacionais, um **rastreio de contactos** efetivo era crucial para identificar precocemente casos e limitar a propagação da infeção por SARS-CoV-2 / COVID-19. Em Portugal, as Autoridades de Saúde têm a responsabilidade legal de realizar a investigação epidemiológica desta doença de notificação obrigatória. Apesar da autonomia organizativa e técnica dos serviços de Saúde Pública, a implementação de medidas flexíveis definidas na Norma 015/2020 da DGS pretendeu uma intervenção assente em prioridades, integrando as potencialidades das ferramentas existentes, permitindo assim aumentar a eficiência e um melhor nível de preparação para responder à pandemia.

A estratégia "Test-Track-Trace" incluiu: a) a identificação das pessoas potencialmente expostas a gotículas respiratórias ou secreções de um caso de COVID-19; b) a avaliação dos contactos com estratificação de risco, através da investigação e comunicação com os contactos identificados; e c) Implementação de medidas, incluindo o isolamento profilático, e o seguimento e a monitorização regular da sintomatologia dos contactos.

Concordo.
Importante
iniciativa.
Penso que
podemos
encontrar outros
atores importantes
no respeito por
pertencer ao
grupo de
trabalho.

Vita Sá Machado
Vita Sá Machado
Diretora-Geral da Saúde
4/12/2023

**DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE
CONFORME O ORIGINAL**

05/12/2023 *Armando Amaro*



Nesse sentido, numa fase pós-aguda da pandemia COVID-19 e com base na necessidade contínua de avaliar as estratégias de resposta a epidemias de vírus respiratórios ou outras situações pandémicas, coloca-se à consideração superior a criação de um Grupo de Trabalho para analisar os aspetos estratégicos e operacionais dos processos de testagem e rastreio de contactos implementados durante a fase aguda da pandemia de COVID-19.

Este grupo seria criado na dependência do Diretor de Serviços de Informação e Análise da DGS.

A equipa seria constituída por elementos nas seguintes áreas e serviços:

- Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços de Informação e Análise;
- Direção-Geral da Saúde - Centro de Emergências em Saúde Pública;
- Direção-Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde
- Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços da Prevenção da Doença e Promoção da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde - Divisão de Comunicação e Relações Públicas
- Autoridades de Saúde Regional e Local
- Entidade Reguladora da Saúde;
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.;
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED);
- Unidades Locais de Saúde (que sucedem às Administrações Regionais de Saúde I.P.), incluindo serviços de cuidados de saúde primários e hospitalares;
- Associação Nacional de Farmácias;
- Laboratórios;

A Equipa tem como objetivos:

1. Desenvolver uma análise através da metodologia “*after-action review*” que envolva todos os principais serviços ou áreas envolvidos na definição dos processos de testagem e de rastreio de contactos;
2. Documentar lições aprendidas na fase aguda da pandemia no âmbito da testagem e rastreio de contactos;
3. Identificar recomendações específicas para atualizar os processos existentes, considerando aspetos epidemiológicos, logísticos, tecnológicos e de comunicação;
4. Sintetizar as conclusões e recomendações em relatório final.

Estes objetivos podem ser ajustados em função da evolução dos trabalhos.

A Equipa funciona até à entrega do relatório final com as principais conclusões da análise, previsto para 31 de julho de 2024.

À consideração superior.

Pedro Pinto Leite

Pedro Pinto Leite
Diretor de Serviços de Informação e Análise

SINAVE 2.0 Nova versão - PROD - 31/10/2023

Teresa Velosa <teresa.velosa@spms.min-saude.pt>

qui, 02/11/2023 14:53

Para: João Vieira Martins <joaovieiramartins@dgs.min-saude.pt>; Pedro Licinio Pinto Leite <pedroleite@dgs.min-saude.pt>; Joana Moreno <joanamoreno@dgs.min-saude.pt>; Maria João Albuquerque <mjalbuquerque@dgs.min-saude.pt>; Vigilância Epidemiológica Doenças Transmissíveis <VEDT@dgs.min-saude.pt>

Cc: Patrícia Monteiro <patricia.m.ext@spms.min-saude.pt>; Tomás Gonçalves <tomas.goncalves.ext@spms.min-saude.pt>; Isabel Meneses <isabel.meneses@spms.min-saude.pt>

Boa tarde a todos,

Informamos que foi executado com sucesso a 31/10/2023 pelas 17h, *deploy* de nova versão do SINAVE 2.0 em ambiente de PROD, com as seguintes alterações:

- Atualização de variáveis e regras ECDC
- Corrigir bloqueio do botão "Gravar" na edição da notificação clínica
- Como Administrador de sistemas da DGS ter a capacidade de criar administrador para qualquer laboratório-entidade
- Melhorias ao ecrã validação de casos por doença
- Extração semanal tuberculose

Os melhores cumprimentos,

Teresa Velosa
Gestora de Projeto

Unidade de Sistemas de Epidemiologia e Apoio à Clínica
Direção de Sistemas de Informação



SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EPE

SHARED SERVICES FOR MINISTRY OF HEALTH, EPE

Av. 8 da República, n.º 61 - 1050-189 Lisboa | Portugal

T: +351 211 545 600 | M: +351 930 504 740

www.spms.min-saude.pt





SPMS_{EPE}
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Anexo:
Documento n.º 3
3 páginas

**Formulário de Apoio ao
Inquérito Epidemiológico (FAIE)**



10.01.2022

**Informação
Utilizador**

Validar

Coronavírus | COVID-19 | Coabitantes
Preencha o seguinte formulário com os seus dados.

Os campos marcados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

Informação do utilizador

Nome completo *

Documento de identificação *
Selecione a sua opção
Número de identificação *
Número de utente *
Número Segurança Social
Data de nascimento *
Contacto telefónico *
Email

Por favor, introduza o seu morada atual.
NOTA: a morada utilizada para a emissão do cartão de identificação de residência é a morada onde se encontra no momento.

Distrito *
Selecione uma opção
Código 4 dígitos

Concelho *
Selecione uma opção
Código 4 dígitos

Freguesia *
Selecione uma opção
Código 4 dígitos

Rua *
Número 4 dígitos

Porta *
andar

Código postal *

Tem algum sintoma?

É profissional de saúde? *

Apresenta ou apresenta algum dos seguintes sintomas? *

Tosse seca Perda do paladar

Tosse com expectoração Dor de

Dor de garganta Náuseas

Dor muscular Vômito



Informação Utilizador

Apresentou ou apresenta algum dos seguintes sintomas *

- Consulte o diagnóstico
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tosse Secca | <input type="checkbox"/> Perda do paladar |
| <input type="checkbox"/> Tosse com expectoração | <input type="checkbox"/> Diarreia |
| <input type="checkbox"/> Dor de garganta | <input type="checkbox"/> Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Dores musculares | <input type="checkbox"/> Vômitos |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória | <input type="checkbox"/> Dor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Cansaço | <input type="checkbox"/> Dores nas articulações |
| <input type="checkbox"/> Dores de cabeça | <input type="checkbox"/> Fraqueza generalizada |
| <input type="checkbox"/> Dor no peito ao respirar | <input type="checkbox"/> Conjuntivite |
| <input type="checkbox"/> Congestão nasal | <input type="checkbox"/> Febre (Temperatura >= 38,0 °C) |
| <input type="checkbox"/> Perda do olfacto | <input type="checkbox"/> Não tive, nem tenho sintomas |

Em que dia REALIZOU o teste à COVID-19? *

mm/dd/yyyy

Consulte o diagnóstico

Encontra-se em isolamento no domicílio desde que dia? *

01/09/2022

Identificação de contactos

Esta identificação deve incluir TODOS os seus contactos (pessoas que vivem consigo e/ou partilham ou partilharem a mesma habitação no período indicado acima). Deve referir as pessoas mesmo que já tenham iniciado isolamento ou realizado teste de COVID-19, ou mesmo as que já tenham contactado o SNS24

Sim, tive contactos nas situações mencionadas Não, não tive contactos nas situações mencionadas



Informação Contactos

Identificação de contactos

Esta identificação deve incluir TODOS os seus contactos (pessoas que vivem consigo e/ou partilham ou partilharem a mesma habitação no período indicado acima). Deve referir as pessoas mesmo que já tenham iniciado isolamento ou realizado teste de COVID-19, ou mesmo as que já tenham contactado o SNS24

Sim, tive contactos nas situações mencionadas Não, não tive contactos nas situações mencionadas

1º Contacto

Identifique o tipo de contacto que tiveram *

Selecione uma opção

Consulte o diagnóstico

Nome completo *

Consulte o diagnóstico

Data de nascimento *

mm/dd/yyyy

Documento de identificação *

Selecione uma opção

Consulte o diagnóstico

Numero Seguro Social

Email

Data da última vez em que contactou com esta pessoa *

mm/dd/yyyy

Consulte o diagnóstico

Observações

Número de telemóvel

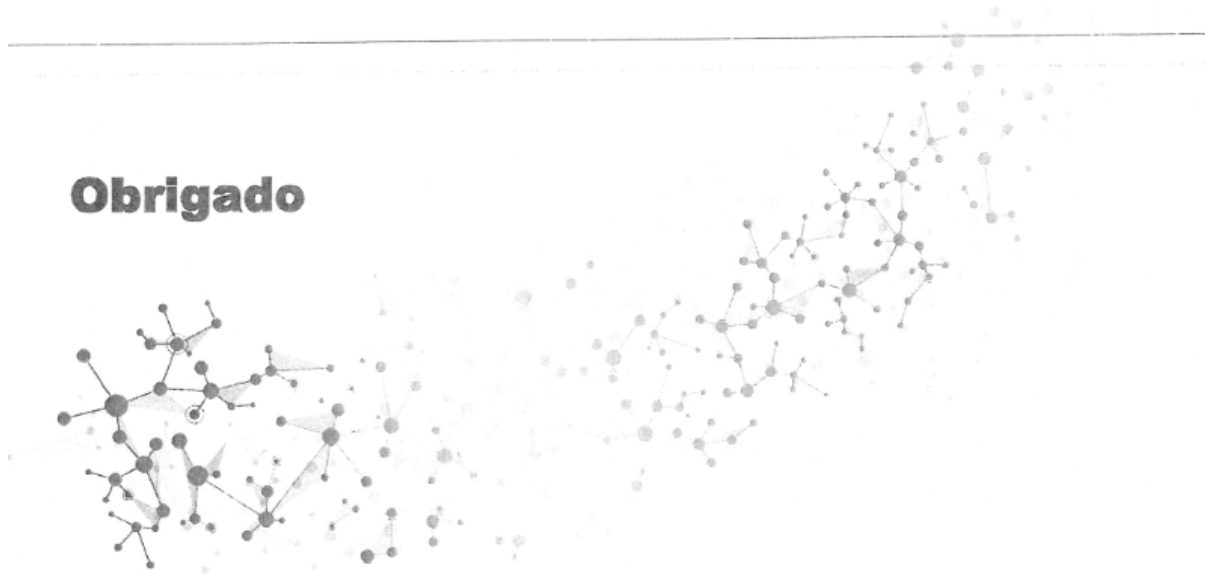
Número de identificação *

Contacto telefónico *





Obrigado



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



SPMS.pt
Associação Portuguesa de
Especialistas em Medicina Geral e
Família

www.spms.min-saude.pt



Direct grants to Member States' authorities – nominations under EU4HEALTH Programme - Work Plan 2023

Fields marked with * are mandatory.

Welcome! Step 1: Instructions and completion of the nomination form

This page collects the 2023 Direct Grants (other than joint actions) nominations.

We are inviting the eligible countries to nominate competent authorities and, if necessary, the relevant affiliated entities participating in the EU4Health Programme Direct Grants (other than joint actions).

Please nominate one competent authority and, if necessary, the relevant affiliated entities for each of the following Direct Grants (other than joint actions) and upload the forms here:

- EU4H-2023-DGA-MS-IBA-01: *Direct grants to Member States' authorities: **improving and strengthening national surveillance systems (Regulation of the European Parliament and of the Council on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013/EU) (CP-g-23-01)*** - EUR 97 300 000 EU co-funding

- EU4H-2023-DGA-MS-IBA-04: *Direct grants to Member States' authorities: **increase health data semantic interoperability and build national capacity on health terminologies (DI-g-23-75)*** - EUR 5 400 000 EU co-funding

- EU4H-2023-DGA-MS-IBA-05: *Direct grants to Member States' authorities: **development and enhancement of MyHealth@EU services, including vaccination card services (DI-g-23-77)*** - EUR 4 000 000 EU co-funding

To submit your nomination, please follow the two steps below:

Step 1 - completion of the nomination form:

Download the editable pdf nomination form. Please complete, print and have the form signed by the legal representative of the nominating authority, normally the Ministry of Health or Health Board.

The editable .pdf template has a limited number of characters; please double-check that all filled fields are visible and readable before signature.

Please prepare 1 form per 1 Direct Grant nomination (if 1 organisation is participating in 2 or more actions, please prepare 2 or more forms)!

Click on the editable pdf nomination form:

Please download, fill, print, sign and scan.

[EU4Health_Programme_WP2023_DGAtOMS_NominationForm_active.pdf](#)

Once you have completed, signed and scanned the nomination form, please press "Next >" to proceed with the upload of the nomination form.

Step 2: Submission of the nomination

Step 2 - Submission of the nomination form:

Please upload the completed, signed and scanned nomination form.

Please complete the fields below in line with the information provided in the signed, scanned and uploaded.pdf nomination form.

- * 1 Nomination for the following Direct Grants (other than joint actions) (if 1 organisation is participating in 2 or more Direct Grants, please repeat this step as many times as needed):

- EU4H-2023-DGA-MS-IBA-01: *Direct grants to Member States' authorities: **improving and strengthening national surveillance systems (Regulation of the European Parliament and of the Council on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013 /EU) (CP-g-23-01)*** - EUR 97 300 000 EU co-funding

- EU4H-2023-DGA-MS-IBA-04: **Direct grants to Member States' authorities: increase health data semantic interoperability and build national capacity on health terminologies (DI-g-23-75)** - EUR 5 400 000 EU co-funding

- EU4H-2023-DGA-MS-IBA-05: **Direct grants to Member States' authorities: development and enhancement of MyHealth@EU services, including vaccination card services (DI-g-23-77)** - EUR 4 000 000 EU co-funding

- * Nomination as **Competent Authority** or **Affiliated Entity**

- Competent Authority** of the country
- Affiliated Entity** to the Competent Authority

Please **upload** the completed, signed and scanned nomination form

6a3807eb-da0f-410d-ad8e-dd8f702de88e/EU4H-2023-DGA-MS-IBA-01_Nomination_DGS.pdf

Please complete the fields below in line with the information provided in the signed, scanned and uploaded.pdf nomination form.

- * Country

Portugal

- * Organisation's **Full Name**



Direção-Geral da Saúde

* Organisation's **Acronym**

DGS

* Contact Person's **name**

Paula Vasconcelos

* Contact Person's **Phone Number** (+32 11122)

+351 91 21 52 008

* Contact Person's **email address**

pvasconcelos@dgs.min-saude.pt

Please **upload** the legal act describing the establishment of the nominated competent authority and illustrating its role

1da68270-0622-42e4-8ad2-9dea95c8f2ce/Organic_Law_Directorate_General_of_Health.pdf

If applicable, please provide further information (e.g. list of envisaged affiliated entities ...):

Privacy and data protection policy

Participation in the Direct Grant will involve the collection, use and processing of personal data (such as name, address and telephone numbers). This data will be processed in accordance with Regulation No 2018/1725*. It will be processed by HaDEA solely for the purpose of evaluating the proposal and subsequent management of the grant (e.g. list of participants of the Direct Grant and share data among those participants) and, if needed, programme monitoring, evaluation and communication with DG Health and Food Safety, National Focal Points. Details are available on [HaDEA's Data Protection page](#).

*Regulation (EU) 2018/1725 of the European Parliament and of the Council of 23 October 2018 on the protection of personal data by the European Union's institutions and bodies and on the free movement of such data.

Contact

[Contact Form](#)



NÚMERO: 48/2023

PARECER

DATA: 04/12/2023

PROPOSTA

INFORMAÇÃO

DE: Direção de Serviços de Informação e Análise
Direção de Serviços da Prevenção da Doença e Promoção da Saúde/ Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar

PARA: Diretora-Geral da Saúde

ASSUNTO: Termos de referência para estudo sobre adesão da população portuguesa à utilização da solução de rastreio de proximidade digital implementada no âmbito da COVID-19

No âmbito da pandemia de COVID19, teve de se assegurar a identificação e acompanhamento de contactos, através de ferramentas digitais, para reforçar a interrupção de cadeias de transmissão. Neste contexto, foi criado o sistema digital para dispositivos móveis - STAYAWAY COVID.

Conforme o Decreto-Lei n.º 52/2020, de 11 de agosto, a Direção-Geral da Saúde (DGS) é a entidade responsável pelo tratamento de dados efetuado no âmbito do STAYAWAY COVID, e contrata à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS) os serviços e meios técnicos necessários ao adequado funcionamento do STAYAWAY COVID.

Esperava-se que o adequado funcionamento do sistema STAYAWAY COVID contribuísse para o rastreio digital de proximidade da COVID-19, através da utilização voluntária deste sistema digital, tratando-se de um meio complementar ao serviço da estratégia global de resposta a uma emergência de saúde pública determinada pela pandemia. No entanto, a adesão da população portuguesa ao mesmo foi aquém do esperado.

No âmbito da Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 pelo Ministério da Saúde, o Tribunal de Contas recomendou "Promover a elaboração de um estudo sobre os determinantes da fraca adesão da população portuguesa à efetiva utilização da solução de rastreio de proximidade digital implementada, designadamente identificando as principais barreiras à sua adoção e utilização, por forma a sustentar a criação de mais adequados mecanismos de incentivo ao seu uso, em futuras situações de resposta pandémica em que se justifique a adoção deste tipo de soluções".

Assim, **coloca-se à consideração superior os termos de referência para a promoção de um estudo de investigação em epígrafe.**

DESPACHO

Concordo.

Atenciosa pf
adequar de
encargo para
o estudo.

[Handwritten Signature]
D. Sá Machado
Direção-Geral da Saúde
4/12/2023

**DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE
CONFORME O ORIGINAL**

Título: Adesão da população portuguesa à utilização da solução de rastreio de proximidade digital implementada no âmbito da COVID-19

Objetivos do estudo:

- Identificar os fatores que determinaram a adesão à STAYAWAY COVID;
- Identificar as principais barreiras à adoção e utilização dessa tecnologia;
- Suportar recomendações de mecanismos de incentivo que possam aumentar a adesão da população em futuras respostas pandémicas.

Desenho de estudo e metodologia:

Desenhar um estudo nacional representativo dirigido a utilizadores e não-utilizadores da aplicação STAYAWAY COVID, através de metodologias quantitativas e qualitativas, em possível colaboração com a área de ciências comportamentais.

Sugere-se a abordagem dos seguintes temas, entre outros: a literacia digital e o conhecimento sobre a tecnologia de rastreio de proximidade digital, a perceção de efetividade e segurança da tecnologia, as preocupações com a privacidade e segurança de dados, a acessibilidade da tecnologia, e a confiança nas fontes de informação sobre a tecnologia.

Pertinência do estudo:

Para além de constituir, os resultados deste estudo podem informar políticas de saúde pública, estratégias de comunicação e ações governativas para promover a adesão a soluções de rastreio de proximidade digital no futuro. Além disso, as conclusões podem orientar a implementação de tecnologias similares em futuras situações pandémicas.

Comissão de acompanhamento do estudo:

Direção-Geral da Saúde
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Entregáveis:

1. Um relatório abrangente e detalhado para responder aos objetivos específicos do estudo, incluindo análises estatísticas;
2. Um documento com recomendações de mecanismos de incentivo que possam aumentar a adesão da população em futuras respostas pandémicas;
3. Um resumo do estudo para divulgação pública.

Cronograma:

Data de início do estudo: 15/01/2024

Primeiras conclusões do estudo e reunião com comissão de acompanhamento: 15/07/2024

Submissão dos entregáveis: 15/12/2024

Ética e conformidade:

O estudo aderirá aos mais altos padrões de pesquisa ética, garantindo a confidencialidade e o consentimento informado de todos os participantes. A conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, os regulamentos nacionais de proteção de dados e demais normas legais aplicáveis serão estritamente mantidas.



Orçamento:

O planeamento detalhado do orçamento será submetido separadamente, abrangendo recursos humanos, colheita de dados, análise, envolvimento da comissão de acompanhamento e produção de relatórios (entregáveis).

Entidades a convidar:

Divulgação junto dos parceiros académicos, preferencialmente com experiência em abordagens qualitativas e na área das ciências comportamentais.

Avaliação:

- Relatórios intermédios serão submetidos trimestralmente à DGS;
- Uma auditoria externa e revisão por pares da metodologia e resultados do estudo irão garantir precisão e validade do mesmo.

À consideração superior.

Pedro Pinto Leite

Pedro Pinto Leite
Diretor de Serviços de Informação e Análise

Pedro Pinto Leite
Diretor de Serviços de Informação e Análise

Benvinda dos Santos

Benvinda dos Santos
Diretora de Serviços da Prevenção da
Doença e Promoção da Saúde



NÚMERO: 49/2023

DATA: 04/12/2023

PARECER

PROPOSTA

INFORMAÇÃO

DE: Direção de Serviços de Informação e Análise

PARA: Diretora-Geral da Saúde

ASSUNTO: Reuniões técnicas com pontos focais e atualização do Manual do SINAVE

DESPACHO

No âmbito da Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 pelo Ministério da Saúde, o Tribunal de Contas recomendou *"Providenciar pela instituição de mecanismos que promovam eficazmente a **qualidade de dados críticos** que seja necessário recolher junto das autoridades de saúde locais e regionais, designadamente através da **explicitação clara de conceitos e métricas**, da **validação sistemática da respetiva coerência e congruência** e da criação de **procedimentos de extração e reporte automático**, que desonerem as autoridades de saúde pública da realização manual destas tarefas e contribuam para a obtenção de informação que melhor assegure a correta medição das realidades em análise"*.

Assim, coloca-se à **consideração superior a concordância e autorização** para a Direção de Serviços de Informação e Análise realizar as atividades infra:

1. Solicitar às Autoridades de Saúde a indicação de um **ponto focal** regional (ou local, por Unidade Local de Saúde) para a vigilância em saúde pública, junto das respetivas equipas de saúde pública;
2. **Manter reuniões técnicas** com os pontos focais **pelo menos uma vez por mês**;
3. **Rever** no final de cada ano civil, e quando se demonstrar necessário, o **manual do SINAVE**, solicitando contributos aos pontos focais para a vigilância em saúde pública e validando a versão revista em reunião de trabalho.

de acordo como pto focal

Pedro Pinto Leite

Diretor de Serviços de Informação e Análise

Pedro Pinto Leite
Diretor de Serviços de Informação e Análise

Concordo,

F. Sá Machado
Diretora-Geral da Saúde

4/12/2023

**DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE
CONFORME O ORIGINAL**

05/12/2023 Pedro Pinto Leite



NÚMERO: 51/2023

PARECER

DATA: 05/12/2023

PROPOSTA

INFORMAÇÃO

DE: Diretor de Serviços de Informação e Análise

PARA: Diretora-Geral da Saúde

ASSUNTO: Relato de Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde – Processo n.º 15/2021 – Audit – 2.ª S - Recomendações R.12 a R.14

DESPACHO

Na sequência do pedido de pronúncia relativo às Recomendações R.12 a R.14 do Tribunal de Contas, constantes no *Relato de Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde*, aceitando e em cumprimento das Recomendações que a esta Direção-Geral dizem respeito, vem-se informar e propor a V.Exa. o seguinte:

R.12. Assegurar que a aplicação informática de suporte ao Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) está adequadamente adaptada para responder a futuras emergências de saúde pública, designadamente garantindo a sua capacidade para lidar com o registo e processamento de volumes massivos de dados e com a sua utilização simultânea e em larga escala pelos diferentes perfis de utilizadores previstos. E, ainda, eliminando ineficiências no processamento e acesso tempestivo aos dados registados e salvaguardando a interoperabilidade com outros sistemas de informação relevantes, por forma a permitir um eficaz suporte às atividades de vigilância epidemiológica.

No âmbito das reuniões técnicas semanais entre as equipas da Direção-Geral da Saúde (DGS) e da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS) – a quem a DGS contrata os serviços e meios técnicos necessários ao adequado funcionamento da aplicação do SINAVE - tem-se adaptado de forma contínua a mesma, na perspetiva técnica e funcional, incluindo a integração de outros sistemas de informação.

Junta-se em anexo, por documento n.º 1, a confirmação por *email* da SPMS relativa à entrada em produção (PROD) da interoperabilidade do SINAVE com o VACINAS/“PNB Vacinas” (exemplo na infeção por Zika) e SICO (exemplo no preenchimento da data de óbito na notificação clínica).

Concordo.

Rita Sá Pacheco

5/12/2023

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE 1/3
CONFORME O ORIGINAL



R.13. Em futuras situações de emergência em saúde pública: (i) que exijam o envolvimento e atuação de todas as autoridades de saúde pública locais e regionais, através do desenvolvimento de procedimentos uniformes, com base em critérios e orientações comuns; (ii) que careçam de acompanhamento e monitorização, a nível nacional, dos respetivos níveis de atividade e de afetação de recursos; (iii) e verificando-se a existência de limitações nas soluções informáticas de âmbito nacional existentes, para responder adequadamente. Promover o oportuno desenvolvimento, a nível central, de soluções únicas, ainda que de carácter contingencial e provisório, que superem as limitações identificadas e assegurem respostas adequadas e oportunas, evitando assim as ineficiências decorrentes da criação de múltiplas e distintas soluções locais “à medida”.

No âmbito da abordagem de *epidemic intelligence* para deteção precoce de ameaças e situações de emergência em saúde pública, o Centro de Emergências em Saúde Pública retomou semanalmente as Reuniões de Observações, Notícias, Dados e Alertas (RONDA), onde foram reforçados os participantes, passando a integrar, para além dos representantes da DGS, um representante de cada Autoridade de Saúde Regional e do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Estas reuniões envolvem as Autoridades de Saúde na uniformização de abordagens com base em critérios e orientações comuns, e constituem um fórum que permite a monitorização das atividades e recursos aos diferentes níveis no âmbito de resposta aos alertas discutidos, e mitigar a criação de soluções “à medida”.

De igual forma, a Direção-Geral da Saúde coordena a *Direct Grant* destinada a Portugal para “melhorar e fortalecer os sistemas de vigilância nacionais e apoiar a capacitação para o desenvolvimento de sistemas interoperáveis, confiáveis e modernos”, através do desenvolvimento de infraestruturas, da capacitação, e do desenvolvimento de projetos-piloto, nomeadamente módulos de rastreio de contactos para determinadas doenças, e implementação e aceitação dos novos sistemas de vigilância. O desenvolvimento de soluções únicas neste sistema, a nível central, supera as limitações identificadas e assegura respostas adequadas e oportunas.

Junta-se em anexo, por documento n.º 2, o comprovativo de submissão da DGS como Autoridade Competente para a *Direct grants to Member States’ authorities – nominations under EU4HEALTH Programme* em 08/09/2023.

R.14. Em futuros contextos pandémicos em que haja necessidade de recolher de forma recorrente dados junto das autoridades de saúde pública locais e regionais, para efeitos de monitorização e acompanhamento das respetivas intervenções, providenciar pelo desenvolvimento de soluções de extração e reporte automático, evitando a sobrecarga dos profissionais de saúde pública com tarefas relacionadas com o preenchimento e reporte de dados e assegurando maior fiabilidade da informação assim apurada.

Analisada esta Recomendação, informa-se que o módulo de gestão em desenvolvimento no SINAVE prevê responder à necessidade de apoio à monitorização nacional, regional e local das atividades de investigação epidemiológica e rastreio de contactos, e afetação de recursos para esse efeito, da forma mais automática possível e com possibilidade de extração da informação.



A Direção de Serviços de Informação e Análise (DSIA) já procedeu à elaboração de protótipo interno, que será partilhado com a SPMS assim que os trabalhos em curso sejam concluídos, face às prioridades definidas.

Junta-se em anexo, por documento n.º 3, uma visualização do protótipo de módulo de gestão elaborado pela DSIA.

Submete-se a presente informação à apreciação da Senhora Diretora-Geral da Saúde.
Juntam-se 3 anexos.

 Pedro Pinto Leite
Diretor de Serviços de Informação e Análise

Pedro Pinto Leite
Diretor de Serviços de Informação e Análise

SINAVE 2.0 Nova versão - PROD - 10/10/2023

Teresa Velosa <teresa.velosa@spms.min-saude.pt>

qua, 11/10/2023 12:23

Para: João Vieira Martins <joaovieiramartins@dgs.min-saude.pt>; Pedro Licínio Pinto Leite <pedroleite@dgs.min-saude.pt>; Joana Moreno <joanamoreno@dgs.min-saude.pt>; Maria João Albuquerque <mjalbuquerque@dgs.min-saude.pt>; Vigilância Epidemiológica Doenças Transmissíveis <VEDT@dgs.min-saude.pt>

Cc: Patrícia Monteiro <patricia.m.ext@spms.min-saude.pt>; Tomás Gonçalves <tomas.goncalves.ext@spms.min-saude.pt>; Isabel Meneses <isabel.meneses@spms.min-saude.pt>

Boa tarde a todos,

Informamos que foi executado com sucesso a 10/10/2023 pelas 17h, *deploy* de nova versão do SINAVE 2.0 em ambiente de PROD, com as seguintes alterações:

- Como administrador ter capacidade de fazer extrações de alertas SINAVELAB
- Atualização do questionário da Zika (Infeção por vírus) com a informação do PNB Vacinas
- Atualização de regras ECDC de acordo com o MetaDataSet_52 no questionário da Doença dos Legionários

Os melhores cumprimentos,

Teresa Velosa

Gestora de Projeto

Unidade de Sistemas de Epidemiologia e Apoio à Clínica

Direção de Sistemas de Informação



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



SPMS^{EPE}
Serviços Partilhados do
Ministério da Saúde

SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EPE

SHARED SERVICES FOR MINISTRY OF HEALTH, EPE

Av. º da República, n.º 61 - 1050-189 Lisboa | Portugal

T: +351 211 545 600 | M: +351 930 504 740

www.spms.min-saude.pt





SINAVE 2.0 Nova versão - PROD - 18/07/2023

Patrícia Monteiro <patricia.m.ext@spms.min-saude.pt>

ter, 18/07/2023 17:39

Para: João Vieira Martins <joaovieiramartins@dgs.min-saude.pt>; Pedro Licinio Pinto Leite <pedroleite@dgs.min-saude.pt>; Joana Moreno <joanamoreno@dgs.min-saude.pt>; Maria João Albuquerque <mjalbuquerque@dgs.min-saude.pt>; Vigilância Epidemiológica Doenças Transmissíveis <VEDT@dgs.min-saude.pt>

Cc: João Ferreira <joao.ferreira@spms.min-saude.pt>; Teresa Velosa <teresa.velosa@spms.min-saude.pt>; Isabel Meneses <isabel.meneses@spms.min-saude.pt>; Tomás Gonçalves <tomas.goncalves.ext@spms.min-saude.pt>

Boa tarde,

Informamos que foi executado com sucesso hoje, 18/07/2023 pelas 17h, deploy de nova versão do SINAVE 2.0 em ambiente de PROD, com as seguintes alterações:

- Validação de diversos casos em simultâneo
- Preencher Data de Óbito no registo de NotClin
- Permitir ao utilizador alterar o perfil de saúde pública a partir da barra de navegação
- Visualização no histórico da classificação atribuída ao caso no momento
- Possibilidade de associar um caso a um surto independentemente do nível a que o caso esteja
- Extrações JMJ

Encontramo-nos disponíveis para quaisquer esclarecimentos que considerem necessários.

Os melhores cumprimentos,

Patrícia Monteiro

Equipa SINAVE

Unidade de Sistemas de Epidemiologia e Apoio à Clínica

Direção de Sistemas de Informação



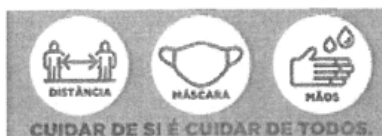
SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EPE

SHARED SERVICES FOR MINISTRY OF HEALTH, EPE

Av. 1.ª da República, n.º 61 - 1050-189 Lisboa | Portugal

T: +351 211 545 600

www.spms.min-saude.pt



Seja responsável na partilha de informação e/ou dados pessoais nos e-mails que envia.

Contribution ID: b2809550-42e4-460b-b913-b73cadd75602
Date: 08/09/2023 18:36:23

Anexo:
Documento n.º 2
4 páginas

Direct grants to Member States' authorities – nominations under EU4HEALTH Programme - Work Plan 2023

Fields marked with * are mandatory.

Welcome! Step 1: Instructions and completion of the nomination form

This page collects the 2023 Direct Grants (other than joint actions) nominations.

We are inviting the eligible countries to nominate competent authorities and, if necessary, the relevant affiliated entities participating in the EU4Health Programme Direct Grants (other than joint actions).

Please nominate one competent authority and, if necessary, the relevant affiliated entities for each of the following Direct Grants (other than joint actions) and upload the forms here:

- EU4H-2023-DGA-MS-IBA-01: *Direct grants to Member States' authorities: **improving and strengthening national surveillance systems (Regulation of the European Parliament and of the Council on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013/EU) (CP-g-23-01)*** - EUR 97 300 000 EU co-funding

- EU4H-2023-DGA-MS-IBA-04: *Direct grants to Member States' authorities: **increase health data semantic interoperability and build national capacity on health terminologies (DI-g-23-75)*** - EUR 5 400 000 EU co-funding

- EU4H-2023-DGA-MS-IBA-05: *Direct grants to Member States' authorities: **development and enhancement of MyHealth@EU services, including vaccination card services (DI-g-23-77)*** - EUR 4 000 000 EU co-funding

To submit your nomination, please follow the two steps below:

Step 1 - completion of the nomination form:

Download the editable pdf nomination form. Please complete, print and have the form signed by the legal representative of the nominating authority, normally the Ministry of Health or Health Board.

The editable .pdf template has a limited number of characters; please double-check that all filled fields are visible and readable before signature.

Please prepare 1 form per 1 Direct Grant nomination (if 1 organisation is participating in 2 or more actions, please prepare 2 or more forms)!

Click on the editable pdf nomination form:



Please download, fill, print, sign and scan.

[EU4Health_Programme_WP2023_DGAtoMS_NominationForm_active.pdf](#)

Once you have completed, signed and scanned the nomination form, please press "Next >" to proceed with the upload of the nomination form.

Step 2: Submission of the nomination

Step 2 - Submission of the nomination form:

Please upload the completed, signed and scanned nomination form.

Please complete the fields below in line with the information provided in the signed, scanned and uploaded.pdf nomination form.

* 1 Nomination for the following Direct Grants (other than joint actions) (if 1 organisation is participating in 2 or more Direct Grants, please repeat this step as many times as needed):

EU4H-2023-DGA-MS-IBA-01: *Direct grants to Member States' authorities: **improving and strengthening national surveillance systems (Regulation of the European Parliament and of the Council on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013 /EU) (CP-g-23-01)*** - EUR 97 300 000 EU co-funding

EU4H-2023-DGA-MS-IBA-04: Direct grants to Member States' authorities: **increase health data semantic interoperability and build national capacity on health terminologies (DI-g-23-75)** - EUR 5 400 000 EU co-funding

EU4H-2023-DGA-MS-IBA-05: Direct grants to Member States' authorities: **development and enhancement of MyHealth@EU services, including vaccination card services (DI-g-23-77)** - EUR 4 000 000 EU co-funding

* Nomination as **Competent Authority or Affiliated Entity**

- Competent Authority** of the country
 Affiliated Entity to the Competent Authority

Please **upload** the completed, signed and scanned nomination form

[6a3807eb-da0f-410d-ad8e-dd8f702de88e/EU4H-2023-DGA-MS-IBA-01_Nomination_DGS.pdf](#)

Please complete the fields below in line with the information provided in the signed, scanned and uploaded.pdf nomination form.

* Country

Portugal

* Organisation's **Full Name**



Direção-Geral da Saúde

* Organisation's **Acronym**

DGS

* Contact Person's **name**

Paula Vasconcelos

* Contact Person's **Phone Number** (+32 11122)

+351 91 21 52 008

* Contact Person's **email address**

pvasconcelos@dgs.min-saude.pt

Please **upload** the legal act describing the establishment of the nominated competent authority and illustrating its role

[1da68270-0622-42e4-8ad2-9dea95c8f2ce/Organic_Law_Directorate_General_of_Health.pdf](#)

If applicable, please provide further information (e.g. list of envisaged affiliated entities ...):

Privacy and data protection policy

Participation in the Direct Grant will involve the collection, use and processing of personal data (such as name, address and telephone numbers). This data will be processed in accordance with Regulation No 2018/1725*. It will be processed by HaDEA solely for the purpose of evaluating the proposal and subsequent management of the grant (e.g. list of participants of the Direct Grant and share data among those participants) and, if needed, programme monitoring, evaluation and communication with DG Health and Food Safety, National Focal Points. Details are available on [HaDEA's Data Protection](#) page.

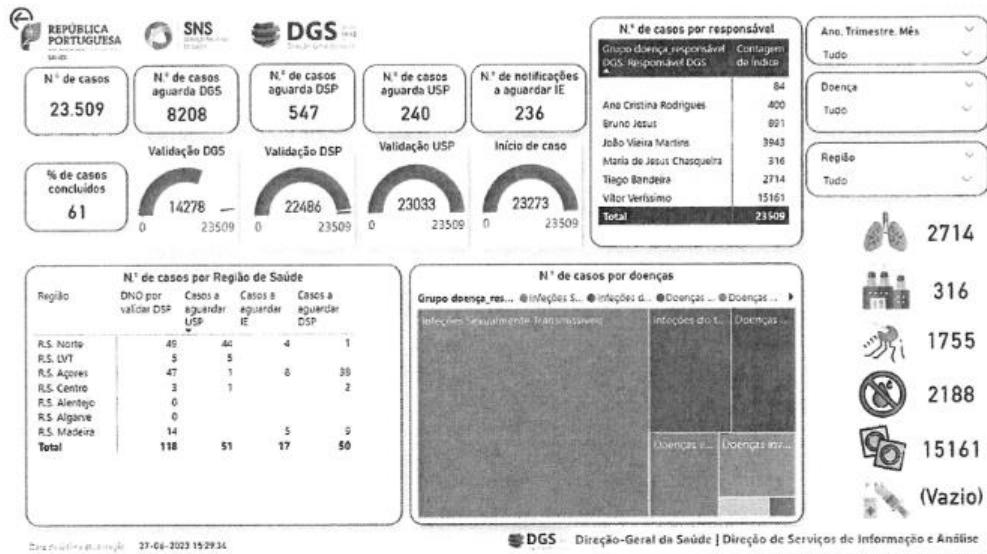
*Regulation (EU) 2018/1725 of the European Parliament and of the Council of 23 October 2018 on the protection of personal data by the European Union's institutions and bodies and on the free movement of such data.

Contact

[Contact Form](#)



Anexo:
Documento n.º 3
1 página



Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE



Exmo. Senhor
Dr. José Tavares
Presidente do Tribunal de Contas
Av. da República, 65
1050-189 Lisboa

c/c

Dr. José Carpinteiro
Auditor-Coordenador
Departamento de Auditoria V
DAV@tcontas.pt

N/ Ref.: S 5453 28.11.2023

V/ Ref.:

Assunto: Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde

Através de comunicação enviada por carta registada, e aviso de receção, e recebida no passado dia 14 de novembro remeteu o Tribunal de Contas o relato da “auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia covid-19 por parte do Ministério da Saúde” tendo concedido um prazo de 10 dias úteis para eventual pronúncia relativa ao projeto de recomendações dirigidas à Senhora Presidente do Conselho de Administração da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde E.P.E.

Para o efeito, verificando a possibilidade de pronúncia concedida, remetem-se *infra* alguns pontos que se consideram relevantes no âmbito em apreço:

- **R.12.** Assegurar que a aplicação informática de suporte ao Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) está adequadamente adaptada para responder a futuras emergências de saúde pública, designadamente garantindo a sua capacidade para lidar com o registo e processamento de volumes massivos de dados e com a sua utilização simultânea e em larga escala pelos diferentes perfis de utilizadores previstos. E, ainda, eliminando ineficiências no processamento e acesso tempestivo aos dados registados e salvaguardando a interoperabilidade com outros sistemas de informação relevantes, por forma a permitir um eficaz suporte às atividades de vigilância epidemiológica.

Observando a proposta de recomendação apresentada, demonstra-se pertinente transmitir que se encontra previsto, no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência, o desenvolvimento de uma **plataforma informática única que assegure a vigilância epidemiológica** e promova a recolha e monitorização de informação relativa a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública.

Esta solução irá integrar as funcionalidades atualmente dispersas no SINAVE e na aplicação Trace COVID-19 e irá assegurar a interoperabilidade com outros sistemas de informação relevantes.

- **R.13.** Em futuras situações de emergência em saúde pública:

(i) que exijam o envolvimento e atuação de todas as autoridades de saúde pública locais e regionais, através do desenvolvimento de procedimentos uniformes, com base em critérios e orientações comuns;

(ii) que careçam de acompanhamento e monitorização, a nível nacional, dos respetivos níveis de atividade e de afetação de recursos;

(iii) e verificando-se a existência de limitações nas soluções informáticas de âmbito nacional existentes, para responder adequadamente.

Promover o oportuno desenvolvimento, a nível central, de soluções únicas, ainda que de caráter contingencial e provisório, que superem as limitações identificadas e assegurem respostas adequadas e oportunas, evitando assim as ineficiências decorrentes da criação de múltiplas e distintas soluções locais “à medida”.

Face ao descrito na proposta de recomendação, informa-se que se encontra previsto, em âmbito de PRR o desenvolvimento de uma **plataforma informática única que assegure a vigilância epidemiológica** e promova a recolha e monitorização de informação relativa a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública.

Esta solução irá integrar as funcionalidades atualmente dispersas no SINAVE e na aplicação Trace COVID-19 e irá assegurar a interoperabilidade com outros sistemas de informação relevantes.

- **R.14.** Em futuros contextos pandémicos em que haja necessidade de recolher de forma recorrente dados junto das autoridades de saúde pública locais e regionais, para efeitos de monitorização e acompanhamento das respetivas intervenções, providenciar pelo desenvolvimento de soluções de extração e reporte automático, evitando a sobrecarga dos profissionais de saúde pública com tarefas relacionadas com o preenchimento e reporte de dados e assegurando maior fiabilidade da informação assim apurada.



SPMS_{EPE}
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Considerando a proposta de recomendação constante do ponto supra descrito, informa-se que se encontra em análise a possibilidade de desenvolvimento, em âmbito PRR, de um **módulo de *Business Intelligence* de suporte à vigilância epidemiológica nacional**, sendo que, a implementar, esta solução irá permitir a monitorização de doenças e apoiar as estratégias de prevenção e mitigação de riscos de saúde pública por parte da Direção Geral da Saúde e restantes Autoridades de Saúde.

Encontramo-nos disponíveis para o que se verifique necessário,

Com os melhores cumprimentos, *personais*

A Presidente do Conselho de Administração

Sandra Cavaca



Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



S/referência: 49810 de 13.11.2023
Proc. 15/2021 - Audit

N/referência: 60409/2023/GAI/ACSS

Exmo. Senhor
Auditor-Coordenador
Departamento de Auditoria V
Tribunal de Contas
Dr. José Carpinteiro
DAV@tcontas.pt

Assunto: Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde

Relativamente ao assunto em epígrafe, tendo este Instituto sido notificado do Relato do Processo de Auditoria n.º 15/2021-AUD, através do v/ ofício S-49810/2023, de 13.11.2023, cujo teor mereceu a nossa melhor atenção, serve o presente para informar V/ Ex. que não dispomos de quaisquer observações a formular sobre o mesmo.

Ficamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento adicional que seja necessário.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

Digitally signed by Vítor Herdeiro
CN=Vítor Herdeiro, O=Administração Central
do Sistema de Saúde, IP, OU=Presidente do
Conselho Diretivo, C=PT
Date: 2023.11.15T13:25:08 +00:00
Reason:

Victor Herdeiro

Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP

De: Fernando de Almeida [REDACTED]
Enviado: 30 de novembro de 2023 16:30
Para: Tribunal de Contas - DAV
Cc: Jose Carpinteiro; GDOCSservice; Cristina Abreu dos Santos; António Azevedo
Assunto: RE: Relato de Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde - Proc. nº 15/2021 Audit - 2ªS

Ex.maª Senhora Dr.ª Iva Maia
AUDITOR-CHEFE

Relativamente à vossa comunicação, no mail infra, cumpre informar que o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge nada tem a acrescentar em relação às conclusões da auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde.

Com os meus respeitosos cumprimentos,

Fernando de Almeida

Presidente do Conselho Diretivo
Chairman of the Executive Board

Nota: No quadro do processo de desmaterialização do INSA, esta mensagem não terá qualquer suporte em papel, pelo que não será enviado ofício.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE | NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH DOUTOR RICARDO JORGE

Avenida Padre Cruz | 1649-016 Lisboa | PORTUGAL

TEL +351 217519379

www.insa.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP

De: Secretariado CA [REDACTED]

Enviada: 27 de novembro de 2023 11:24

Para: Tribunal de Contas - DAV <DAV@tcontas.pt>

Assunto: Relato de Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde - Proc. nº 15/2021 Audit - 2ªS

Importância: Alta

Exma. Senhora

Dra. Iva Maia

Auditor-Chefe do Departamento de Auditoria V

Tribunal de Contas

No âmbito da auditoria referida em epígrafe, correspondendo à V/ comunicação de 13 de novembro p.p., e tendo esse Tribunal solicitado a esta Administração Regional de Saúde pronúncia sobre o projeto de relato em sede de contraditório, cumpre informar o seguinte:

Alerta-se para o facto de ter existido, no ano de 2021, a contratação ao setor privado de serviços médicos para a realização de inquéritos epidemiológicos e de rastreio junto da população, serviços esses que foram solicitados pelo Departamento de Saúde Pública (DSP) desta Administração Regional de Saúde, e que serviram precisamente para suprir carências de recursos humanos. Na fundamentação enviada pelo DSP à Unidade de Aprovisionamento,

Logística e Património, foi enaltecida a importância da colaboração daqueles profissionais médicos na realização de inquéritos epidemiológicos no âmbito da investigação e acompanhamento da pandemia por COVID-19, da área de influência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Pinhal Litoral, devido à falta de recursos humanos.

Neste sentido, sinaliza-se o conteúdo do ponto 12 do Anexo XI “Análise das respostas do inquérito às autoridades de saúde regionais” do relato em análise, onde se lê que se exclui esta Administração Regional de Saúde do elenco de entidades que manifestaram carências várias na área de recursos humanos. Aliás, faz-se notar que essa informação se afigura contraditória ao disposto nas notas de rodapé do próprio documento (cfr. página 102, alínea d)).

Ao dispor para eventuais esclarecimentos que sejam considerados necessários.

Com os melhores cumprimentos.

Rosa Reis Marques

Presidente do Conselho Diretivo



Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

Alameda Júlio Henriques, s/n, Apartado 1087

3001-553 Coimbra, PORTUGAL

Tel.: (+351) 239 796 800

www.arscentro.min-saude.pt



Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

ARSLVT Saúde - 5928 / GJC Jurídico / 2023 - 2023-11-28



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exmo Senhor

Dr- José António Carpinteiro

Auditor- Coordenador do Tribunal de Contas

Av. da República, 65

1050-189 LISBOA

TRIBUNAL DE CONTAS

E 10786/2023
2023/11/30



C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
DAV- UAT.1 Procº nº 15/2021-Audit	13.11.2023	5928 / GJC-Jurídico / 2023 PROCº Nº 2263/2023SD	27-11-2023

Assunto Auditoria à Testagem e Rastreio de Contactos no âmbito da resposta à Pandemia COVID 19 por parte do Ministério da Saúde.

Na sequência da notificação constante do ofício de V. Exa. acima referenciado, vem esta Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) emitir a seguinte pronúncia:

1. Como Nota Prévia é de referir que a equipa regional do Departamento de Saúde Pública da ARSLVT coordenou a resposta das autoridades de saúde na Região e deu apoio às equipas de Saúde Pública (SP) locais, na decisão e com afetação de meios:
 - Avaliação das necessidades de recursos humanos e de meios;
 - Emissão de orientações, avaliação conjunta de situações de risco, definição de metodologias uniformes para realização dos inquéritos epidemiológicos, desenvolvimento de aplicações (emissão de declarações de isolamento, prescrição de testes);
 - Monitorização da atividade de rastreio e do tempo afeto a esta atividade, essencial para o acompanhamento da resposta de Saúde Pública (SP) e para a gestão e planeamento de recursos;
 - Gestão de equipas partilhadas de rastreadores com realocação às equipas locais de SP em maior carga e com menos recursos, reforçando a cooperação entre ACES e a redução das iniquidades entre os serviços de SP da Região.

2. No que se refere ao Ponto 114, a fls. 26, consta o seguinte:

“Numa fase inicial da resposta pandémica, o rastreio de contactos implicava duas atividades distintas, mas relacionadas, desenvolvidas por duas equipas diferenciadas: (i) uma equipa de “inquiridores”, responsável pela gestão do “caso” e pela realização dos inquéritos epidemiológicos (IE), constituída por profissionais com maior grau de diferenciação, que faziam o contacto com o caso confirmado, identificavam os seus contactos, estratificavam-nos em função do risco e registavam esta informação; e (ii) uma equipa de “isoladores”, que recebia a informação dos contactos do caso confirmado, com a respetiva estratificação de risco e que efetuava o conseqüente contacto com estas pessoas, de acordo com um guião pré-definido.”

Ora, é importante clarificar que:

Numa fase mais inicial da resposta da Saúde Pública no que diz respeito ao rastreio de contactos, o inquérito epidemiológico e o isolamento eram feitos pelos rastreadores. Estes rastreadores foram, maioritariamente, nesta fase inicial, profissionais das Unidades de Saúde Pública que foram reforçados por profissionais de outras equipas dos ACES.

Numa fase mais posterior, em janeiro de 2021, de maior pressão ao nível da incidência de casos, a metodologia de inquérito em Lisboa e Vale do Tejo, foi reformulada e uniformizada e as equipas, a nível regional, foram reorganizadas em equipa de “isoladores” e em equipa de “rastreadores”. Os “isoladores” iniciavam o contacto prévio com o caso, isolavam o caso, informavam-no das medidas de isolamento e da necessidade de identificarem os seus contactos no período de transmissibilidade da doença para, subsequentemente, os “rastreadores”, mais diferenciados, avaliarem o risco de cada contacto e implementarem as medidas preconizadas para estes.

3. No que se refere ao Ponto 119, também a fls. 26, consta o seguinte:

“Para a efetivação do reforço das equipas de saúde, os departamentos de saúde pública e as unidades de saúde dos ACES recorreram maioritariamente à reafecção de profissionais das suas estruturas, que, sob a orientação técnica das autoridades de saúde, apoiaram a atividade de investigação epidemiológica.”

Entende, esta ARSLVT, que deve ser prestada a seguinte clarificação:

Em Lisboa e Vale do Tejo esta afirmação relativa ao reforço das equipas de Saúde Pública da ARSLVT por meio de reafecção de profissionais das suas estruturas já em si carenciadas, corresponde a uma fase muito, muito inicial, uma vez que a ARSLVT (sede) desenvolveu várias estratégias para reforço de recursos humanos para as equipas de Saúde Pública.

A contratação de técnicos superiores para rastreadores, que operavam na sede, sob a orientação do Departamento de Saúde Pública da ARSLVT, com atividade dedicada ao rastreio de contactos e com possibilidade da sua reafecção de forma flexível a equipas locais consoante a necessidade foi uma das principais estratégias de suporte à resposta das equipas de Saúde Pública da Região. Esta contratação atingiu o seu máximo com 140 técnicos contratados (em janeiro de 2022). Foram também contratados assistentes técnicos para apoio a esta atividade de saúde pública.

Acresce ainda o recurso a trabalho extraordinário de profissionais, incluindo os médicos Internos de formação geral e de formação específica (também de especialidades hospitalares).

Para além de outras respostas descritas, sumariamente, no ponto 121 a pág. 27 do relato de auditoria referente aos apoios dados por militares e por profissionais dos municípios.

Com os melhores cumprimentos, *R. Faria*

N. Venade
O Conselho Diretivo,



NUNO VENADE
Vogal do Conselho Diretivo
da ARSLVT, IP



Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



27.11.23 002722

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador do Tribunal de
Contas
Avenida da República, 65
1050-189 Lisboa

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
DA V - UAT.1 Proc. N.º 15/2021 - Audit	S 49826/2023 2023/11/13	N.º: Gab. ATF-CD PROC. N.º:	27-11-2023

ASSUNTO: Auditoria à testagem e rastreio de contactos no âmbito da resposta à pandemia COVID-19 por parte do Ministério da Saúde

Na sequência do ofício mencionado em epígrafe, que deu entrada neste instituto por via postal a 14 de novembro de 2023, vem a ARS Algarve, I. P., no prazo de 10 dias úteis e no âmbito do exercício de contraditório, informar V. Exa. que, em especial e no que concerne às conclusões e recomendações, nada tem a pronunciar sobre as mesmas.

Todavia, no que respeita ao Relato na sua globalidade, apresentam-se as seguintes sugestões:

- Uniformização da designação de “laboratório regional de saúde” para “laboratório regional de saúde pública”, uma vez que em algumas situações tal menção altera o significado da sua essência;
- Uniformização da expressão “autoridades de saúde pública” para “autoridades de saúde de âmbito nacional, regional e local” em conformidade com o disposto no Decreto-Lei n.º 82/2009, de 02 abril, alterado pelo Decreto-Lei n.º 135/2013, de 04 de outubro.

Com os melhores cumprimentos,

Carla Morgado
Presidente do Conselho Diretivo
ARS Algarve, I.P.