

SAÚDE**Gabinete da Secretária de Estado da Saúde****Despacho n.º 3390/2025**

Sumário: Determina a atualização da estrutura de governação do Programa Nacional para a Diabetes (PND) e o funcionamento das consultas de diabetes.

O Programa Nacional para a Diabetes (PND) é um dos programas de saúde pública mais antigos em Portugal, existindo desde 1974, tendo sido, a partir do ano de 2012, considerado um dos Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Tal como salientado na Resolução de 14 de março de 2012 do Parlamento Europeu, o crescimento da diabetes constitui um desafio à sociedade e aos sistemas de saúde, ao qual urge dar resposta. Estima-se que a diabetes represente cerca de 9 % das despesas em saúde na União Europeia.

Em Portugal, em dezembro de 2024, estavam registadas mais de 930 000 pessoas com diagnóstico de diabetes nos cuidados de saúde primários (CSP), correspondendo a cerca de 8,9 % do total de utentes inscritos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o valor mais elevado de sempre. Estima-se, assim, que a diabetes afete mais de um milhão de portugueses, sendo uma das doenças não transmissíveis mais prevalentes em Portugal, com uma das taxas de prevalência mais elevadas na União Europeia. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, existem, ainda, aproximadamente 270 800 portugueses entre os 20 e os 79 anos que apresentam pré-diabetes com anomalia da glicemia em jejum, e cerca de 1 064 900 portugueses na mesma faixa etária que apresentam pré-diabetes com tolerância diminuída à glicose.

A diabetes é um fator de risco para as principais causas de morte em Portugal, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal crónica e cancro. Além disso, pode levar a complicações graves, como cegueira e amputação, causando grande impacto na qualidade de vida e elevados custos para os doentes, a sociedade e o sistema de saúde.

Um adequado controlo da diabetes e outros fatores de risco cardiovasculares é crucial para a prevenção e controlo das complicações, com ganhos de qualidade de vida para a pessoa com diabetes. Uma abordagem multidisciplinar centrada na pessoa com diabetes, através de intervenções não farmacológicas estruturadas, poderá reduzir o encargo com o tratamento farmacológico e permitir, em alguns casos, a remissão da diabetes tipo 2, o que contribui para a sustentabilidade de todo o sistema de saúde.

Acresce, ainda, que mais de 90 % dos casos de diabetes correspondem a casos de diabetes tipo 2, muitos dos quais podem ser prevenidos ou pode ser atrasado o seu aparecimento, através da adoção de um estilo de vida saudável. Assim, importa promover a literacia e a adoção de um estilo de vida saudável, bem como promover o rastreio e o diagnóstico precoce da diabetes, diminuindo substancialmente o risco de complicações.

Reconhecendo que a efetividade das intervenções em relação à pessoa com diabetes requer uma abordagem integrada, através de equipas multidisciplinares, a fim de evitar atividades não interligadas, com duplicação de intervenções e desperdício de recursos, a existência de uma estrutura de governação do PND/DGS, que permita uma coordenação relacional eficiente entre níveis de cuidados de saúde, configura-se igualmente essencial para a melhoria de todos processos de assistência e acompanhamento na diabetes.

Essa governação tem sido levada a cabo através de três níveis, uma coordenação nacional pelo PND/DGS, uma coordenação regional, pelos coordenadores regionais das administrações regionais de saúde, e uma coordenação local que tem sido levada a cabo por unidades coordenadoras funcionais para a diabetes (UCFD), em colaboração estreita com todas as unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e dos serviços hospitalares.

Neste contexto, atenta a generalização do modelo de organização e funcionamento dos serviços de saúde do SNS em unidades local de saúde (ULS), operada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, importa proceder à adequação e criação de uma nova estrutura de governação do PND/DGS.

O modelo organizacional da prestação de cuidados especializados, que agora se preconiza, pretende melhorar as medidas de prevenção e controlo da diabetes, através da promoção da articulação entre os diversos níveis e naturezas de cuidados, da promoção da multidisciplinaridade, e da participação de todas as instituições envolvidas, com particular destaque para as organizações comunitárias e da sociedade civil, mediante consultas autónomas de diabetes, em ambulatório, e através de procedimentos padronizados, com envolvimento multidisciplinar e com tempos e espaços dedicados, tanto nas unidades de cuidados de saúde primários como nos cuidados de saúde hospitalares.

Assim, ao abrigo do disposto no artigo 1.º, alíneas a) e b) do artigo 2.º, artigo 3.º, alínea c) do artigo 4.º, alínea a) do n.º 1 do artigo 5.º, artigos 12.º e 13.º-B do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, na sua redação atual, em conjugação com o n.º 2 do artigo 8.º, o n.º 1 do artigo 10.º e o artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 32/2024, de 10 de maio, que aprova o regime de organização e funcionamento do XXIV Governo Constitucional, e no uso das competências que me foram delegadas pelo Despacho n.º 5884-A/2024, da Ministra da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 100, suplemento, de 23 de maio de 2024, determino o seguinte:

1 – O modelo de governação do Programa Nacional para a Diabetes da Direção-Geral da Saúde (PND/DGS) assenta numa estrutura com dois níveis de coordenação:

a) Nacional, através da direção do PND/DGS, nos termos do Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, e do Despacho n.º 4429/2018, de 7 de maio, nas suas redações atuais;

b) Local, através das Equipas de Coordenação Local do Programa Nacional para a Diabetes (ECL-PND), integradas nas unidades locais de saúde (ULS) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou em instituições prestadoras de cuidados de saúde do setor social e privado que acompanham pessoas com diabetes.

2 – As ECL-PND, no âmbito do SNS, são criadas em cada uma das ULS e prosseguem as seguintes atribuições:

a) Colaborar com a coordenação nacional do PND/DGS nas atividades de prevenção e controlo da diabetes, no respeito das normas e orientações, contribuindo para o cumprimento das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS);

b) Coordenar e apoiar as atividades de prevenção e controlo da diabetes na ULS a que pertencem, no respeito pelas normas e orientações;

c) Garantir uma comunicação integradora na área da diabetes, promovendo a partilha de informação e comprometendo os diversos intervenientes, no cumprimento dos objetivos do PND/DGS;

d) Coordenar o estabelecimento participado de metas concretas na área da diabetes, dentro das estratégias do PND/DGS, na ULS a que pertencem, bem como a integração necessária entre os diferentes níveis e naturezas de cuidados;

e) Promover a interligação permanente entre profissionais e serviços envolvidos nos cuidados às pessoas com diabetes, estabelecendo o circuito das pessoas com diabetes entre os níveis de cuidados, de forma a melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados prestados, numa perspetiva integradora dos recursos disponíveis;

f) Assegurar, de forma colaborativa, a definição e a melhoria contínua do percurso da pessoa com diabetes na ULS;

g) Prestar apoio e consultadoria, no âmbito da organização dos cuidados à diabetes, promovendo a educação para a saúde, o autocontrolo e os rastreios de complicações, melhorando a qualidade de vida das pessoas com diabetes e diminuindo o risco de complicações ou evitando a sua progressão;

h) Promover e coordenar a identificação dos grupos de risco para o desenvolvimento da diabetes e respetivas abordagens na sua prevenção;

i) Programar a realização de reuniões de trabalho e contribuir para o plano de formação e desenvolvimento dos profissionais, sobre os problemas locais mais pertinentes na área da diabetes, com participação dos profissionais e serviços envolvidos;

j) Coordenar a dinamização de ações de promoção da saúde e prevenção da doença, através da redução dos fatores de risco da diabetes numa perspetiva multidisciplinar, de forma articulada com o serviço de saúde pública local, através de programas estruturados de educação terapêutica, em grupo ou individuais, em colaboração com as autarquias, as escolas e as organizações da sociedade civil;

k) Articular com outras áreas, nomeadamente da segurança social e da educação, e com as autarquias, quando se revele necessário para o desenvolvimento das suas atribuições;

l) Promover o registo no processo individual, de modo a estar disponível entre os diversos níveis de cuidados de saúde, de forma a permitir a monitorização dos indicadores do PND/DGS;

m) Assegurar a recolha de informação que permita o planeamento, monitorização e avaliação das ações a desenvolver.

3 – As ECL-PND, no âmbito do SNS, são nomeadas pelo diretor-geral da Saúde, sob proposta do conselho de administração da ULS, ouvida a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.) e o diretor do PND/DGS, por um período de três anos, renovável com o acordo das partes.

4 – Podem ser criadas ECL-PND no âmbito das instituições ou grupos prestadores de cuidados de saúde do setor social e privado que acompanham pessoas com diabetes, desde que:

a) Comunicuem ao PND/DGS a intenção de constituir uma ECL-PND;

b) Comprovem o seguimento regular de pelo menos 10 000 pessoas com diabetes;

c) Apresentem proposta de constituição da ECL-PND para aprovação do PND/DGS;

d) Prossigam as atribuições previstas nas alíneas a), b), c), e), g), h), i), k), l) e m) do n.º 2;

e) Solicitem ao PND/DGS a renovação da ECL-PND, ao fim do período de três anos, nos termos das alíneas anteriores.

5 – As ECL-PND reportam ao conselho de administração da ULS ou órgão máximo de gestão equivalente e à coordenação nacional do PND/DGS.

6 – As ECL-PND elaboram um plano de ação para o triénio, no respeito das áreas prioritárias do PND/DGS, que deve ser remetido ao diretor do PND/DGS, até 60 dias após a sua nomeação.

7 – As ECL-PND elaboram um relatório anual de monitorização e avaliação que inclua, mas não se esgote, as áreas prioritárias do PND/DGS, que deve ser remetido ao diretor do PND/DGS até ao final do mês de fevereiro do ano seguinte àquele a que respeita.

8 – Deverá ser dada continuidade à contratualização com todo o sistema de saúde, de áreas específicas no âmbito da aplicação do PND/DGS, de acordo com a metodologia definida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e DE-SNS, I. P., em articulação com o PND/DGS, para a contratualização com as ULS e outras entidades prestadoras de cuidados de saúde em complementaridade com o SNS, nomeadamente no tratamento ambulatorio de pessoas com diabetes, o seu acompanhamento e monitorização e o cumprimento de protocolos terapêuticos.

9 – Para os prestadores não incluídos na alínea anterior, devem igualmente integrar os seus planos de ação, áreas, atividades e objetivos alinhados com os objetivos do PND/DGS.

10 – As ECL-PND das ULS são constituídas, enquanto membros efetivos, por:

a) Um médico especialista em medicina geral e familiar, com experiência reconhecida na área da diabetes, a designar pelo diretor clínico dos cuidados de saúde primários (CSP) da ULS, e com, pelo menos, oito horas semanais dedicadas a esta função;

b) Um médico especialista em endocrinologia ou medicina interna, caso a especialidade de endocrinologia não exista, com experiência reconhecida na área da diabetes, a designar pelo diretor clínico dos cuidados de saúde hospitalares (CSH) da ULS, e com, pelo menos, oito horas semanais dedicadas a esta função;

c) Um médico especialista em saúde pública, com experiência reconhecida na área da diabetes, a designar pelo conselho de administração da ULS, e com, pelo menos, oito horas semanais dedicadas a esta função;

d) Um enfermeiro dos CSP, com especialidade em enfermagem comunitária, com formação e experiência reconhecida na área da diabetes, a designar pelo enfermeiro diretor da ULS, e com, pelo menos, 14 horas semanais dedicadas a esta função;

e) Um enfermeiro dos CSH, com formação e experiência reconhecida na área da diabetes, a designar pelo enfermeiro diretor da ULS, e com, pelo menos, 14 horas semanais dedicadas a esta função.

11 – As ECL-PND das ULS podem, ainda, ser constituídas, enquanto membros consultivos, por:

a) Um médico especialista em pediatria, com experiência reconhecida na área da diabetes, caso exista na ULS, a designar pelo diretor clínico dos CSH da ULS;

b) Um nutricionista, com experiência reconhecida na área da diabetes, a designar pelo conselho de administração da ULS;

c) Um psicólogo, com experiência reconhecida na área da diabetes, a designar pelo conselho de administração da ULS;

d) Um técnico superior da área de serviço social, a designar pelo conselho de administração da ULS;

e) Um elemento representante dos utentes da área de abrangência da ULS, a designar pelo conselho consultivo da ULS;

f) Um elemento representante dos municípios abrangidos pela ULS, a designar pelo vogal do conselho de administração da ULS proposto pela comunidade intermunicipal ou de uma área metropolitana.

12 – As ECL-PND, no âmbito das instituições ou grupos prestadores de cuidados de saúde do setor social e privado que acompanham pessoas com diabetes, devem incluir na sua constituição:

a) Um médico, com experiência reconhecida na área da diabetes, a designar pela direção da unidade de saúde;

b) Um enfermeiro, com experiência reconhecida na área da diabetes, a designar pela direção da unidade de saúde;

c) Outros elementos, em analogia com o previsto nas alíneas a), b), c), d) e e) do n.º 11.

13 – Ao coordenador da ECL-PND, proposto ao conselho de administração da ULS ou órgão máximo de gestão equivalente pelos elementos da ECL-PND, de entre estes, compete:

a) Enviar o plano de ação para o triénio ao diretor do PND/DGS;

b) Coordenar as atividades da ECL-PND, mantendo a ligação entre níveis de coordenação do PND/DGS, assumindo-se como o coordenador local da diabetes;

c) Coordenar as atividades da ECL-PND, garantindo a articulação entre níveis de cuidados (CSP e CSH);

d) Propor uma estrutura organizativa multidisciplinar de atividade assistencial para a diabetes na ULS;

e) Convocar e presidir às reuniões da ECL-PND, estabelecendo a respetiva ordem de trabalhos, e formulando e divulgando conclusões;

f) Assegurar o funcionamento eficiente da ECL-PND e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais da equipa e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais e serviços prestadores de cuidados no âmbito da diabetes, na instituição que representa;

g) Enviar a monitorização anual de atividades e a avaliação das atividades do triénio ao diretor do PND/DGS.

14 – O elemento da ECL-PND em funções de coordenação deverá ter duas horas semanais dedicadas a esta função.

15 – Ao médico de especialista em medicina geral e familiar da ECL-PND, compete:

a) Coordenar, em colaboração com o enfermeiro dos CSP, a organização e prestação de cuidados, no âmbito da diabetes, na área dos CSP;

b) Promover o acompanhamento de qualidade das pessoas com diabetes, na área dos CSP;

c) Prestar apoio assistencial, consultivo e ou formativo às equipas da ULS, no âmbito da diabetes;

d) Promover a monitorização e avaliação periódica dos indicadores dos CSP, no âmbito da diabetes;

e) Assegurar o rastreio, avaliação e acompanhamento adequado das complicações crónicas da diabetes, ao nível dos CSP;

16 – Ao médico especialista em endocrinologia ou medicina interna da ECL-PND compete:

a) Coordenar, em colaboração com o enfermeiro dos CSH, a organização e prestação de cuidados, na área da diabetes, ao nível dos CSH;

b) Assegurar a existência de um plano educativo e terapêutico atualizados, incluindo a educação para a autogestão da doença e a coordenação de elementos responsáveis pelo tratamento das pessoas com diabetes internadas nos CSH da ULS;

c) Promover, em colaboração com o enfermeiro de CSH, o apoio assistencial, consultivo, formativo e educativo, adequado no acompanhamento das pessoas com diabetes tipo 1, nomeadamente em centros de tratamento de dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI), quando aplicável;

d) Promover a monitorização e avaliação periódica dos indicadores dos CSH, no âmbito da diabetes;

e) Assegurar a avaliação e acompanhamento adequado das complicações crónicas da diabetes, ao nível dos CSH.

17 – Ao médico especialista em saúde pública da ECL-PND compete:

a) Assegurar a monitorização e vigilância epidemiológica na área da diabetes;

b) Promover a criação e implementação de programas de intervenção no âmbito da prevenção da diabetes tipo 2, incluindo ações específicas nos determinantes de saúde;

c) Garantir a gestão adequada da diabetes tipo 1, em contexto escolar, através da prevenção de intercorrências e da minimização do seu impacto, no desempenho escolar dos alunos;

d) Definir, em articulação com o coordenador local dos rastreios de base populacional, a implementação de programas de rastreio populacional no âmbito da diabetes, nomeadamente do programa de rastreio da retinopatia diabética, ao nível da ULS.

18 – Ao enfermeiro dos CSP da ECL-PND compete:

a) Colaborar na coordenação da organização e prestação de cuidados, no âmbito da diabetes, na área dos CSP;

b) Promover a criação e implementação de programas de educação terapêutica estruturada, no âmbito da diabetes;

c) Prestar apoio assistencial, consultivo e ou formativo às equipas dos CSP, no âmbito da diabetes;

d) Promover a monitorização e avaliação periódica dos indicadores dos CSP, no âmbito da diabetes;

e) Assegurar o rastreio, avaliação e acompanhamento adequado das complicações crónicas da diabetes, ao nível dos CSP;

19 – Ao enfermeiro dos CSH da ECL-PND compete:

a) Colaborar na coordenação da organização e prestação de CSH, na área da diabetes dos CSH;

b) Prestar apoio assistencial, consultivo e ou formativo às equipas dos CSH, no âmbito da diabetes;

c) Assegurar a existência de um plano educativo e terapêutico atualizados, incluindo a educação para a autogestão da doença e a coordenação de elementos responsáveis pelo tratamento das pessoas com diabetes internadas, nos CSH da ULS;

d) Promover, em colaboração com o médico especialista em endocrinologia ou medicina interna, o apoio assistencial, consultivo, formativo e educativo, adequado no acompanhamento das pessoas com diabetes tipo 1, nomeadamente em centros de tratamento de dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI), quando aplicável;

e) Promover a monitorização e avaliação periódica dos indicadores dos CSH, no âmbito da diabetes;

f) Assegurar a avaliação e acompanhamento adequado das complicações crónicas da diabetes, ao nível dos CSH.

20 – Aos elementos consultivos da ECL-PND compete:

a) Contribuir de forma ativa, em colaboração com os restantes elementos da ECL-PND, para a elaboração do plano de ação do triénio e planos de atividades anuais;

b) Dar parecer, sempre que solicitado pelos elementos efetivos, de acordo com a sua área de competências.

21 – Os membros efetivos da ECL-PND devem reunir pelo menos quatro vezes por ano, sendo uma das reuniões para aprovação do plano de atividades e relatório de atividades, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

22 – Todos os membros da ECL-PND, efetivos e consultivos, devem reunir pelo menos uma vez por ano, para aprovação do plano de atividades e relatório de atividades.

23 – A ECL-PND pode estabelecer articulação com outras áreas, nomeadamente da segurança social, da educação e com as autarquias, quando tal se revele necessário para o desenvolvimento das suas atribuições.

24 – O apoio técnico e logístico necessário ao bom funcionamento dos trabalhos da ECL-PND é providenciado pela ULS ou pela entidade de saúde do setor social e privado.

25 – O funcionamento das consultas de diabetes deverá estar assente em consultas autónomas de diabetes, nomeadamente, nos CSP e nos CSH.

26 – As consultas autónomas de diabetes nos CSP:

a) Devem ter tempos, equipamentos, processos e procedimentos definidos por cada ULS ou outra entidade de saúde para uma gestão e acompanhamento mais eficiente das pessoas com diabetes, através da coordenação dos elementos da equipa multidisciplinar, tornando mais eficaz a autogestão da doença por parte dos utentes;

b) Devem ser compostas por uma equipa multidisciplinar, que inclui:

i) Médico e enfermeiro, como equipa básica;

ii) Nutricionista, psicólogo, podologista, técnico superior da área de serviço social e da área da fisiologia do exercício, como estrutura associada, sempre que possível, mesmo que mediante associação com autarquias ou entidades locais;

c) Devem constituir-se em dois tipos de consultas:

i) Consulta autónoma de diabetes;

ii) Consulta autónoma de pé diabético de nível 1;

d) Devem realizar-se, nas ULS, em todas as unidades de saúde familiares e unidades de cuidados de saúde personalizados, por forma a garantir a equidade no acesso.

27 – As consultas autónomas de diabetes nos CSH:

a) Devem ter tempos, equipamentos, processos e procedimentos definidos por cada ULS para uma gestão e acompanhamento mais eficiente das pessoas com diabetes, através da coordenação dos elementos da equipa multidisciplinar, tornando mais eficaz a autogestão da doença por parte dos utentes;

b) Serem compostas por uma equipa multidisciplinar, que inclui:

i) Médico especialista em endocrinologia ou medicina interna, enfermeiro com formação específica em diabetes, e nutricionista, como equipa básica;

ii) Especialidades assistenciais dos cuidados de saúde necessárias ao apoio às pessoas com diabetes, nomeadamente, médico especialista em pediatria com experiência em diabetologia, psicólogo, podologista, outras especialidades médicas, tais como cirurgia geral, ortopedia, nefrologia, oftalmologia, cardiologia, cirurgia vascular, urologia e fisioterapia, sempre que disponíveis na instituição, e ainda técnico superior da área de serviço social;

c) Devem constituir-se, nas ULS, no mínimo, em três tipos de consultas:

i) Consulta autónoma de diabetes;

ii) Consulta autónoma de diabetes tipo 1 e ou Centro de Tratamento com Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI);

iii) Consulta autónoma de pé diabético de nível 2 ou nível 3;

d) As consultas previstas nas subalíneas i) e ii) da alínea anterior ocorrerem sob responsabilidade dos serviços ou unidades de endocrinologia, medicina interna ou pediatria;

e) Realizarem-se em regime de ambulatório, de forma integrada e articulada entre si, por forma a garantir a equidade no acesso.

28 – O funcionamento das consultas autónomas de diabetes, nas ULS, deverá proporcionar uma abordagem integrada, coordenada e centrada nas necessidades das pessoas com diabetes.

29 – O funcionamento das consultas autónomas de diabetes deverá assegurar a continuidade assistencial entre todos os níveis de cuidados de saúde.

30 – É revogado o Despacho n.º 3052/2013, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 40, de 26 de fevereiro de 2013, na sua atual redação.



31 – O presente despacho entra em vigor no dia da sua publicação e produz efeitos à data da sua aprovação.

11 de março de 2025. – A Secretária de Estado da Saúde, Ana Margarida Pinheiro Povo.

318798403