



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Modelos organizativos e a Adesão à Vacinação da Gripe na População Idosa

MODELOS ORGANIZATIVOS E A ADESÃO À VACINAÇÃO DA
GRIPE NA POPULAÇÃO IDOSA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Comunitária

MODELOS ORGANIZATIVOS E A ADESÃO À VACINAÇÃO DA GRIPE NA POPULAÇÃO IDOSA
Organizational Models and Adherence to Influenza Vaccination in the Elderly Population

Dissertação Orientada pela Professora Doutora Ana Paula Cantante
coorientada pela professora Manuela Teixeira

Marta Teixeira
Porto, 2022

“Nossa maior fraqueza está em desistir. O caminho mais certo de vencer é tentar mais uma vez.”

Thomas Edison

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer à minha família que ao longo de todo este percurso e nos momentos mais difíceis foi sempre o meu porto de abrigo.

Agradeço às minhas orientadoras Ana Paula Cantante e Manuela Teixeira por toda a disponibilidade e apoio na execução deste trabalho.

Aos meus amigos, Sofia Vasconcelos, Joana Matos e Manuel Magalhães, sem a vossa ajuda o caminho teria sido muito mais difícil.

Muito Obrigado!

RESUMO

A gripe é uma das doenças mais frequentes no mundo, atingindo anualmente cinco milhões de pessoas. Tendo uma evolução na sua grande maioria benigna, encontra-se associada à mortalidade prematura em idosos e população de risco (OMS,2019). A vacinação surge como a medida de saúde pública mais importante, e a melhor de defesa contra a forma mais grave da doença.

Em 2020, com o aparecimento da COVID-19, os sistemas de saúde no mundo são sujeitos a pressão sem precedentes, com um número elevado de hospitalizações e mortes (OMS,2020). Com o aparecimento da primeira vacina, surgem os centros de vacinação, com o objetivo de vacinar o maior número de pessoas, no menor tempo possível. Por orientação da DGS, desde outubro de 2021, a vacinação contra a gripe, passou a ser efetuada nestas estruturas, sendo a sua administração em conjunto com a vacina contra a COVID-19.

O estudo tem como objetivos: “Conhecer o número de pessoas com 65 ou mais anos vacinadas contra a gripe no período anterior e durante a pandemia”; “Perceber como as mudanças da estrutura organizativa na administração da vacina contra a gripe, influenciaram o número de vacinas administradas à população com 65 ou mais anos”.

A população em estudo, é constituída por utentes com 65 ou mais anos inscritos num ACeS na Região Norte. Desde 2018 até ao final do primeiro trimestre de 2022, o número de pessoas com 65 ou mais anos aumentaram 12.8%. Em relação às taxas de vacinação, verifica-se um aumento de 47.7% para 62,9%, no período relativo às épocas vacinais de 2018-2019 a 2020-2021. Estes valores estão ainda longe, dos dados divulgados pela SPP que afirmam que na época vacinal 2021-2022, 88.3% das pessoas com 65 ou mais anos, tinha sido vacinada contra a gripe. Estes dados poderão sugerir existir diferença entre as vacinas disponibilizadas e as registadas.

Verificamos que 42.4% das vacinas foram administradas fora do SNS. Esta procura tem vindo a aumentar desde 2018-2019, mas foi época 2021-2022 que teve mais impacto. Foi também nesta época, que as vacinas contra a gripe passaram a ser administradas nos CVC. Estes valores poderão ser explicados pelo facto de os utentes que recusam a vacina contra a COVID-19, procurarem outra alternativa ao CVC.

Considera-se que os objetivos a que inicialmente propostos foram atingidos. Da análise dos valores obtidos no presente estudo, parecem indicar que os modelos organizativos interferem na adesão à vacinação das pessoas idosas.

Palavras Chave: Modelos organizativos; Vacinação contra a gripe; COVID-19; Reforma dos CSP; CVC.

ABSTRACT

Influenza is one of the most frequent diseases in the world, affecting five million people annually. Its evolution is mostly benign, but it is associated with premature mortality in the elderly and high-risk populations (WHO, 2019). Vaccination emerges as the most important public health measure, and the best defence against the most severe form of the disease.

In 2020, with COVID-19's emergence, health systems in the world are subjected to unprecedented pressure, with a high number of hospitalisations and deaths (WHO, 2020). With the appearance of the first vaccine, vaccination centres emerged, with the aim of vaccinating the largest number of people, in the shortest time possible. By orientation of the DGS, since October 2021, the vaccination against influenza has been performed in these structures, and its administration was combined with the vaccine against COVID-19.

This study has the following objectives: "To know the number of people aged 65 or older vaccinated against influenza in the period before and during the pandemic"; "To understand how the changes in the organizational structure of influenza vaccine administration, influenced the number of vaccines administered to people aged 65 or older".

The study population, is composed by patients aged 65 or older, enrolled in an ACeS in the Northern Region.

Since 2018, until the end of the first quarter of 2022, the number of people aged 65 or older increased by 12.8%. Regarding vaccination rates, there has been an increase from 47.7% to 62.9%, in the period that goes from 2018-2019 to 2020-2021 vaccination seasons.

These values are still far from the data released by SPP, which states that in the 2021-2022 vaccination season, 88.3% of people aged 65 or older, had been vaccinated against influenza. These data may suggest that there is a difference between the vaccines made available and those registered.

We found that 42.4% of vaccines were administered outside the SNS. This demand has been increasing since 2018-2019, but it was in the 2021-2022 season that it had the largest impact. It was also in this season, that influenza vaccines started to be administered in CVCs. These results may be explained by the fact that users who refuse the COVID-19 vaccine seek an alternative to the CVC.

It is considered that the objectives which were initially proposed were achieved. From the analysis of the values obtained in this study, they seem to indicate that the organisational models interfere with the elderly people's adherence to vaccination.

Keywords: Organizational models; Vaccin against Influenza; COVID-19; Primary health care reform; CVC

ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ACES POc. - Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ARS - Administração Regional de Saúde
ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte
ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH/sida
CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CVC - Centro de Vacinação COVID-19
DGS - Direção Geral de Saúde
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control
ERPI - Estruturas Residenciais para Idosos
ERS - Entidade reguladora da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNV - Programa Nacional de Vacinação
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SARS-CoV-2 - Coronavírus
SIARS - Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPP - Sociedade Portuguesa Pneumologia
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade Cuidados de Saúde Personalizados
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF - Unidade de Saúde Familiar
USF-A - Unidade de Saúde Familiar modelo A
USF-B - Unidade de Saúde Familiar modelo B
USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. EVOLUÇÃO DA VACINAÇÃO DA GRIPE EM PORTUGAL E NO MUNDO	21
2. COVID-19 EM PORTUGAL E NO MUNDO.....	25
3. MODELOS ORGANIZATIVOS NA SAÚDE EM PORTUGAL.....	27
3.1. <i>Agrupamentos de Centros de Saúde</i>	28
3.1.1. Unidades de Saúde Familiares	28
3.1.2. Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.....	29
3.1.3. Unidades de Saúde Pública	29
3.1.4. Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados	30
3.1.5. Unidades de Cuidados da Comunidade	30
3.1.6. Evolução da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários	30
3.1.7. Centros de Vacinação em Portugal.....	32
4. METODOLOGIA.....	35
4.1. <i>Tipo de Estudo</i>	35
4.2. <i>Objetivos</i>	35
4.3. <i>População Alvo</i>	35
4.4. <i>Recolha de Dados</i>	35
4.5. <i>Considerações Éticas</i>	36
5. ANÁLISE DE RESULTADOS.....	37
6. DISCUSSÃO.....	41
CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Número de Vacinas da Gripe Administradas em Portugal por ARS por Ano	22
FIGURA 2 - Distribuição de Unidades Funcionais (UCC, UCSP, URAP, USP, USF-A e USF-B) por ARS	31
FIGURA 3 - Número de Utentes Inscritos com Médico de Família/Sem Médico de Família	31
FIGURA 4 - Número de Unidades de Saúde Familiares em Portugal, em 2022	32

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Número e Percentagem de Pessoas com 65 ou Mais Anos Inscritos no ACES, de 2018 a 2022.....	37
GRÁFICO 2 - Percentagem de utentes com 65 ou mais anos cujas as vacinas têm o código (VG SNS) ou fora do SNS (VG) por época gripal.	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Taxa de Cobertura da Vacina contra a Gripe nos Indivíduos Portugueses com Idade Igual ou Superior a 65 anos, Segundo a Amostra ECOS.	22
TABELA 2 - Total de Utentes Inscritos no ACES, Número e Percentagem de Utentes com 65 ou mais Anos Inscritos, de 2018 a 2022.....	37
TABELA 3 - Número e Percentagem de Pessoas com 65 ou Mais Anos Vacinados contra a Gripe por Época Vacinal.	38
TABELA 4 - Números Absolutos e Percentuais de Utentes com 65 ou mais anos com Vacinas Registadas com os Códigos VG SNS e VG	38

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Pretende refletir sobre o Modelo organizativo dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e perceber se estes influenciaram a adesão à vacinação da gripe da população idosa.

A gripe é uma doença aguda, de início súbito, provocada pelo vírus Influenza e que pode afetar anualmente cerca de 15% da população mundial (Direção Geral da Saúde, 2014). Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que a gripe continua a ser um dos maiores desafios da Saúde Pública. As situações mais graves podem variar entre os três e os cinco milhões, resultando em 290 mil a 650 mil mortes (OMS, 2019).

Afeta sobretudo o trato respiratório, verificando-se que a maioria das pessoas apresentam sintomas ligeiros ou moderados e revertem espontaneamente em menos de uma semana. Apesar do desfecho ser normalmente benigno, o vírus da gripe pode originar complicações, nomeadamente em pessoas portadoras de doenças crónicas, idosos, grávidas, indivíduos imunodeprimidos e profissionais de saúde (WHO, 2018).

Este vírus está em constante mutação, pelo que a imunidade obtida pelas vacinas não é duradoura, assistindo-se ao aparecimento de epidemias não pandémicas, tem a particularidade de ser sazonal, já que, em Portugal, ocorrem normalmente durante os meses de inverno (Novembro - Março), atingindo o pico de atividade durante o período de Dezembro - Fevereiro (DGS, 2022).

A vacinação é a melhor forma de defesa contra doenças graves e tem como finalidade “assegurar a proteção individual em relação à infeção, mas, igualmente, a proteção no que se refere às manifestações de doença e respetivas complicações” (DGS, 2013, pág.11). Além disso, é uma arma fundamental no combate à propagação das infeções, eliminando a carga viral das partículas transmitidas entre os seres humanos. A vacinação é a medida de Saúde Pública com maior impacto na prevenção de doenças, sendo a estratégia primária com melhor relação custo-eficácia, é reconhecido que a criação e implementação de diversos Planos Nacionais de Vacinação, levou à erradicação de doenças como a Varíola e a Poliomielite (European Commission, 2022).

Em Portugal o Programa Nacional de Vacinação (PNV) foi implementado em 1965 com carácter universal e gratuito. O seu principal objetivo é “proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação.” (DGS, 2020).

Para que esta seja efetivamente bem-sucedida, segundo Zeller et al, “a vacinação da população, com o fim de prevenir determinadas doenças, é condicionada, principalmente, por fatores de ordem científica e de ordem administrativa” (citado por Direção-Geral da Saúde, 2015, p.1). Os fatores de ordem científica encontram-se relacionados com a vigilância epidemiológica da população, taxa de incidência e prevalência da doença e impacto da vacinação na sociedade. Os fatores de ordem administrativa estão relacionados com o grau de cultura e literacia em saúde da população e da disponibilidade financeira e das estruturas de saúde existentes.

Considerado como “uma referência a nível europeu e a nível mundial” (Ministério da Saúde, 2018, p.42), o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português foi criado em 1979 e permitiu o acesso universal, geral e gratuito da população portuguesa a cuidados de saúde (SNS, 2022a). Desde então, registou-se uma evolução muito positiva nos seus indicadores de saúde. O exemplo mais paradigmático dessa evolução, foi a drástica redução das elevadas taxas de mortalidade infantil registadas nas décadas de 1960 e 1970, atingindo em 2020, o valor mais baixo de sempre (2,4‰), valor inclusive abaixo da média da União Europeia (3,4‰) (OBSERVADOR, 2021). A evolução na prestação dos cuidados de saúde em Portugal, com o aumento da qualidade na prestação dos cuidados e a melhoria do acesso à saúde, permitiu um exponencial aumento da esperança de vida à nascença, sendo em 2018 a mais elevada da União Europeia (Ministério da Saúde, 2018).

Ao longo de 40 anos, o crescimento do SNS tem enfrentado diversos desafios, nomeadamente no que diz respeito aos modelos de gestão e à sua sustentabilidade financeira. Os CSP, considerados pelas entidades públicas como o “ pilar central do SNS” (Ministério da Saúde, 2018, p.43), foram, nas últimas duas décadas, sujeitos a grandes transformações que se iniciaram com a Reforma dos Cuidados Primários em 2005. Houve uma subsequente criação do grupo “Missão para os Cuidados de Saúde Primários” encarregado da “condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar” (Pisco, 2007, p.61).

Nesta reforma, destaca-se a criação das unidades de saúde familiar (USF), que se constituíram como “pequenas unidades operativas dos centros de saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade e qualidade e que garantem aos cidadãos inscritos, uma carteira base de serviços” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022), e que levaram a uma reconfiguração dos centros de saúde para permitir um acesso mais abrangente da população e obtenção de ganhos em saúde.

A garantia do acesso aos cuidados de saúde é um dos focos de atenção nesta nova reforma. Dos CSP espera-se que sejam mais do que a simples porta de entrada aos cuidados de saúde. De acordo com o “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), as barreiras de acesso dos CSP estão agrupadas em cinco dimensões: proximidade, capacidade, adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro (2009, p.4).

A diminuição das iniquidades e da acessibilidade aos cuidados de saúde é um dos focos de atenção do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Ministério da Saúde, 2021). Segundo a ERS a acessibilidade é definida como a medida em saúde, “que fornece ao cidadão cuidados de qualidade, em tempo útil, com efetividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo” (ERS, 2009, p.19).

O surgimento da crise pandémica, associada à COVID-19, teve um forte impacto nas instituições de saúde que tiveram de proceder a uma reestruturação das suas estruturas e meios disponíveis para se adaptarem às novas exigências. O aparecimento da vacina contra o SARS-CoV-2 teve um papel fulcral na prevenção da doença grave, na preservação de vidas, do funcionamento dos serviços de saúde, e no restabelecimento da economia e da vida social (Despacho nº 11737/2020). Neste contexto pandémico um dos principais desafios que se colocaram às estruturas de saúde, passou pela

operacionalização da campanha de vacinação nacional contra o SARS-CoV-2, garantindo a distribuição e administração das vacinas a nível nacional, com rapidez, equidade e segurança (República Portuguesa, 2020).

Ao serem atingidos os níveis de vacinação inicialmente propostos pelas autoridades sanitárias, passou-se a administrar a vacina à população idosa e doentes imunodeprimidos com a quarta dose da vacina contra a COVID-19. A DGS, aproveitando as estruturas e a logística estabelecida, iniciou a campanha da vacinação da gripe, seguindo a mesma estratégia, onde os grupos prioritários já estavam definidos, as equipas treinadas, o que tornaria a operacionalização mais fácil e evitando o desperdício da vacinas (Norma 008/2022-DGS).

Neste contexto, a vacinação é um pilar fundamental dos sistemas de saúde contemporâneos, sendo parte integrante da carteira básica de serviços de cada unidade de saúde. A gripe, ao constituir a doença mais comum no adulto (DGS,2022), pode ser prevenida através da vacinação, que para os grupos considerados mais vulneráveis é disponibilizada gratuitamente pelo SNS.

O sucesso da adesão à vacinação obtido em Portugal, deve-se em muito aos profissionais de saúde, já que segundo a DGS ((Direção-Geral da Saúde, 2022) e Filipe (Filipe, 2012), o aconselhamento dos profissionais de saúde (enfermeiro/médico), são o principal motivo para a adesão à vacina contra a gripe pelos grupos de risco. No entanto, apesar do sucesso obtido nas últimas campanhas de vacinação, há ainda muitos obstáculos à vacinação contra a gripe. Um estudo realizado por Branco, Paixão e Nunes (2010), apontam como principais causas para a não adesão, a desvalorização da doença, a credibilidade na vacina, o facto de não pertencer a um grupo de risco, ou não ter sido aconselhado pelo médico e o nível económico do vacinado. No mesmo sentido, Wickert et al. (2009), apontam como as principais razões para a não adesão à vacina contra a gripe a percepção de inexistência de risco de saúde, o descrédito relativamente ao efeito protetor e o medo de efeitos secundários da vacina.

O presente estudo encontra-se dividido em seis capítulos. Após a introdução onde se realiza uma breve apresentação das temáticas e da estrutura do presente trabalho. Segue-se o primeiro capítulo onde se explana o enquadramento teórico da temática em estudo. Neste capítulo, aborda-se a evolução da vacinação da gripe e a evolução da crise pandémica da COVID-19 em Portugal e no Mundo. Ainda no enquadramento teórico abordamos a evolução dos modelos organizativos da saúde em Portugal, e a descrição das diferentes unidades que compõem os CSP. Analisa-se a evolução da reforma dos CSP e a sua implementação dos CVC em Portugal.

No quarto capítulo, está descrita a metodologia utilizada para a realização da presente pesquisa, na qual se inclui a metodologia utilizada com a definição da pergunta de investigação, o tipo de estudo e os objetivos definidos para este trabalho. Faz-se ainda uma descrição da população alvo abrangida, o método de recolha de dados e as considerações éticas associadas.

No capítulo cinco, encontram-se os resultados, onde se utilizam gráficos e tabelas para ser de mais fácil compreensão da problemática em estudo. No capítulo seguinte realizar-se-á a discussão dos resultados obtidos, de acordo com os objetivos delineados inicialmente e onde se abordam possíveis hipóteses explicativas, indicando algumas sugestões para a realização de futuras investigações, assim como possíveis limitações deste estudo.

Por fim, apresentam-se as considerações finais deste estudo, sublinhando as principais conclusões obtidas, algumas considerações que este trabalho levanta. Apresentando de seguida as referidas as referências bibliográficas e os anexos.

1. EVOLUÇÃO DA VACINAÇÃO DA GRIPE EM PORTUGAL E NO MUNDO

Em Portugal à semelhança do que acontece nos países do hemisfério Norte, a atividade Gripal acontece com maior intensidade nos períodos mais frios do ano, contudo não é possível prever com exatidão o seu começo e a sua intensidade, podendo assumir um efeito epidémico (Direção Geral da Saúde, 2014).

A epidemia anual associada à infeção pelo vírus da gripe tem sido associada ao aumento da mortalidade evitável, em especial junto da população idosa, agravando as doenças crónicas que possam existir previamente. Neste contexto a maior preocupação é dirigida à população mais vulnerável, os idosos, as grávidas, mas também os profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados. Embora estes últimos, na sua grande maioria, não pertençam aos grupos de risco, são vetores de disseminação da infeção (Mølbak et al., 2015).

As manifestações clínicas da doença são principalmente respiratórias, de recuperação rápida e com desfecho benigno. A perceção pela população da benignidade da doença, leva a uma menor preocupação com a mesma, e consequentemente à baixa literacia sobre a prevenção da infeção. O impacto provocado na sociedade é elevado, o grande número de pessoas infetadas contribui para o aumento do absentismo da população ativa e contributiva do país, e ao aumento dos custos associados ao tratamento das complicações (Direção Geral da Saúde, 2014). Verifica-se um maior número de hospitalizações por agudizações de problemas crónicos já pré-existentes, um aumento da necessidade de utilização de antibióticos, potenciando o risco da resistência aos mesmos (Direção Geral de Saúde, 2019).

Os estudos realizados em relação ao vírus Influenza, têm vindo a demonstrar a sua grande capacidade mutagénica, assistindo-se, todos os anos, ao aparecimento de novas variantes. Assiste-se, também, à elevada capacidade transmissão do mesmo, através das gotículas de aerossóis disseminados por indivíduos infetados, sempre que falam, tosse ou espirram. Atendendo a esta problemática e à necessidade de conhecer melhor este vírus, foram criados em 1947, pela OMS, os primeiros laboratórios de referência para o vírus da gripe. Estes têm como principal função a vigilância de incidência da doença, da sua evolução, o isolamento de estirpes, a identificação do perfil epidemiológico do vírus, e a partilha com as empresas farmacêuticas, para que desta forma possam preparar a vacina da época seguinte (Direção Geral da Saúde, 2014).

O primeiro laboratório para a vigilância do vírus da gripe surge em Portugal em 1990, com a colaboração da rede dos médicos sentinela. Em 1999, a Direção Geral da Saúde, cria o Departamento de vigilância Epidemiológica do Instituto Ricardo Jorge, ficando este responsável por monitorizar a incidência do Síndrome Gripal em todo o país, pela recolha de amostras de vírus e pela respetiva articulação com o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e a OMS (INSA, 2022).

A cobertura vacinal contra o vírus da influenza é uma preocupação das agências de saúde mundiais. Em 2003 a Assembleia Mundial da Saúde, exortou todos os seus membros a concentrarem esforços no sentido de aumentarem esta cobertura. A OMS define como meta de vacinação de 75% da população idosa (OMS, 2009).

O programa Nacional de vacinação Português foi criado em 1965 e tem como princípios básicos: a universalidade, gratuidade, universalidade, acessibilidade, equidade e aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação. Embora seja um programa Nacional, é descentralizado, gerido principalmente nas redes públicas de serviços de saúde, e requer um grande envolvimento dos seus profissionais, em especial os Enfermeiros.

A vacinação tem um lugar de relevo nos CSP, onde os Enfermeiros têm demonstrado competências técnicas na administração de vacinas, gerindo o PNV de forma exemplar, apresentando grande domínio de competências científicas, éticas e deontológicas, contribuindo para taxas de cobertura vacinal superior à da maioria de outros países (Frade, 2017). A DGS (2021) refere que foram monitorizados valores de cobertura vacinal $\geq 95\%$ para as vacinas que constituem o PNV de uma forma geral, contribuindo para a imunidade de grupo e a erradicação de doenças tais como a varíola e a eliminação de outras como a difteria, o sarampo a rubéola

Em 2005 surge em Portugal o primeiro plano de Contingência Nacional para a Pandemia da Gripe, este tinha como objetivos alinhar as políticas de saúde pública nacionais com as orientações internacionais, preparação para situações pandémicas, definindo áreas específicas de intervenção e monitorização, assim como a utilização racional das vacinas. Em 2007 este plano é atualizado apresentando-se mais completo, demonstrando a preocupação com o aparecimento de epidemias em alguns países do mundo, relacionadas com a gripe, em especial a gripe das aves. Prevendo já uma grande pandemia, este plano traça orientações estratégicas de comunicação e articulação em especial para as unidades de saúde pública, revendo o sistema de notificações e preparando cenários de articulação entre os diferentes níveis de cuidados, redigindo as primeiras normas e protocolos de atuação para situações pandémicas (DGS, 2009).

A vacina contra a gripe foi, até à época de 2020/2021, uma das exceções a este plano, com taxas vacinais longe das preconizadas pela OMS, e ambicionadas pelo governo Português. Tal pode verificar-se na tabela nº1, que descreve a evolução das taxas de vacinação da população com 65 ou mais anos em Portugal. Sendo desde sempre administrada nos Centros de Saúde.

Os dados abaixo expostos encontram-se disponíveis no portal de dados abertos da administração pública. Estes apresentam a monitorização da evolução da taxa de cobertura da vacina antigripal sazonal na população em Portugal Continental, por grupo etário, com base nos dados provenientes da amostra ECOS (Em Casa Observamos Saúde).

TABELA 1 - Taxa de Cobertura da Vacina contra a Gripe nos Indivíduos Portugueses com Idade Igual ou Superior a 65 anos, Segundo a Amostra ECOS.

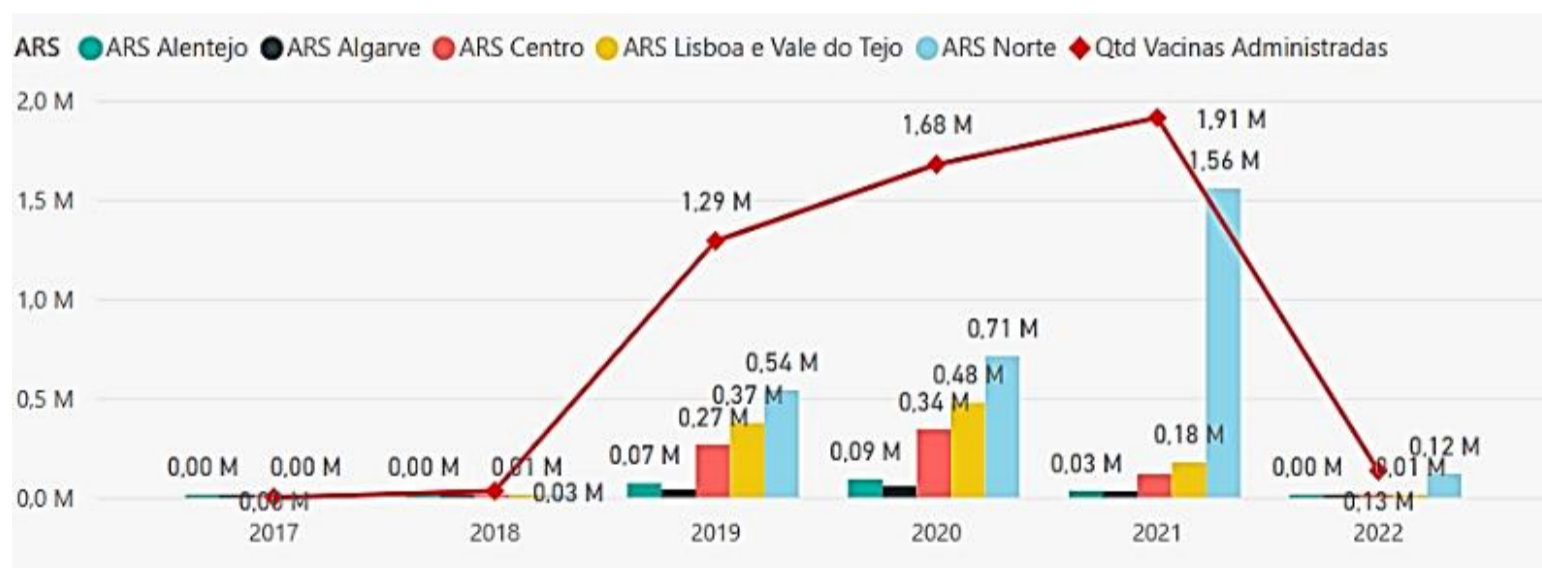
Época sazonal	(%) de indivíduos com 65 ou mais anos com vacina contra a Gripe	Época sazonal	(%) de indivíduos com 65 ou mais anos com vacina contra a Gripe
2002	41.9	2012	43.4
2003	36.9	2013	44.9
2004	47.0	2014	49.9
2005	39.0	2015	50.9
2006	41.6	2016	50.1
2007	50.4	2017	57.4
2008	51.0	2018	60.9
2009	53.3	2019	55.9
2010	52.2	2020	60.7
2011	48.3		

Fonte: https://dados.gov.pt/pt/datasets/taxa-de-cobertura-da-vacina-antigripal-sazonal-1/#_

Na tabela acima verifica-se a cobertura vacinal da população em relação à vacina contra a Gripe desde de 2002. Esta varia desde os 36.9% em 2003 com a percentagem mais baixa, até aos 60.9% em 2018, número mais elevado conseguido até se atingir o ano de 2020. Assistimos a uma tendência crescente da vacinação, que se deve à conjugação do incentivo externo pela Comissão Europeia (2009), mas também a políticas internas com campanhas de sensibilização e motivação da população em particular a mais vulnerável, na adesão à vacina contra a Gripe.

Até à época gripal 2010/2011, as vacinas da gripe eram prescritas pelos médicos de família aos utentes de acordo com as patologias que apresentassem, sendo assim considerados utentes de risco ou em relação à idade, pessoas com mais de 65 anos. As vacinas eram compradas nas farmácias pelos utentes e administradas nos centros de saúde pelos enfermeiros de família. O estado comparticipa com 37% do custo da vacina, o restante valor era suportado pelo utente. A gratuidade desta vacina, na época vacinal 2010/2011, nas unidades de saúde, foi um forte impulsionador da vacinação, mas também uma garantia de acesso à vacina para aqueles utentes que não a conseguiam pagar, em especial os mais idosos (DGS, 2010).

FIGURA 1 - Número de Vacinas da Gripe Administradas em Portugal por ARS por Ano



Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/vacinas.aspx?isdlg=1>

Os dados da figura anterior demonstram o sucessivo aumento das taxas de vacinação, de pessoas com 65 ou mais anos desde 2018, até Março de 2021. Na figura não se encontram valores relativos ao ano de 2018 pois BI-CSP, só iniciou registos referentes a 2019. Em relação a 2022 os dados só serão disponibilizados a partir do primeiro trimestre de 2023. É visível que a ARS Norte se destaca em relação ao número de vacinas administradas.

A participação das farmácias ganha maior notoriedade na vacinação da população, a partir de 2012, quando passam a poder administrar a vacina contra a Gripe de forma gratuita aos grupos de risco, desde que esta seja administrada por um profissional de saúde, enfermeiro ou médico. Esta medida contribuiu para o aumento da taxa vacinal em especial nos locais onde o acesso aos cuidados de saúde eram mais difíceis (Direção Geral da Saúde, 2014).

Atualmente esta prática continua a manter-se, uma vez que as orientações da DGS, continuam a contemplar a possibilidade de vacinação da população portuguesa nas farmácias, mantendo-se gratuita para pessoas com mais de 65 anos e grupos de risco e comparticipada para a restante população (Norma 006/2021-DGS).

O registo vacinal pelas farmácias no portal VACINAS só passa a ser possível a partir de 2017 (SPMS, 2017). Até esta data, os utentes tinham que se dirigir à sua unidade de saúde, para que o enfermeiro fizesse a transcrição do registo da vacina para a plataforma digital.

A plataforma VACINAS, é a plataforma onde se encontram registadas todas as vacinas de cada indivíduo, também conhecido como o boletim eletrónico vacinal. Está inserida no Registo de Saúde Eletrónico (RSE), permitindo o conhecimento do percurso vacinal de cada pessoa, independentemente do local do país em que tenha sido vacinado. O registo na plataforma VACINAS foi implementada a nível nacional nos serviços do SNS em 2017, substituindo a plataforma até então utilizada o SINUS (DGS/SPMS, 2017).

Na parametrização desta plataforma foram utilizados códigos que designam cada vacina. Os profissionais de saúde que tem acesso a esta plataforma tiveram na altura da sua implementação formação para a utilização da mesma, e com a nomenclatura referente a cada vacina.

Em relação à vacina contra a gripe, existem dois códigos possíveis de ser utilizado para se efetuar o registo, VG SNS e VG. O VG SNS é utilizado para todas as vacinas que são disponibilizadas e administradas nas unidades de saúde pertencentes ao SNS. O código VG é utilizado para registar vacinas adquiridas e administradas fora do SNS, ou adquiridas fora do SNS e administradas nas unidades de saúde (SPMS,2017).

2. COVID-19 EM PORTUGAL E NO MUNDO

A 11 de Março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhece a COVID-19, como Pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). À data desta declaração 114 países tinham detetado o vírus, 118 mil pessoas estavam infetadas e tinham sido contabilizados 4291 mortes. Os sistemas de saúde no Mundo encontravam-se com uma pressão sem precedentes, com o elevado número de hospitalizações por pneumonia e falência multiorgânica e morte (OMS,2020).

Este vírus é transmitido através de gotículas emitidas de pessoas infetadas com SARS-CoV-2 sempre que falam, tosse ou espirram. A sintomatologia mais frequente são a febre, a tosse seca, dispneia, fadiga, mialgias e alterações no paladar e no olfato. As complicações mais graves estão em grande parte associados a comorbilidades pré-existentes ou a pessoas idosas, e podem ir desde pneumonias, insuficiência respiratórias, acidente vascular cerebral (AVC), enfarte do miocárdio (ECDC,2022).

A maioria da população infetada apresenta sintomatologia ligeira (80%), 15% apresenta sintomatologia grave e 5% sintomatologia crítica necessitando de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Segundo dados internacionais, estes doentes internados tinham, na sua maioria, mais de 50 anos, e pelo menos uma comorbilidade associada, aumentando significativamente o risco de morte. Em Portugal, em novembro de 2020, foram notificados 300.462 mil casos de infeções e 4.577 óbitos por COVID-19 (SNS,2020).

Em resposta a esta emergência mundial, a comunidade científica internacional convergiu esforços na produção rápida de vacinas seguras e eficazes contra a COVID-19. A Comissão Europeia promove a estratégia de aquisição conjunta de vacinas, garantindo o acesso às vacinas contra a COVID-19 por todos os estados membros, em proporcionalidade com a sua população. Esta estratégia tem como principais objetivos a aquisição de vacinas que garantam a qualidade, a segurança e a eficácia das mesmas, o acesso equitativo a preços acessíveis e em tempo útil (EU,2020).

3. MODELOS ORGANIZATIVOS NA SAÚDE EM PORTUGAL

Os CSP são considerados como o “ pilar central do SNS” (Ministério da Saúde, 2018). A preponderância dos cuidados de saúde primários é também reconhecida internacionalmente pela OMS (2008), no seguimento do paradigma defendido na conferência de Alma-Ata de 1978. Nessa conferência preconiza-se a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (OMS,1978, p.1). Defende-se a aposta neste tipo de cuidados, que permitem a obtenção de melhores resultados na relação custo-benefício na saúde da população, melhoria na equidade de acesso aos cuidados e a utilização mais adequada dos serviços a um custo mais reduzido.

Ao longo das últimas décadas, a capacidade de resposta e a eficiência dos sistemas de saúde, têm sido uma prioridade transversal aos diferentes governos Portugueses, situação que se reflete no progressivo aumento das despesas do SNS e no aumento da sua importância em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) (Conselho de Finanças Públicas, 2021). No entanto, a intervenção dos governos não se reduz exclusivamente à vertente financeira, verificando-se que ao longo das últimas décadas os sistemas de saúde tem sido objeto de diversas reformas, no sentido de adaptar as estruturas de saúde às necessidades de saúde das populações (OMS,2008).

A última reforma dos CSP portugueses foi iniciada em 2005, sendo considerada “uma das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas em Portugal” (Biscaia & Heleno, 2017), destacando-se a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF). Como referem Biscaia & Heleno, 2017, esta reforma não surge porque o sistema de saúde em vigor tivesse maus resultados ou estivesse em estado caótico. Na verdade, os CSP no início do séc. XXI, abrangiam a totalidade do território nacional, prestando cuidados de qualidade e apresentando indicadores muito positivos, comparativamente a outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), nomeadamente no aumento da esperança de vida à nascença e na forte diminuição das taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal (Biscaia et al., 2008).

Com a realização desta reforma, pretendeu-se obter “mais qualidade com maior acessibilidade, cuidados melhor alinhados com as orientações técnico-científicas atuais, uma participação ativa e uma maior satisfação de todos, usuários e profissionais” (Biscaia & Heleno, 2017, pp.702). A reforma de 2005, surgiu no decurso de diversos contributos gerados no seio das equipas dos CSP, e que foi pela primeira vez materializado através do Livro Azul lançado em 1990 e intitulado “Um Futuro para a Medicina de Família em Portugal” (Biscaia & Heleno, 2017). As orientações deste livro foram aperfeiçoadas através de diversos projetos-piloto, dos quais se destacaram o Projeto Alfa cuja finalidade era obter mais qualidade nos cuidados e melhor acessibilidade; e em especial o Regime Remuneratório Experimental (RRE) (Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de Maio), que surgiu em 1998 e tinha como objetivos “melhorar a acessibilidade do cidadão aos CSP, melhorar a qualidade das práticas assistenciais e aproximar o utente ao sistema, humanizando o contacto” (Martins,2013, pp.4). Os bons resultados obtidos com o RRE (acessibilidade, produtividade, eficácia/qualidade, satisfação de utentes e profissionais), foram essenciais para a implementação da reforma dos CSP.

Como foi anteriormente referido, a reforma dos cuidados de saúde primários teve início em 2005, com a criação da Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP) (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de setembro de 2005), para “a condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar” (Pisco, 2007, p. 61). O projeto da MCSP estava em conformidade com as orientações do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Biscaia et al., 2008). Já o Ministério da Saúde, em 2004, tinha alertado para “insuficiente oferta de cuidados para a população [...] insuficiências na organização dos Centros de Saúde” (p.153), é recomendado a “organização em pequenas unidades de medicina familiar” (p. 154).

Segundo Pisco (2007), as medidas principais dessa reforma passaram pela constituição de Unidades de Saúde Familiar (Despacho Normativo n.º 9/2006 de 12 de janeiro de 2006); criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro); introdução de novo modelo de gestão e instituição de governação clínica.

Os objetivos desta reforma passaram por obter “mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, com aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade e conseqüente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços.” (Pisco, 2007, p.61) Além disso pretendeu-se “aumentar a satisfação dos profissionais (...) aumentar a eficiência e promover a contenção de custos.” (Pisco, 200, p.61). Segundo Biscaia (2017), na concretização destes objetivos, as mudanças a implementar seguiram os seguintes princípios: “orientação para a comunidade; flexibilidade organizativa e de gestão; desburocratização; trabalho em equipe; autonomia e responsabilização; melhoria contínua da qualidade; contratualização e avaliação.” (p. 703).

Esta foi a maior e mais inovadora reforma dos cuidados de saúde, pois tinha como missão a expansão dos cuidados de primeira linha, e assentava numa metodologia de trabalho em rede que garantia a melhoria da qualidade e da efetividade do SNS. Além disso, a sua implementação iniciou-se da base para o topo: primeiramente com a criação das unidades assistenciais, as USF, e só posteriormente a reorganização dos serviços de gestão, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que passaram a contar com diversas unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), constituídas por equipas multiprofissionais, com autonomia técnica e organizativa. Estas unidades funcionais serão alvo de uma análise mais aprofundada (Martins, 2013) na alínea seguinte do presente capítulo.

Apesar do sucesso da reforma de 2005, a necessidade de recentrar a política nacional de saúde nos CSP, dotá-los de uma maior capacidade de resposta e melhorar a articulação com outros níveis de cuidados, levou a que o governo em funções, no ano de 2016, entendesse como fundamental o “relançamento dos cuidados de saúde primários CSP e da criação de mais USF, da concretização das mudanças ao nível da rede hospitalar e da execução do plano de desenvolvimento de cuidados continuados a idosos e a cidadãos em situação de dependência.” (Despacho 200/2016, de 7 de janeiro, p. 570).

Para o efeito, foi criada a Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que teve como missão a “expansão e melhoria da capacidade da rede de Cuidados de Saúde Primários ... para a melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do SNS” (CNRCS, 2016, p. 1). O seu plano estratégico incluiu como eixos centrais: a centralidade nas pessoas; uma cultura de governação clínica e saúde; a modernização e qualificação organizacional e gestonária dos ACES; sistema de informação ao serviço de todos (Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2016).

3.1. Agrupamentos de Centros de Saúde

Em 2008 inicia-se, como foi referido, a segunda fase da reforma dos cuidados de saúde primários com a descentralização da gestão dos serviços, a reorganização dos centros de saúde existentes em ACeS, e a extinção das Sub-regiões de saúde. Os ACES criados (que se mantêm em dependência hierárquica das Administrações Regionais de Saúde) são assim “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008).

Este processo pretendeu agregar os órgãos de gestão e aproximá-los das unidades prestadoras de cuidados, agregar os meios disponíveis de uso comum (nomeadamente os mais escassos), para assim conseguir maximizar os recursos, ganhar eficiência e reduzir os custos (Pisco, 2007). Os ACES são também responsáveis pela viabilização de “estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.” (Pisco, 2007, p.63).

A estrutura de gestão dos ACeS é composta pelo diretor executivo, um Conselho Clínico, um Conselho da Comunidade, uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e o Gabinete do Cidadão.

Cada ACeS agrupou um ou mais centros de saúde e é composto por várias unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiares, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Pública, Unidades de Cuidados na Comunidade e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados. Em cada ACES, poderão existir uma ou mais USF, UCC ou UCSP, enquanto que a nível das USP e URAP, está definido que apenas existe uma por cada ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

A vacinação é uma atividade transversal a todas as unidades de saúde que constituem o ACeS, excetuando a URAP. Faz parte da carteira básica de serviços das USF, pois esta atividade é integrada na vigilância, promoção e prevenção da doença, nas diversas fases da vida, de utentes, e famílias (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 agosto). As UCC no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), são responsáveis pela vacinação contra a gripe dos utentes que a integram. A USP, é responsável pela monitorização da vacinação no ACeS, e pela vacinação nas Estruturas Residências para Idosos (ERPI), da área de influência do ACeS em que está integrada.

3.1.1. Unidades de Saúde Familiares

As USF criadas, em 2006 (Despacho Normativo n.º 9/2006 de 12 de janeiro de 2006), foi considerado o acontecimento mais relevante de toda esta reforma (Biscaia, 2017). Estas definem-se como “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.” (Decreto-Lei 298/2007 de 22 de agosto, p. 4).

Os diferentes modelos diferenciam-se pelos graus de autonomia, distintos graus de partilha de risco, forma de financiamento, estatuto jurídico, sistema de retribuições e incentivos aos profissionais (Biscaia, 2017). Estas são descritas da seguinte forma:

“Modelo A - “Este modelo corresponde, na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. Modelo B - Este modelo é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente. Modelo C - Este modelo tem como característica a existência de um contrato programa. Podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio.” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022).

As USF constituíram-se como a unidade nuclear dos Cuidados de Saúde Primários, introduzindo um modelo inovador que contou com o envolvimento dos profissionais de saúde “através de processos de candidatura voluntária para a criação de equipas auto-organizadas na prestação de cuidados de saúde, dotadas de autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional” (Biscaia, 2017, p. 703). Dessa forma, as USF são unidades que privilegiam o trabalho em equipa, de forma a proporcionar cuidados de qualidade aos seus utentes, de forma personalizada, garantindo uma boa acessibilidade dos utentes, sem comprometer a eficiência e eficácia das unidades. Apesar de serem dotadas de grande autonomia (funcional e técnica) estas têm de se coordenar com as restantes unidades do ACES onde pertencem.

As atividades da USF constam de um plano de ação que inclui o “compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade e inclui o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais” (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 agosto, p. 5). Este plano de ação é composto por uma carteira de serviços, acordado anualmente entre o coordenador da USF e o coordenador do ACeS, sendo este último responsável por disponibilizar os recursos financeiros (que constam da carta de compromisso) necessários ao cumprimento do plano (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 agosto).

Os objetivos de cada USF são assim contratualizados entre as partes, sendo o cumprimento dos mesmos, monitorizados pelas ARS, através de diversos indicadores, nomeadamente: “Disponibilidade; Acessibilidade; Produtividade; Qualidade Técnico-científica; Efetividade; Eficiência; Satisfação.” (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 agosto, p. 5596).

O número de utentes inscritos na USF deve variar entre os 4000 e os 18000 utentes (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 agosto). As exceções devem ser “... devidamente justificados e quando as características geodemográficas da área abrangida pelo centro de saúde o aconselhem, não devendo a redução ou o aumento de população inscrita exceder um quarto do valor referido” (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 agosto, p.5590).

A estrutura orgânica das USF é composta pelo coordenador da equipa, pelo conselho técnico e pelo conselho geral (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 agosto, p.7).

A nível financeiro a remuneração dos profissionais inclui um valor base relativo à categoria do profissional e um conjunto de suplementos e compensações de desempenho. Os incentivos podem também ser atribuídos à equipa multidisciplinar das USF sob a forma de incentivos institucionais (tais como, a participação em cursos de formação, conferências, aquisição de equipamentos para a unidade funcional, melhoria das condições de trabalho e de acolhimento dos utentes, etc.) ou financeiros de acordo com os ganhos de eficiência alcançados (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 agosto; Portaria nº 301/2008 de 18 de abril).

3.1.2. Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

As unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) são, tal como as USF, os pilares dos CSP. São descritas como “unidades de cuidados personalizados, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, mas não organizados em USF” (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, p. 21).

Assim, a UCSP tem uma estrutura semelhante às USF, prestando “cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, pp 1184) e sendo composta pela mesma tipologia de profissionais das USF (médicos, enfermeiros e administrativos). Estas unidades possuem um limite mínimo de utentes, são avaliados pelos mesmos indicadores de desempenho e podem (caso assim decidam) ter um horário de funcionamento semelhante (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro). O seu coordenador(a) é designado entre médicos especialistas de medicina geral e familiar (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

As USF tiveram a sua génese na iniciativa dos profissionais envolvidos em oposição às UCSP, compostas por profissionais que não quiseram aderir ao formato das USF ou então tiveram as suas candidaturas rejeitadas. Por conseguinte, estas unidades são menos autónomas (não têm autonomia no cumprimento do plano e não têm gestão participativa dos profissionais), do que as USF, sendo que não recebem remuneração pelo aumento da lista de utentes e/ou incentivos pelo desempenho individual/coletivo (Tavares,2018; Teixeira,2016).

Ao contrário do que acontece com as USF (em que todos os utentes das listas da USF têm médico de família atribuído), as UCSP prestam cuidados não só aos utentes existentes nas suas listas (com médico de família atribuído), mas também aos utentes externos às listas, ou seja, sem médico de família atribuídos (Tavares,2018; Teixeira,2016).

3.1.3. Unidades de Saúde Pública

O conceito de saúde pública ao longo dos tempos foi evoluindo, assim segundo Ferreira (1990), a saúde pública pode ser definida com sendo o somatório das várias intervenções que são implementadas de forma a melhorar a saúde e assim lutar contra as doenças, tendo por finalidade a cura dos doentes, mas com o intuito de eliminar estas doenças.

A saúde pública tem sempre uma missão que pode ser cumprida por diferentes grupos. Assim, a saúde pública tem como funções centrais, a apreciação, fazendo a recolha sistemática de dados sobre uma população, a monitorização do estado de saúde da população e a disponibilização de informação relacionada com a saúde na comunidade. A outra função é o desenvolvimento de políticas que é definida como a necessidade de promover a liderança do desenvolvimento de políticas em que estas apoiem a saúde da população, tendo por base os conhecimentos científicos necessários à tomada de decisões. A última função é a garantia dos serviços básicos, que é o papel da função pública, tendo como garantia a disponibilidade dos serviços de saúde essenciais e de base comunitária e a existência de profissionais competentes nesta área.

Neste contexto, as USP funcionam como “unidades com autonomia funcional e técnica, às quais cabe a vigilância epidemiológica, a elaboração de informações e planos no domínio da saúde pública, a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos, colaborando no exercício de funções de autoridade de saúde e sendo compostas, entre outros profissionais, por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas na área de enfermagem comunitária e de saúde pública e técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica.”(Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, p. 21).

Por cada ACeS apenas existe uma USP, sendo o seu coordenador um médico especialista em saúde pública. O coordenador da USP, exerce por inerência de funções (e por comissão de serviço) o cargo de autoridade de saúde local ou de delegado de saúde (DL n.º 82/2009, de 2 de abril).

As autoridades de saúde dependem hierarquicamente do ministro da saúde e têm diferentes níveis hierárquicos (nacional, regional e local). A estas compete (consoante o nível hierárquico técnico e com a área geográfica e administrativa de responsabilidade):

“a) Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública e determinar as medidas corretivas necessárias à defesa da saúde pública; b) Ordenar a interrupção ou suspensão de atividades ou serviços, bem como o encerramento dos estabelecimentos e locais referidos na alínea anterior onde tais atividades se desenvolvam em condições de grave risco para a saúde pública; c) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública; d) Exercer a vigilância sanitária no território nacional de ocorrências que derivem do tráfego e comércio internacionais; e) Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em caso de epidemias graves e outras situações semelhantes” (DL n.º 82/2009, de 2 de abril, p.2063).

3.1.4. Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

Segundo o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), as URAP são unidades “com autonomia funcional e técnica, que prestam cuidados de saúde e serviços de consultoria às demais unidades funcionais do ACeS, promovendo a articulação com os cuidados hospitalares e com outros recursos da comunidade, sendo compostas por médicos de especialidades hospitalares, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais, médicos dentistas, higienistas orais, assistentes sociais e outros profissionais integralmente afetos à URAP, mas que repartem o seu desempenho por várias unidades funcionais” (p. 21).

Cada ACeS apenas inclui uma URAP, que tem funções específicas, sendo que o seu coordenador é designado entre os profissionais de saúde existentes (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

3.1.5. Unidades de Cuidados da Comunidade

As UCC são descritas como “unidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com autonomia funcional e técnica e com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, sendo compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais” (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

No entanto, esta equipa é formada maioritariamente por Enfermeiros Especialistas, que prestam cuidados na sua área de Especialização, contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população do ACeS que a integram. O seu coordenador é “designado de entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional; (Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, p. 1184).

As UCC surgem como um complemento aos serviços das USF, oferecendo cuidados especializados e diferenciados e para os quais não existe qualquer alternativa por outra unidade assistencial. (ex. educação para a saúde; programas saúde escolar; programas de parentalidade; programas de saúde do adulto e idoso, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário e na integração em redes de apoio à família). As UCC integram também a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da formação de Equipas de Cuidados Continuados integrados as ECCL.

3.1.6. Evolução da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

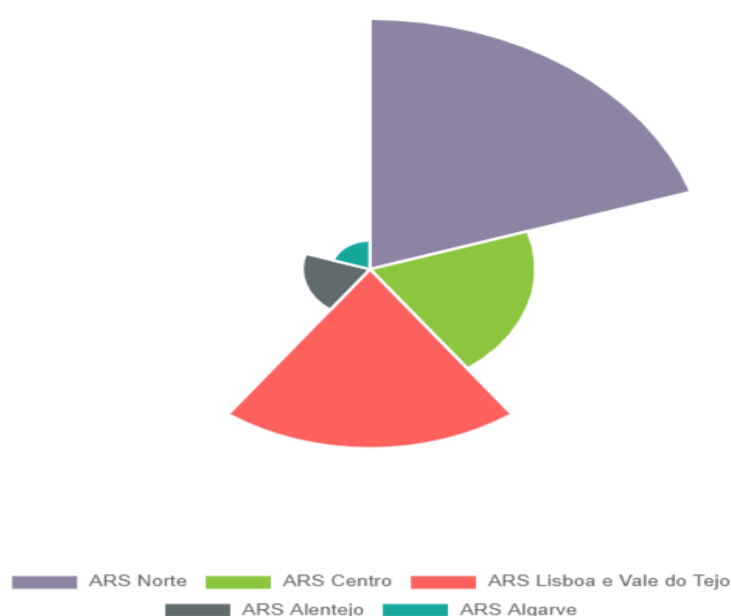
Esta reforma foi sem dúvida inovadora porque não só vem reestruturar os serviços assistenciais e de gestão, mas também implementa a modernização dos sistemas de informação, em especial o BI CSP. Este disponibiliza informação que permite caracterizar e monitorizar todas as Unidades Funcionais dos CSP, qualificando o seu desempenho de forma integradora e multidimensional, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada (SPMS,2022).

A criação de um ambiente organizacional positivo é essencial para que se conjugue a satisfação dos profissionais, mas também dos utilizadores destes serviços, os utentes, estes devem sem dúvida ser o foco de atenção, percebendo nesta nova organização de serviços um ganho efetivo na acessibilidade dos mesmos.

Apesar dos esforços dos governantes recorrendo a incentivos financeiros e facilitadores da adoção deste novo modelo organizativo, a reforma faz-se a ritmos muito diferentes no país.

Esta está dependente não só do número de profissionais de saúde disponíveis, mas também da sua motivação para integrar este novo modelo organizativo, para criar equipas com sentido de pertença e unidade. A satisfação dos profissionais é sem dúvida o gatilho necessário ao aparecimento destas unidades, tendo autonomia de organização e de gestão de recursos.

FIGURA 2 - Distribuição de Unidades Funcionais (UCC, UCSP, URAP, USP, USF-A e USF-B) por ARS



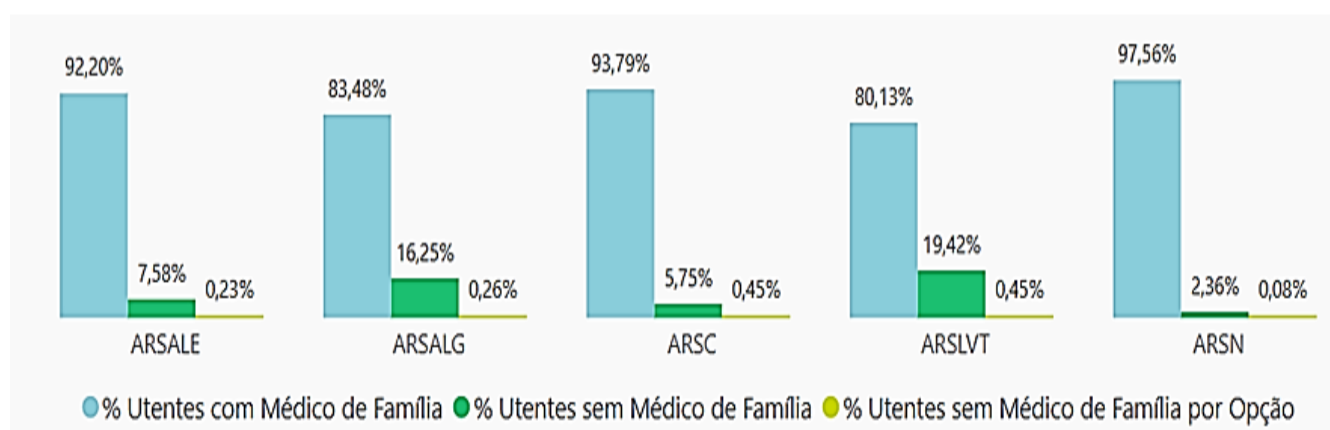
Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Na figura acima representado, extraído do BI-CSP relativo a junho de 2022, demonstra as assimetrias existentes em relação ao número de unidades funcionais nas ARS. É notório que a ARS Norte tem um número mais elevado de unidades funcionais quando comparadas com as restantes ARS.

O número de unidades de saúde será proporcional à população existente, contudo este facto não se verifica quando comparamos a ARS Norte (ARSN) e a ARS Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). A ARS Norte, em junho de 2022, tem 3 759 822 inscritos, enquanto que na ARS Lisboa e Vale do Tejo estão inscritas 3 876 787 pessoas.

Quanto ao número de unidades de saúde verificamos que na ARS Norte existem 513, enquanto na ARSLVT existem 367, uma diferença de 146 unidades (BI-CSP, junho 2022).

FIGURA 3 - Número de Utentes Inscritos com Médico de Família/Sem Médico de Família



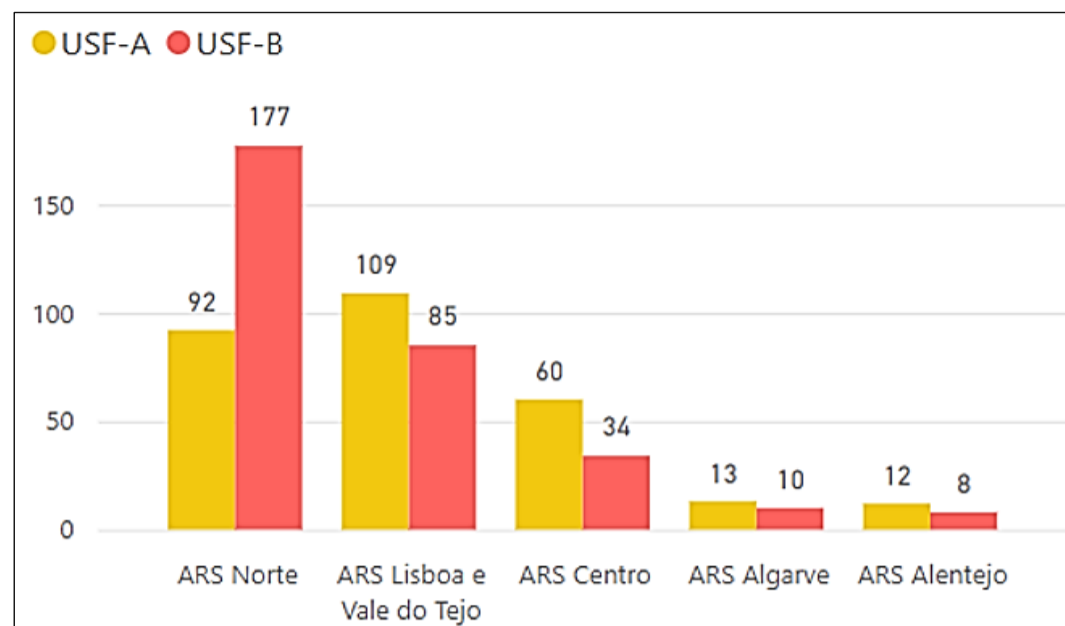
Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/RNU.aspx?isdg=1>

Como podemos constatar na figura acima, o número de utentes sem médico de família atribuído é maior na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, seguida do Algarve do Alentejo, da Região Centro, a ARS Norte apresenta o menor número de utentes sem médico de família.

Segundo Remoaldo (2003), a acessibilidade aos cuidados de saúde é um conceito complexo que é constituído por diversas vertentes podendo ser definida como “a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis”. As problemáticas da acessibilidade aos cuidados de saúde relacionam-se maioritariamente com os aspetos económicos, a oferta de serviços de saúde e a capacidade física de aceder às unidades de saúde.

Deste modo a acessibilidade aos cuidados de saúde não pode ser vista apenas como a entrada dos utentes no serviço de saúde, mas também da adaptação da oferta do serviço às necessidades de cuidados de cada utente (Barata,2021).

FIGURA 4 - Número de Unidades de Saúde Familiares em Portugal, em 2022



Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/RNU.aspx?isdlg=1>

No que concerne à adesão à nova forma de reorganização das unidades funcionais, podemos constatar através da figura acima que a ARS Norte apresenta o maior número de USF's modelo A e Modelo B, seguida de Lisboa e Vale do Tejo e ARS Centro.

Esta assimetria é identificada como um dos problemas no SNS o que leva à necessidade de promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde, melhorando a qualidade dos serviços e a organização dos mesmos (Andrade, 2016).

Apesar de ser observada uma melhoria significativa nos últimos anos no setor da saúde, resultante dos esforços na tentativa de diminuição das iniquidades, os sistemas de saúde enfrentam problemas, a nível de financiamento, e de capacidade de resposta quer pelo número inadequado de recursos humanos quer pela desigualdade de acessos aos cuidados (Rocha, 2021).

3.1.7. Centros de Vacinação em Portugal

A operacionalização da administração das vacinas da COVID-19 exigiu uma estratégia única garantindo o acesso à vacina em todo o país principalmente dos grupos identificados como prioritários. Assim, em dezembro de 2020, o Ministério da Saúde e a Direção Geral da Saúde em colaboração com o Infarmed, publicam o primeiro Plano Vacinação COVID-19. Neste encontram-se as primeiras orientações para a distribuição e entrega de vacinas, incluindo também as estratégias a adotar na implementação das áreas dedicadas à vacinação COVID-19. (SNS,2020)

Ao abrigo do Despacho n.º 11737/2020, de 26 de novembro, é criada a Task Force, esta equipa integra áreas governativas da Defesa Nacional, administração interna e da saúde, e tem como objetivo garantir a execução do Plano Vacinação COVID-19 traçado, coordenar o trabalho já realizado, assim como promover a articulação entre todas as entidades envolvidas.

Embora Portugal tenha dos melhores resultados da Europa associados ao PNV, o desafio era, no entanto, maior. Seria necessário assegurar toda a logística de transporte, distribuição e armazenamento específicos para cada vacina, garantir o registo eletrónico vacinal, assim como a implementação de protocolos de segurança para os utentes, e o registo de notificações de efeitos adversos das vacinas (SNS,2020).

A primeira fase deste Plano tinha como objetivo preservar vidas, diminuir a pressão dos cuidados de saúde, e proteger os profissionais essenciais. Assim, em dezembro de 2020, foram administradas as primeiras vacinas a profissionais de saúde que trabalhavam em áreas de maior risco, esta administração foi da responsabilidade das equipas de saúde ocupacional nos hospitais, e pelas USP nos ACES. Em janeiro de 2021, iniciou-se a vacinação dos idosos residentes em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) ou similares, e profissionais que aí trabalhavam por se considerar que estes apresentavam um maior risco de contrair a doença (SNS,2020). Os idosos em ERPI e trabalhadores destas instituições, foram vacinados em loco, por equipas formadas por profissionais dos cuidados de saúde primários (SNS,2020).

De forma a dar resposta ao Plano de Vacinação COVID-19, de vacinar o maior número de pessoas elegíveis no menor período de tempo possível, respeitando os grupos prioritários, tal como referido na Norma n.º 002/2021 da DGS. Esta define a necessidade de criar locais dedicados à vacinação e que cumprissem os critérios de segurança nomeadamente: uma rede de frio adequada, profissionais treinados com acesso a equipamentos e medicamentos para a atuação em caso de reações anafiláticas, e acesso à Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação - VACINAS. Surgem assim, os primeiros Centros de Vacinação COVID-19 (CVC), que são regulamentados pela alínea a) do n.º 2 do art.º 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2021, de 26 de janeiro, e do n.º 2 do art.º 3.º da Portaria n.º 298-B/2020 de 23 de dezembro (DGS, Orientação Técnica 003/2021).

Este era um plano dinâmico, adaptável à evolução do conhecimento científico, à situação epidemiológica, e à calendarização da chegada das vacinas contra a COVID-19, a Portugal. Neste contexto, dando início à implementação da primeira fase de vacinação nos CVC, foi pedido aos ACES que identificassem os utentes pertencentes aos grupos prioritários previamente definidos pela DGS, e que os convocassem telefonicamente, por mensagem ou carta (SNS,2020). Esta tarefa foi morosa, e consumiu muitos recursos, principalmente de profissionais de saúde, que tiveram que desempenhar

tarefas administrativas, quando eram indispensáveis para o bom funcionamento dos centros de vacinação. Assim, e para permitir a massificação da vacinação os SPMS (2021), automatizaram o processo de agendamento da vacinação. O utente passou a receber uma mensagem, com data, hora e local da inoculação marcada, libertando desta forma os cuidados de saúde primários de sobrecarga de tarefas administrativas.

Em abril de 2021, e seguindo exemplos de outros países europeus, é permitido que os utentes com 65 ou mais anos, que ainda não tivessem sido vacinados, pudessem fazer o auto-agendamento da vacina, podendo escolher a data e o local da sua vacinação, através de um portal eletrónico próprio para o efeito. É dado aos utentes um papel mais ativo na procura de cuidados de saúde, tentando desta forma incentivar a adesão à vacina contra a COVID-19(SPMS,2021).

A preocupação com a desinformação sobre a vacina e a tentativa de atingir a tão ambicionada imunidade de grupo, tentando preservar vidas, dando a todos a possibilidade de se protegerem, o ministério da saúde dá orientação aos centros de vacinação para abrirem a modalidade Casa Aberta. Nesta e atendendo à faixa etária da população a ser vacinada, os utentes poderiam dirigir-se a um CVC do seu concelho de residência para serem vacinados. Esta condição foi posteriormente alterada, permitindo aos utentes serem vacinados em qualquer local do país (Ministério Saúde, 2021).

Aproveitando a estrutura montada para a vacinação contra a COVID-19, por indicação da DGS, é iniciada a administração da vacina contra a Gripe, seguindo a mesma estratégia, onde os grupos prioritários já estavam definidos, as equipas treinadas, o que tornaria a operacionalização mais fácil e evitaria o desperdício da vacina, como verificado em anos anteriores. (DGS, Norma 006/2021)

Em setembro de 2021, é iniciada a administração da vacina contra a Gripe espaçando 14 dias da administração da 3ª dose de reforço da vacina contra a COVID-19, não existindo consenso sobre a segurança da administração conjunta das vacinas, o que obrigava os utentes a deslocarem-se duas vezes ao CVC, iniciando com o reforço da vacina contra a COVID-19 e posteriormente com a vacina contra a Gripe. Os utentes poderiam escolher fazer apenas uma das vacinas, não estando obrigados a completar esquemas vacinais prévios. Esta coadministração passa a ser autorizada em outubro de 2021 ao abrigo da norma 002/2021 da DGS, sendo garantido o princípio de não desperdiçar oportunidades a nível da vacinação.

4. METODOLOGIA

Como já referidos nos capítulos anteriores, a vacinação é uma área de intervenção dos CSP de grande importância, fazendo parte da carteira básica de serviços de unidades como as USF. Atendendo a que a pandemia veio trazer novos desafios à necessidade de vacinação massiva da população levando à criação dos CVC. Neste contexto, a vacinação contra a gripe teve alterações nos procedimentos até à altura adotados. Analisar de que forma este novo contexto tem repercussões no número de utentes a serem vacinados, carece de ser estudado. Tal possibilita a seguinte pergunta de investigação:

Será que diferentes modelos organizativos dos cuidados de saúde interferem com a adesão da população idosa à vacina contra a gripe?

Esta pergunta tem por base a alteração dos modelos organizativos na administração das vacinas contra a gripe. As vacinas contra a gripe iniciaram nos centros de saúde, posteriormente e associada a reforma ocorrida a partir de 2005 passaram a ser administradas nas USF, com a pandemia levaram à criação de novas estruturas, passam a ser administradas nos CVC em 2021. A forma como os utentes são convocados para a vacina contra a gripe sofreu também alterações, a convocatória era preferencialmente feita por carta. Contudo, para aumentar a adesão da população à vacinação passou a ser feita também por telefone, em especial para os mais idosos. Com o início da vacinação no CVC, os utentes passam a ser convocados por SMS, ou a poderem fazer o autoagendamento (SPMS,2021).

4.1. Tipo de Estudo

Para Fortin (Fortin, 1999, p.133), o tipo de estudo “descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”. A presente problemática conduz à realização de um estudo de tipo descritivo, retrospectivo e transversal.

O estudo é descritivo simples porque se procura estudar uma característica ou um fenómeno relativo a uma população ou amostra, este consiste em discriminar fatores ou conceitos relacionados com o fenómeno em estudo. É do tipo retrospectivo, pois tenta ligar um fenómeno recente a um acontecimento prévio, pretendendo avaliar à posteriori atividades ocorridas em tempo anterior. É transversal pois pretende recolher informação sobre determinado problema, em diferentes momentos de tempo (p.147).

4.2. Objetivos

O presente estudo aborda as alterações que ocorreram nos modelos organizativos das estruturas onde a vacina contra a gripe é administrada. Essas alterações levaram a enunciar a questão de investigação e a definir o tipo de estudo que se impunha. Assim foram determinados os seguintes objetivos:

- Conhecer o número de pessoas com 65 ou mais anos vacinadas contra a gripe no período anterior à pandemia e durante a pandemia.
- Perceber se as mudanças da estrutura organizativa na administração da vacina contra a gripe, influenciam o número de vacinas administradas à população com 65 ou mais anos.

4.3. População Alvo

De acordo com Fortin, (1999) “a população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador pretende fazer generalizações” (p.202). Dificilmente há a possibilidade de estudar a população alvo na totalidade podendo recorrer-se a uma amostra.

Este é um estudo que tem como população as pessoas com 65 ou mais anos inscritas num ACeS da área do grande Porto. Neste ACeS estão inscritos 178.310 cidadãos, sendo a população residente de 136.369 cidadãos. Tal como acontece em quase toda a região Norte, apresenta uma percentagem elevada de pessoas idosas 34.7%, quando comparadas com a população jovem 19,73%, e com um índice de dependência de 54.4% (BI-CSP,2022). Segundo esta mesma fonte, em julho de 2022, o número de utentes com médico de família é de 98,01%. 1.86% utentes não têm médico de família, correspondendo a 3343 pessoas. Destas excluem-se 225 utentes que se encontram sem médico de família por opção.

A área geográfica de abrangência deste ACeS representa 23,41 Km² e uma densidade populacional, que tem como referência a área do grande Porto, de 5181 pessoas por Km² (INE,2017).

Este ACeS é composto por um total de 22 UF, que prestam cuidados de saúde adaptados às necessidades dos cidadãos. Integra a ARS Norte e é constituído na sua totalidade por 15 USF´s modelo A e B, três UCC´s, uma URAP, uma USP e outras como um centro de aconselhamento e deteção do VIH/sida (CAD) e um centro de diagnóstico pneumológico (CDP).

4.4. Recolha de Dados

Os dados serão colhidos, referentes à população alvo, nas plataformas dos Sistema de Informação da ARS (SIARS) a plataforma do BI-CSP e à plataforma VACINAS. Nestas plataformas estão incluídas os registos das vacinas administradas nas unidades funcionais do ACeS (nas suas instalações ou nos domicílios da população alvo), nos CVC, nas ERPI e nas farmácias.

De acordo com o registo existente na plataforma VACINAS relativo às vacinas contra a gripe, há dois códigos: VG e VG SNS. O código VG é registado quando é administrada ou adquirida uma vacina fora do SNS, como por exemplo nas farmácias. O código VG SNS refere-se a todas as vacinas administradas e fornecidas pelo SNS, nomeadamente em hospitais, unidades de saúde e CVC.

A administração desta vacina segundo orientações da DGS ocorre a partir do início da época vacinal, no mês de setembro estendendo-se até março do ano civil (Norma 006/2021).

4.5. Considerações Éticas

Para o planeamento da colheita de dados foi solicitado a autorização da direção executiva do ACeS, e à Comissão de Ética da ARS Norte, que autorizou o estudo com o parecer N°104/2022.

O tipo de dados a recolher são anónimos, não sendo aplicado nenhum instrumento de recolha de dados. Os dados serão recolhidos através das plataformas anteriormente identificadas.

5. ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados apresentados são no presente estudo referentes a utentes inscritos num ACeS, na área do grande Porto. Atualmente tem uma população inscrita de 179138 utentes, dos quais 34.7% são idosos, 62276 utentes, e um índice de dependência de 54.4%. A maioria da população deste ACeS tem médico de família 98.01%, apenas 1.86% não tem médico atribuído, correspondendo 3343 pessoas.

Na tabela seguinte é apresentado o número de utentes inscritos por ano civil, colhidos nas plataformas referidas. Os números nessas plataformas são atualizados no fim de cada ano civil, e os referentes a 2022 reportam-se aos dados do fim do primeiro trimestre, por a colheita ocorrer durante o ano em questão.

TABELA 2 - Total de Utentes Inscritos no ACES, Número e Percentagem de Utentes com 65 ou mais Anos Inscritos, de 2018 a 2022

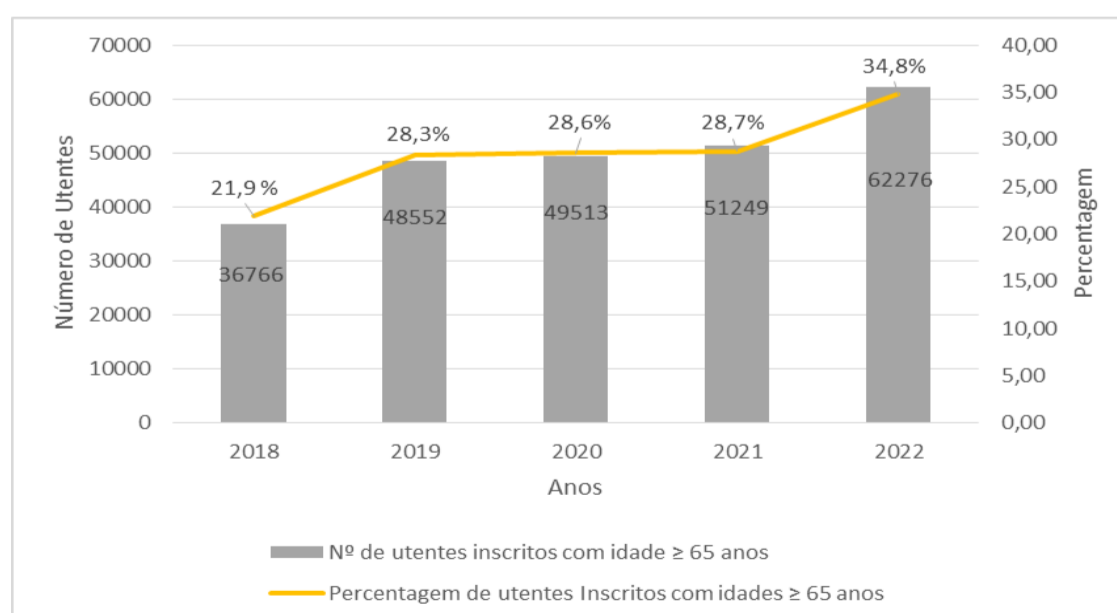
Ano	Nº de utentes inscritos	Nº de utentes com 65 ou mais anos inscritos	Percentagem de utentes com 65 ou mais anos inscritos
2018	168049	36766	21.9%
2019	171321	48552	28.3%
2020	173335	49513	28.6%
2021	178310	51249	28.7%
2022	179138	62276	34.8%

No total e se verificarmos os dados atrás expostos, o número de idosos desde 2018 até 2022 no ACeS aumentou 12.9%, significando um universo de mais 25510 (62276-36766) utentes.

O número total de utentes inscritos no ACES aumentou desde 2018 até 2022, mais 11089 (179138-168049) como se pode verificar na tabela nº2. Entre 2018 e 2019 verificou-se um aumento de 3272 (171321-168049) pessoas. Este número só foi ultrapassado entre 2020 e 2021, onde se inscreverem no ACES mais 4995 (173335-178310) utentes que no ano anterior. Em 2022 o número total de inscritos manteve a tendência crescente, embora menos acentuada, inscreveram-se mais 828 (179138-178310) pessoas.

Relativamente ao número de utentes com 65 ou mais anos inscritos no ACES, podemos verificar que tem acompanhado a tendência de aumento desde 2018 até 2022, mais 25 510 (62276-36766).

GRÁFICO 1 - Número e Percentagem de Pessoas com 65 ou Mais Anos Inscritos no ACES, de 2018 a 2022



No gráfico nº 1 é possível verificar que os utentes inscritos com 65 ou mais anos, entre 2018 e 2022, tiveram um acréscimo significativo. Em 2018 existiam 36766 utentes inscritos passando para 48552 em 2019, correspondendo a um aumento de 11786 utentes, sendo um acréscimo percentual de 6.4% (28.3%-21.9%). Entre 2019 e 2020, embora se verificasse um aumento do número de pessoas com 65 ou mais anos mais 961, este é menor do que

na época anterior, crescendo um total de 0.3% (28.6%-28.3%). De 2020 para 2021 verificou-se um crescimento percentual de 0.1% (28.7%-28.6%), mais 1736 utentes, este foi o ano em que o aumento do número de pessoas com 65 ou mais anos foi menor. Esta tendência crescente manteve-se em 2022, onde há um aumento de 6.1% (34.8%-28.7%) de utentes, correspondendo a mais 11027 pessoas com 65 ou mais anos.

Em relação à administração da vacina contra a Gripe em pessoas com 65 ou mais anos no ACeS e consultando as bases de dados anteriormente mencionadas, constatamos um aumento do número vacinas entre administradas nas épocas vacinais de 2018 a 2022.

Na tabela seguinte aparece o número de vacinas registadas e a percentagem de pessoas com 65 ou mais anos vacinados. Estas percentagens são disponibilizadas nas plataformas referidas anteriormente e não são resultantes de qualquer cálculo realizado neste estudo.

TABELA 3 - Número e Percentagem de Pessoas com 65 ou Mais Anos Vacinados contra a Gripe por Época Vacinal.

Época Vacinal	Nº de utentes com vacinas registadas	Percentagem de utentes com vacinas registadas (VG SNS + VG)
2018-2019	19412	47.7%
2019-2020	21109	51.1%
2020-2021	28600	69.3%
2021-2022	33 642	62.9%

Ao observarmos a tabela acima podemos constatar os valores percentuais e número total de pessoas com vacina registada, na área de influência do ACeS. Os valores apresentados indicam que na época de 2018-2019 a percentagem de utentes vacinados foi de 47.7%, sendo o resultado mais baixo comparativamente com as outras épocas vacinais em análise. Em 2019-2020, a percentagem de utentes vacinados sobe ligeiramente, para 51.1%, assim como o número de vacinas administradas, 21109. É, no entanto, na época de 2020-2021, que se atinge a meta mais alta de 69.3% dos utentes com 65 ou mais anos do ACES são vacinados contra a gripe, quando são administradas 28600 vacinas. Na época vacinal de 2021-2022, são administradas um maior número de vacinas contra a gripe, 33642, sendo que a percentagem de utentes com vacinas registadas diminui para os 62.9%.

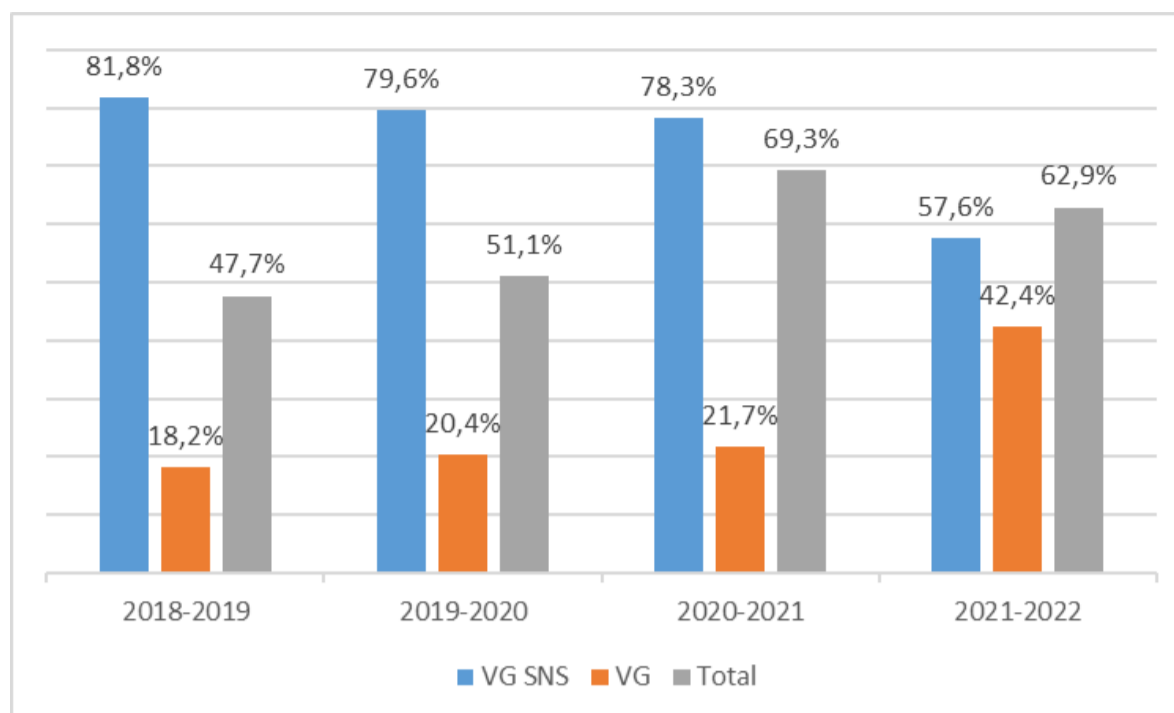
A partir dos números de vacinas registadas nas diferentes épocas vacinais em análise, passa-se a explicitar as vacinas que estão registadas como tendo ocorrido e disponibilizadas no âmbito SNS (VG SNS) e fora do mesmo (VG). Estes dados foram recolhidos das plataformas anteriormente mencionadas e não são o resultado de cálculos do presente estudo.

TABELA 4 - Números Absolutos e Percentuais de Utentes com 65 ou mais anos com Vacinas Registadas com os Códigos VG SNS e VG

Época vacinal	Nº de utentes com vacinas registadas VG SNS	Nº de utentes com vacinas registadas VG	Nº de utentes com vacinas registadas (VG SNS + VG)	Percentagem de utentes com vacinas registadas (VG SNS + VG)
2018-2019	15874	3538	19412	47.7 %
2019-2020	16795	4314	21109	51.1 %
2020-2021	22381	6219	28600	69.3 %
2021-2022	19386	14256	33642	62.9 %

Após análise dos dados absolutos obtidos para estudo, foram calculadas as percentagens dos registos vacinais encontrados de forma a melhor perceber esta problemática.

GRÁFICO 2 - Percentagem de utentes com 65 ou mais anos cujas as vacinas têm o código (VG SNS) ou fora do SNS (VG) por época gripal.



Através do gráfico Nº 2 e da tabela Nº4, podemos verificar que na época de 2018-2019 a percentagem de utentes com a vacina da gripe registada foi de 47.7%, o que corresponde a 19412 utentes com 65 ou mais anos vacinados. Destas 81.8% foram administradas nas unidades de saúde (VG SNS), o que corresponde a um total de 15874 utentes e 18.8% destas foram administradas fora do SNS (VG), correspondendo a 3538 pessoas vacinadas.

Esta é uma tendência crescente, em 2019-2020 onde 51.1% das pessoas com 65 ou mais anos foram vacinadas contra a gripe, correspondendo a 21109 pessoas, 79.6% (16795 utentes) recorreram aos cuidados de saúde primários. A época de 2020-2021 foi a época com a maior taxa de vacinação contra a gripe no período em análise, 69.3% correspondendo a 28600 vacinas administradas, e a sua grande maioria recorreu à sua unidade de saúde para ser imunizado, 22381 utentes.

Foi na época 2021/2022, que foram administradas o maior número de vacinas 33642, contudo a taxa de vacinação desceu em relação à época vacinal anterior, para 62.9%. A percentagem de pessoas vacinadas em farmácias atingiu um pico máximo de 42.4%, correspondendo a 14 256 utentes. Este valor percentual aproximou-se da percentagem de vacinas administradas no SNS que foi de 57.6%, ou seja, 19 386 pessoas.

6. DISCUSSÃO

De acordo com a melhor evidência, um sistema de saúde baseado em cuidados de saúde primários, dotados de profissionais devidamente treinados, demonstra maior efetividade na prestação de cuidados do que um sistema de saúde sem orientação para os cuidados de saúde primários (Starfield, B., 1998).

Este estudo mostra que no ACeS em questão assistiu-se, de 2018 até 2022, a um acréscimo da população inscrita, passando de 168049 indivíduos para 179138. Esta variação foi acompanhada por um aumento significativo da população idosa, pois neste período houve um incremento de 25 510 utentes, o que corresponde a mais 12.9% de pessoas com 65 ou mais anos. Estes dados vão ao encontro do que se verifica em Portugal. Segundo dados divulgados no último censo (2021), a população com 65 ou mais anos, em Portugal, teve um crescimento de 20.8% de 2011 a 2021.

Na população estudada as pessoas com 65 ou mais anos no total de inscritos é de 34.7%. Este valor é superior ao encontrado no último censo (INE, 2021), pois a população idosa residente na Região Norte é de 22.6%. Este facto encontra-se descrito no Plano Local de Saúde do ACeS em estudo, pois já no ano de 2018 refere que a percentagem de população residente com 65 ou mais anos, apresenta um valor superior ao da Região Norte (USP, 2018).

Ao ser analisada a evolução da população com 65 ou mais anos, verifica-se que de 2018 a 2022 ocorreu um acréscimo de 25 510 utentes. Quando se verifica o número de inscritos no mesmo período, constata-se um aumento de 11 089 pessoas. Tal pode indicar que a diferença estará relacionada com o envelhecimento da população em estudo.

Este fenómeno pode explicar a diminuição da taxa de vacinação na época de 2021-2022 ter descido para 62.9%, comparativamente com a época vacinal anterior que foi de 69.3%. Verifica-se, no entanto, que a época de 2021-2022 foi a época vacinal onde um maior número de vacinas foram registadas com o valor de 33 642 vacinas.

As taxas de vacinação contra a gripe em Portugal tem tido uma evolução positiva ao longo dos anos, como podemos verificar nos dados da ECOS, passando de 41.9% em 2002, para 60.7% em 2020. Na população em estudo constatou-se também esta evolução, pois na época vacinal 2018-2019, 47,7% da população com 65 ou mais anos foi vacinada contra a gripe e foi atingido, na época de 2020-2021, o valor percentual mais elevado de 69.3%. Os valores obtidos ainda estão longe das metas preconizadas pela OMS, que como já foi referido anteriormente, preconiza a imunização de 75% das pessoas com 65 ou mais anos.

Contrariamente aos valores encontrados no estudo, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia refere que a época vacinal 2019/2020, a população com 65 anos terá atingido o marco histórico de 76% de taxa de vacinação, ultrapassando pela primeira vez a meta preconizada pela OMS. Os resultados indicam que é a região Norte que apresenta a maior percentagem de vacinação com 64.5% de indivíduos vacinados e a zona do Algarve com a menor cerca de 49.5% população vacinada (SPP, 2020). Os valores encontrados no presente estudo, são inferiores aos dados relatados pela SPP, sendo a taxa vacinal nesta época de 51.1% utentes. Quando comparamos os dados do relatório divulgado pela SPP, relativa à época 2021-2022, esta diferença ainda é maior, segundo estes a população de 65 ou mais anos vacinados contra a gripe foi de 88.3%, enquanto que os valores encontrados neste estudo na mesma época foi de 62.9% utentes vacinados (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2022). Estes dados poderão sugerir que nem todas as vacinas foram alvo de registos, podendo a diferença ser justificada entre as vacinas disponibilizadas à população e efetivamente aquelas que foram devidamente registadas.

Os dados relativos aos registos das vacinas contra a gripe, apresentam dois códigos possíveis para esse registo, a VG SNS e VG. Como anteriormente foi referido, o primeiro código corresponde às vacinas administradas e disponibilizadas pelo SNS. O segundo refere-se às vacinas administradas ou adquiridas nas farmácias. Estas vacinas, compradas nas farmácias e administradas nas unidades de saúde ou no CVC, mantém o código de registo VG. Refletindo sobre a problemática em questão, considera-se que seria importante existir mais um código de registo que contemplasse a aquisição das vacinas nas farmácias e a administração no SNS, tornando-se desta forma mais clara a quem deva ser atribuído o ato da vacinação.

Constata-se, pelos resultados que até à época de 2020/2021 a população com 65 ou mais anos era vacinada maioritariamente no âmbito do SNS. Na época 2021/2022, a vacinação nas farmácias ganha particular importância, passando dos 6219 registos vacinais da época anterior (2020-2021) para os 14256 registos com o código VG. Este aumento ocorreu na mesma época vacinal em que teve início atividade dos CVC. Por indicação da DGS, a vacinação da gripe é realizada pela primeira vez nestes centros (DGS-Norma006/2021), rentabilizando as estruturas criadas, e os profissionais devidamente treinados.

Como já referido, em Outubro de 2021 a vacina contra a gripe passou a ser administrada em conjunto com a vacina contra o COVID-19 (DGS-Norma006/2021), deixando de ser administradas nas UF. No início desta época vacinal, era recomendado um intervalo de pelo menos 14 dias entre a administração das duas vacinas, obrigando os utentes a duas deslocações aos CVC.

O facto de os utentes poderem não pretender a vacina contra a COVID-19, e optarem apenas pela vacina contra a gripe, que se encontrava disponível em qualquer farmácia, poderá ter contribuído para que os utentes com 65 ou mais anos procurassem uma resposta fora do SNS. Poderá também explicar estes valores, crescentes, o facto de os utentes pretenderem a vacina contra a gripe mas não quererem ou não terem indicação para a vacina contra o COVID-19 e precisarem de se deslocar ao CVC para lhes ser administrada, uma vez que a vacina contra a gripe não estava disponível na sua unidade de saúde, como nas épocas anteriores. Acresce, como possível razão que para as pessoas com 65 ou mais anos a deslocação ao CVC, implicava percorrer uma maior distância, podendo encontrar uma resposta de proximidade.

Os resultados desta pesquisa permitiram responder aos objetivos traçados. Em relação ao objetivo “Conhecer o número de pessoas com 65 ou mais anos vacinadas contra a gripe no período anterior à pandemia e durante a pandemia”, foi possível ser atingido pois determinou-se o número de utentes com 65 ou mais anos vacinados contra a gripe no período pré pandémico e pandémico. Foi possível constatar que a vacinação contra a gripe na época

vacinal anterior à pandemia, 2018-2019 a taxa de vacinação foi de 47.7%, tendo sido administradas a 19412 utentes. Com o surgimento da pandemia da COVID-19, em 2020, constatou-se um aumento da taxa de vacinação contra a gripe, atingindo na época de 2021-2022, 62.9% de utentes vacinados com 65 ou mais anos, correspondendo a 33642 inoculações. Este aumento, poderá estar associado ao facto de, no primeiro ano pandémico, não existir uma vacina contra o SARS-CoV-2, e às campanhas de divulgação da importância de vacinação contra a gripe para as populações mais vulneráveis, com o correspondente aumento da disponibilização da vacina.

Relativamente ao segundo objetivo “Perceber se as mudanças da estrutura organizativa na administração da vacina contra a gripe, influenciam o número de vacinas administradas à população com 65 ou mais anos”, e analisando os resultados anteriormente expostos, é possível perceber que a mudança na estrutura organizativa onde se realizou a administração da vacina da gripe não influenciou o aumento do número de pessoas vacinadas contra a gripe, nomeadamente no SNS. Embora tenha sido na época vacinal de 2021-2022, que o maior número de vacinas tenha sido administrado, 33642, foi também a época onde o maior número de pessoas foi vacinado fora do SNS, 14256. Foi nesta época vacinal que a vacina contra a gripe começou a ser administrada nos CVC e como anteriormente já foi referido, poderá a recusa da vacina contra a COVID-19 ter condicionado a procura de outra alternativa fora do SNS. Também como já foi colocada a hipótese, a saída da vacinação das unidades funcionais poderá ter levado os utentes a encontrar uma resposta de maior proximidade.

Pode também pensar-se que o facto de os utentes com 65 ou mais anos passarem a ser convocados por SMS, e terem que confirmar a presença respondendo à mensagem recebida, poderá ter contribuído para a procura de outra resposta que não exigisse literacia informática. O processo vacinal, até à época 2020/2021, como já referido anteriormente, deixa de ser efetuado nas unidades de saúde, pelo enfermeiro de família, passa a ser um processo mais burocrático e mais impessoal, o que poderá ter contribuído para a procura de outros profissionais que continuassem a dar uma resposta de maior proximidade a estas pessoas. Também as questões relacionadas com o elevado tempo de espera, a distância e falta de conforto para acolher esta população nos CVC, poderá ter condicionado o aumento de procura de alternativas para a vacinação contra a gripe fora do SNS.

Face a esta análise percebe-se que o estudo conseguiu dar resposta à pergunta de investigação, pois parece que os modelos organizativos influenciam a resposta à adesão da vacinação contra a gripe da população idosa. Também se mostrou adequado o tipo e o desenho do estudo para analisar este fenómeno.

O conhecimento deste fenómeno poderia ser maior se fossem avaliadas as experiências das pessoas relativamente à vacinação. Poderia ser interessante recorrer a uma metodologia qualitativa que permitisse analisar essas vivências, encontrando eventual resposta para perceber as razões que levam as pessoas a serem vacinadas fora do SNS.

Este estudo tendo estando circunscrito a uma área geográfica de um ACeS, limitou a análise da influência dos modelos organizativas a uma unidade única. Por tal razão não se pode extrapolar os resultados para outras áreas do país, pois as realidades serão diferentes quer em relação à população quer em relação ao número de profissionais de saúde e unidades de saúde existentes e respetivos modelos organizativos. Contudo os CVC surgiram e foram implementados em Portugal, na tentativa de dar uma resposta que ultrapassasse as iniquidades e permitisse o acesso a todos os cidadãos à vacinação (DGS, 2021). Assim, este estudo não permite a afirmação que o modelo organizativo implementado durante a pandemia COVID-19, deverá perdurar para a implementação mais eficaz do PNV inovando face aos modelos utilizados até então.

CONCLUSÃO

Este estudo foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Pretendia refletir sobre o Modelo organizativo dos CSP e perceber se estes influenciaram a adesão à vacinação da gripe da população com 65 ou mais anos.

Este percurso investigativo foi curto, recolhi os dados registados nas plataformas da ARS, BI-CSP e VACINAS. As análises dos resultados parecem sugerir que os Modelos organizativos interferem na adesão da população à vacinação, respondendo desta forma à pergunta de investigação.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005, não quebra totalmente com o passado, aproveitando os bons resultados e melhorando o sistema que já estava estagnado. Foi considerada moderna porque se aliou à tecnologia, à informatização total e ao trabalho em rede e inovadora pois permitiu a formação de equipas auto selecionadas e auto-organizadas, com autonomia funcional, concentrando as suas atividades nas pessoas e comunidades que servem, as USF (Biscaí,2016).

As USF foram consideradas elementos centrais nessa reforma, sendo definidas como “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo” (Decreto-Lei 298/2007 de 22 de Agosto, p.4). Estas unidades têm como principais objetivos prestar cuidados de qualidade, de proximidade centrados no cidadão (CNCSP,2019), promovendo o acesso aos cuidados de saúde.

Os CSP são vistos como porta de entrada do utente nos cuidados de saúde e de articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Contudo, a OMS, vai mais além, refere-se à acessibilidade aos cuidados de saúde primários como fator promotor da saúde da população, adequando os cuidados de saúde às necessidades de cada indivíduo, tornando-o mais ativo na procura e manutenção da sua saúde (OMS,2021).

Em 2020, e longe de tudo o que até então foi planeado, o mundo foi confrontado com uma Pandemia, com momentos de dúvidas de incerteza para a população em geral, os cuidados de saúde são levados ao limite, e os profissionais de saúde chamados a desempenhar novas funções. As Unidades de Saúde fecharam portas, diminuem a sua atividade presencial, e domiciliária, dando lugar às teleconsultas, e utilizando as ferramentas informáticas como nunca antes.

Com a perspetiva de uma vacina que prevenisse a infeção por SARS-CoV-2, e acabasse com a Pandemia, surge em 2021 os primeiros CVC, que tinham como intuito vacinar o maior número de pessoas no menor tempo possível, preservando vidas, restaurando a economia e a sociedade (DGS, Orientação 003/2021). Esta estrutura embora tivesse surgido para dar uma resposta muito específica contra a COVID-19, foi aproveitado para a vacinação da gripe rentabilizando os recursos já existentes (Norma 006/2021, DGS).

As taxas de vacinação contra a gripe têm vindo a evoluir positivamente conforme podemos observar nos dados do governo Português (ECOS). Do estudo realizado foi possível observar que existiu uma evolução positiva das taxas de vacinação, sendo estas mais elevadas nas duas últimas épocas vacinais.

A situação pandémica trouxe desafios na resposta em saúde à população Portuguesa e os CVC surgiram como resposta de caráter excepcional, percebendo a dificuldade na acessibilidade às vacinas contra a gripe no país. Parece poder ser importante que a vacinação volte a ser da responsabilidade dos Enfermeiros de família, pois estes são um dos pilares fundamentais no sucesso do PNV em Portugal (DGS,2021), controlando as respetivas listas de utentes e motivando-os, contribuindo para a manutenção de taxas de vacinação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Modelos Organizacionais das Unidades de Saúde Familiares*. <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestSaude/CSaudePrimarios/CuidadosdeSaudePrimarios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>
- DGS/SPMS. (2017). *Circular Normativa Conjunta n.º03/DGS/SPMS*. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/01/Circular-Normativa-Conjunta_N.3_DGS_SPMS_Registo-Nacional-Vacinas-Propos....pdf
- DGS. (2022). *Gripe*. <https://www.dgs.pt/saude-publica1/gripe.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *História da Gripe*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-historia-da-gripe-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2009). *Pandemia de Gripe*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-contingencia-nacional-do-sector-da-saude-para-a-pandemia-de-gripe-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Vacinação contra a gripe com a vacina trivalente na época 2010/2011*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013397.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *50 anos do PNV*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnv-50-anos-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Programa Nacional de Vigilância da Gripe: relatório da época 2018/2019*. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/RelatorioPNVG_2018-2019.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2020a). *Plano Nacional de Vacinação 2020*. norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx
- Direção Geral de Saúde. (2020b). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2021). *Programa Nacional de Vacinação 2021*. 9. boletim-n-5-do-programa-nacional-de-vacinacao-abril-2022-pdf.aspx%0A%0A
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Gripe*. <https://www.dgs.pt/saude-publica1/gripe.aspx>
- European Commission: (2022). *Vaccination*. https://health.ec.europa.eu/vaccination/overview_pt
- Filipe. (2012). *ADESÃO À VACINA CONTRA A GRIPE: MOTIVAÇÕES DOS ENFERMEIROS*. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13975/1/MestIACS_Dissertação_Carla_Filipe.pdf
- Frade. (2017). *A enfermagem e a vacinação: evolução do cumprimento da vacina combinada contra o sarampo, parotidite e rubéola*. https://www.redalyc.org/journal/3882/388251308001/html/#redalyc_388251308001_ref18
- Imperatori, Emilio, and Maria Rosário Giraldes. 1993. *Metodologia Do Planeamento Da Saúde: Manual Para Uso Em Serviços Centrais, Regionais e Locais*. edited by Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Obras Avulsas.
- INE. (2021). *CENSOS 2021*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=535653930&att_display=n&att_download=y
- INSA. (2022). *Epidemiologia*. <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/epidemiologia/>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. file:///C:/Users/mjpm/Desktop/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. https://www.apn.org.pt/documentos/2022/consulta_publica_plano_nacional_saude_2021_2030.pdf
- Mølbak, K., Espenhain, L., Nielsen, J., Tersago, K., Bossuyt, N., Denissov, G., Baburin, A., Virtanen, M., Fouillet, A., Sideroglou, T., Gkolfinopoulou, K., Paldy, A., Bobvos, J., van Asten, L., de Lange, M., Nunes, B., da Silva, S., Larrauri, A., Gómez, I. L., ... Mazick, A. (2015). Excess mortality among the elderly in European countries, December 2014 to February 2015. *Eurosurveillance*, 20(11). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2015.20.11.21065>
- OBSERVADOR. (2021). *Taxa de mortalidade infantil em 2020 foi a mais baixa de sempre em Portugal*. <https://observador.pt/2021/04/27/taxa-de-mortalidade-infantil-em-2020-foi-a-mais-baixa-de-sempre-em-portugal/>
- OMS. (2009). *Prevention and Control of Influenza Pandemics*. http://www.who.int/immunization/sage/1_WHA56_19_Prevention_and_control_of_influenza_pandemics.pdf
- OMS. (2019). Novo plano da OMS quer proteger da gripe pessoas de todos os países até 2030. *ONU News*. <https://news.un.org/pt/story/2019/03/1663671>
- Pisco, L. (2007). *A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS*. http://www.portaldasaude.gov.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf
- Rocha. (2021). *Acesso aos Cuidados de Saúde*. [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/21603/2/Acesso aos Cuidados de Saúde.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/21603/2/Acesso%20aos%20Cuidados%20de%20Saude.pdf)

- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2022). *Portugal ultrapassa meta da OMS na taxa de vacinação contra a gripe em pessoas com 65 ou mais anos de idade*. [https://www.sanofi.pt/dam/jcr:9b48fc08-7b4a-4700-9494-a41b15a8c39c/PR_Vacinómetro - Dados finais da época gripal de 2021-22_vf.pdf](https://www.sanofi.pt/dam/jcr:9b48fc08-7b4a-4700-9494-a41b15a8c39c/PR_Vacinómetro_-_Dados_finais_da_época_gripal_de_2021-22_vf.pdf)
- SPMS. (2017). *Farmácias registam mais de 50 mil vacinas no VACINAS*. <https://www.spms.min-saude.pt/2017/11/farmacias-registam-50-mil-vacinas-no-vacinas/>
- SNS. (2020). *Taxa de Cobertura da Vacina Antigripal Sazonal*.
- SNS. (2022). *Taxa de Cobertura da Vacina Antigripal Sazonal*.
- SNS. (2022a). *História do SNS*. <https://40anos.sns.gov.pt/>
- SNS. (2022b). *Quantidade de Vacinas Administradas por ARS*. [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/vacinas.aspx?isdlg=1 %0A %0A](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/vacinas.aspx?isdlg=1%0A%0A)
- SNS24. (2022). *Gripe*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/gripe/#sec-0%0A%0A>
- SPP. (2020). *PORTUGAL ALCANÇA META DE 75% DE TAXA DE VACINAÇÃO DA GRIPE PROPOSTA PELA OMS*. <https://www.sppneumologia.pt/noticias/portugal-alcanca-meta-de-75-de-taxa-de-vacinacao-da-gripe-proposta-pela-oms>
- USP. (2018). *Diagnóstico de Saúde 2018*. [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10018/QUEM_SERVIMOS/Diagnostico de Situacao_2018.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10018/QUEM_SERVIMOS/Diagnostico_de_Situacao_2018.pdf)
- Tavares, A. 1992. *Métodos e Técnicas de Planeamento Em Saúde*. 2ª Edição. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Cadernos da Saúde nº2.