



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MIGUEL NETO EUSTÁQUIO

***Impacto da Covid-19 no Seguimento de Doença Cardiovascular em
Cuidados de Saúde Primários***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

Dra. TERESA MARIA MATOS DE QUEIRÓS

JANEIRO/2023

Impacto da Covid-19 no Seguimento de Doença Cardiovascular em Cuidados de Saúde Primários

Miguel Neto Eustáquio*

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago**

Teresa Maria Matos de Queirós ***

*Aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;

**Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

***Assistente de Medicina Geral e Familiar, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro

Endereço:

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Pólo III – Pólo das Ciências da Saúde

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-548 Coimbra

eustaquio.miguel@hotmail.com

luizmiguel.santiago@gmail.com

teresammq@gmail.com

Índice

Lista de abreviaturas	4
Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Materiais e Métodos	9
Resultados	12
Discussão	14
Conclusão	18
Agradecimentos	19
Bibliografia	20
Anexos	21

Lista de abreviaturas

ACeS: Agrupamento de Centros de Saúde

ARS: Administração Regional de Saúde

AVC: Acidente Vascular Cerebral

BI-CSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

DGS: Direção Geral da Saúde

DM: Diabetes Mellitus

PA: Pressão arterial

SNS: Serviço Nacional de Saúde

USF: Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A doença cardiovascular tem uma elevada prevalência na população portuguesa, constituindo uma enorme fonte de mortalidade e morbidade no nosso país. O sofrimento e custos por ela causados fazem dela uma doença social. Com o advento da pandemia COVID-19 os serviços de saúde viram-se obrigados a uma constante adaptação da atividade clínica por forma a responder às necessidades levantadas. Este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto da pandemia COVID-19 no seguimento de doentes com patologia cardiovascular no âmbito de Cuidados de Saúde Primários.

Materiais e Métodos: Foi consultada a Matriz de Indicadores do BI-CSP e selecionados os indicadores “Proporção DM <65 A, com HgbA1c inferior ou igual a 6,5 %”, “Proporção DM com registo HgbA1c 6 meses”, “Proporção DM com última HgbA1c inferior ou igual a 8,0%”, “Proporção hipertensos com PA 6 meses”, “Proporção de hipertensos com acompanhamento adequado” e “Proporção hipertensos <65A, com PA<150/90”. Para cada um deles, estudaram-se os anos 2018 a 2021 à data de 31 de dezembro, colhendo-se dados por total nacional, pelas 5 Administrações Regionais de Saúde e metade mais um Agrupamentos de Centros de Saúde em cada ARS selecionados por um processo de aleatorização.

Resultados: Verificou-se uma tendência crescente de todos os indicadores no período pré-pandémico, seguido de uma diminuição acentuada em todas as Regiões de Saúde no ano de 2020. Observou-se uma recuperação em 2021, embora as dinâmicas de crescimento tenham permanecido negativas para todos os indicadores em todas as Regiões de Saúde com exceção dos indicadores “Proporção de hipertensos com acompanhamento adequado” e “Proporção hipertensos <65A, com PA<150/90 na região de saúde do Algarve. Identificou-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) entre as dinâmicas de crescimento das várias Regiões de Saúde.

Discussão: O impacto da pandemia COVID-19 e das medidas de saúde pública implementadas em sua resposta, não foi uniforme nas diversas Regiões de Saúde verificando-se igualmente diferentes capacidades de resposta. Por outro lado, a pandemia COVID-19 veio acentuar as fragilidades já conhecidas dos Cuidados de Saúde Primários e em última instância do Serviço Nacional de Saúde, reforçando a necessidade de atuação sobre os problemas existentes.

Conclusão: A pandemia COVID-19 teve impacto no seguimento de doentes cardiovasculares nas diferentes Regiões de Saúde do país, justificando a implementação de medidas no sentido da sua recuperação.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; COVID-19; Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

Introduction: Cardiovascular disease has high prevalence in the portuguese population, representing a massive source of mortality and morbidity in our country. Its distress and costs make it a social disease. With the arrival of the COVID-19 pandemic, the health services were required to constantly adapt their clinical activity so as to respond to the arising needs. This article's objective is to evaluate the COVID-19's impact in the follow-up of cardiovascular patients in Primary Health Care.

Materials and Methods: The BI-CSP Matrix was consulted and the "Proportion DM<65 years, with HgbA1c inferior or equal to 6,5%", "Proportion DM with HgbA1c 6 months", "Proportion DM with last HgbA1c inferior or equal to 8,0%", "Proportion hypertensive with BP 6 months", "Proportion of hypertensive with proper follow-up" and "Proportion hypertensive <65 years, with BP<150/90" indexes were chosen. For each one of them, the years 2018 through 2021 were studied until December 31st, and data by national level, by the 5 Regional Health Administration and from half plus one randomized Health Center Grouping from each Regional Health Administration were collected.

Results: A rising trend of all indexes pre pandemic, followed by a sharp decrease in all Health Regions in 2020 were ascertained. Despite having noted a recovery in 2021, the growth dynamics remained negative for all indexes barring "Proportion of hypertensive with proper follow-up" and "Proportion hypertensive <65 years, with BP<150/90" in the Health Region of Algarve. Statistically significant differences ($p<0,05$) between the growth dynamics in the various Health Regions were identified.

Discussion: The impact of the COVID-19 pandemic and the public health measures taken to respond to it were uneven in the varied Health Regions, as much as the response capacity of each region. On the other hand, the COVID-19 pandemic highlighted the already known frailties of the Primary Health Care and ultimately the Nacional Health Service, strengthening the need to act upon those problems.

Conclusion: The COVID-19 pandemic impacted the follow-up of cardiovascular patients in all Health Regions of the country, substantiating the introduction of measures to promote its recovery.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus, COVID-19; Primary Health Care.

Introdução

A Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial são doenças de elevada incidência e prevalência na população portuguesa de tal modo que justificam a existência de programas específicos de vigilância em cuidados de saúde primários. Ambas, conjuntamente com outros fatores de risco como a aterosclerose, a obesidade e a dislipidemia, contribuem para o desenvolvimento de patologia cardiovascular.

A sua evolução natural quando não realizado um controlo adequado favorece diversas complicações, nomeadamente doença renal crónica, retinopatia, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, doença arterial coronária, disseção aórtica e doença arterial periférica. Assim, é fácil compreender a importância do acompanhamento destes doentes e a necessidade de controlo, quer por meio de medidas de estilo de vida, quer através de medidas farmacológicas, com o intuito de impedir a progressão da doença para estadios avançados que resultem em eventos cardiovasculares potencialmente ameaçadores de vida.

Desta forma foi instituído o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares que visa atingir os seguintes objetivos finais:

- Reduzir a incidência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), particularmente abaixo dos 65 anos;
- Reduzir a incidência de enfarte do miocárdio, particularmente abaixo dos 65 anos.

Para atingir os objetivos finais propostos será necessário atingir estes objetivos intermédios:

- Aumentar a proporção de hipertensos que se encontram diagnosticados e controlados;
- Aumentar a proporção de dislipidémicos que se encontram diagnosticados e controlados;
- Aumentar a proporção de diabéticos que se encontram diagnosticados e controlados;
- Aumentar a proporção de doentes com fibrilhação auricular que se encontram diagnosticados e controlados;
- Reduzir a prevalência de fumadores;
- Reduzir a prevalência de obesos;
- Aumentar a prevalência de indivíduos com hábitos regulares de exercício físico;
- Melhorar as práticas profissionais na área cardiovascular. [1]

Em Portugal, o primeiro diagnóstico de SARS-CoV-2 ocorreu a 2 de março de 2020 e o primeiro estado de emergência declarado pelo governo português durou desde 19 de março a 2 de maio de 2020, e o segundo de 9 de novembro de 2020 a 30 de abril de 2021.[2]

Naturalmente durante estes períodos, verificaram-se mudanças na procura e disponibilidade dos cuidados de saúde porquanto da adaptação dos serviços à evolução da pandemia, condicionando alterações no diagnóstico e vigilância destes e outros doentes nos cuidados de saúde primários, quer pelo encerramento temporário de alguns serviços, pelo cancelamento de consultas ou mesmo pela adoção de regime de consultas não presenciais.

Este trabalho tem como objetivo, com recurso ao BI-CSP, perceber o impacto da pandemia COVID-19 no seguimento de doentes cardiovasculares nos cuidados de saúde primários.

Materiais e Métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica a partir da base de dados PubMed, associando as palavras-chave; “Hypertension”; “Diabetes Mellitus”; “Cardiovascular disease”; “Primary Health Care”; “COVID-19”. Na pesquisa foram utilizados os seguintes filtros: Meta-análises/Revisões Sistemáticas; artigos em língua inglesa; publicados nos últimos 5 anos.

Este trabalho foi realizado mediante consulta de dados integrados na Matriz de Indicadores do BI-CSP, acessível no portal do Serviço Nacional de Saúde. Esta Matriz recolhe e integra, a nível nacional, por Administração Regional de Saúde (ARS), por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e por tipo de unidade de prestação de cuidados de Saúde (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Saúde Familiar Modelo A ou Unidade de Saúde Familiar Modelo B) a métrica de todos os indicadores definidos pela Autoridade Central dos Sistemas de Saúde.

Foram selecionados dados relativos aos indicadores “Proporção de utentes com diabetes, com idade inferior a 65 anos, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5 %” (2013.091.01 FL), “Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre” (2013.088.01 FL), “Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%” (2013.039.01 FL), “Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial no último semestre” (2013.089.01 FL), “Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado” (2013.025.01 FL) e “Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg” (2013.020.01 FL), no período referente à totalidade dos anos 2018 a 2021, com pesquisa efetuada a 31 de dezembro de cada ano.

Para cada indicador, e para a totalidade dos utentes registados, foram extraídos da plataforma valores a nível total nacional, ARS e ACeS. A nível de ARS foram recolhidos dados das 5 ARS existentes, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. A nível dos ACeS, foram selecionados por um processo de sorteio metade mais um ACeS de cada ARS. Foram analisados os ACeS:

- **ARS Norte:** Alto Ave; Alto Minho; Ave/Famalicão; Gerês/Cabreira; Marão e Douro Norte; Feira e Arouca; Gondomar; Maia/Valongo; Póvoa do Varzim/Vila do Conde; Porto Oriental; Gaia; Espinho/Gaia; Vale do Sousa Sul.
- **ARS Centro:** Baixo Mondego; Baixo Vouga; Beira Interior Sul; Cova da Beira; Pinhal Interior Norte; Pinhal Interior Sul.
- **ARS Lisboa e Vale do Tejo:** Almada/Seixal; Amadora; Arrábida; Estuário do Tejo; Lisboa Ocidental e Oeiras; Médio Tejo; Oeste Norte; Oeste Sul; Sintra.

- **ARS Alentejo:** Alentejo Central; Alentejo Litoral; São Mamede.
- **ARS Algarve:** Algarve Central; Algarve Barlavento; Algarve Sotavento.

Descrição dos Indicadores:

2013.020.01 FL

Este indicador exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pelo menos uma medição de pressão arterial nos últimos 6 meses e último resultado inferior a 150/90 mmHg. O numerador contabiliza os utentes inscritos com hipertensão arterial, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg nos últimos 6 meses. Por sua vez o denominador contabiliza os utentes inscritos com hipertensão arterial e idade inferior a 65 anos. A proporção é expressa sob a forma de percentagem.

2013.025.01 FL

Este indicador exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento de acordo com as normas da Direção Geral da Saúde (DGS). O numerador contabiliza os utentes inscritos com hipertensão arterial com acompanhamento adequado, enquanto o denominador contabiliza todos os utentes inscritos com hipertensão arterial. O resultado é dado sob a forma de percentagem.

2013.039.01 FL

O indicador exprime a proporção de utentes com diabetes com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%. Para o numerador são elegíveis os utentes inscritos com diabetes com o último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%. O denominador engloba todos os utentes inscritos com diabetes. A proporção é expressa em percentagem.

2013.088.01 FL

Neste indicador é expressa a proporção de utentes com diabetes com pelo menos um valor de HgbA1c no último semestre. O numerador contabiliza os utentes inscritos com diabetes com pelo menos um valor de HgbA1c no último semestre. O denominador engloba a totalidade dos utentes inscritos com diabetes. O resultado é expresso em percentagem.

2013.089.01 FL

Este indicador exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial com registo de pelo menos um valor de pressão arterial no último semestre. O numerador considera os utentes inscritos com hipertensão arterial com registo de pelo menos um valor de pressão

arterial no último semestre. O denominador faz a contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial. O resultado é dado em percentagem.

2013.091.01 FL

O indicador exprime a proporção de utentes com diabetes e idade inferior a 65 anos, com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 6,5%. O numerador considera os utentes inscritos com diabetes e idade inferior a 65 anos, com último resultado de HgbA1c inferior ou igual a 6,5%. O denominador reflete a contagem de utentes inscritos com diabetes com idade inferior a 65 anos. A proporção é expressa como percentagem.

Análise estatística:

A análise estatística foi realizada com recurso ao software *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS®)*.

Foi estudada a dinâmica de crescimento e a existência de diferenças entre as ARS em função dos valores obtidos dos ACeS selecionados, recorrendo-se ao Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Para diferença estatisticamente significativa considerou-se $p < 0,05$. Realizou-se ainda a análise descritiva de cada indicador para cada ARS.

Resultados

Distribuição:

Para análise da distribuição da normalidade das dinâmicas de crescimento de cada indicador foi aplicado o Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors. Verificou-se que a distribuição não é normal para nenhuma das dinâmicas de crescimento, uma vez que se verifica $p > 0,001$ para todas as variáveis, $p = 0,333$ para $\Delta 091$, $p = 0,878$ para $\Delta 088$, $p = 0,980$ para $\Delta 039$, $p = 0,948$ para $\Delta 089$, $p = 0,622$ para $\Delta 025$ e $p = 0,897$ para $\Delta 020$. Face a estes resultados foi utilizada uma análise estatística não-paramétrica para o restante estudo.

Análise das dinâmicas de crescimento entre ARS em função dos Agrupamentos de Centros de Saúde:

A tabela 1 representa as dinâmicas de crescimento de cada indicador ao longo dos 4 anos em estudo para cada ARS.

Tabela 1 – Dinâmicas de crescimento de cada indicador em cada ARS

ARS	$\Delta 091$	$\Delta 088$	$\Delta 039$	$\Delta 089$	$\Delta 025$	$\Delta 020$
1 - Alentejo	-0,257	-0,192	-0,216	-0,230	-0,211	-0,232
2 - Algarve	-0,032	-0,093	-0,086	-0,076	0,197	0,012
3 - Centro	-0,121	-0,037	-0,051	-0,098	-0,028	-0,082
4 - LVT	-0,204	-0,138	-0,152	-0,220	-0,245	-0,221
5 - Norte	-0,128	-0,077	-0,088	-0,114	-0,202	-0,123

Na análise de comparação entre as dinâmicas de crescimento nas várias ARS em estudo, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre regiões ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise das dinâmicas de crescimento entre Regiões de Saúde

	$\Delta 091$	$\Delta 088$	$\Delta 039$	$\Delta 089$	$\Delta 025$	$\Delta 020$
H de Kruskal-Wallis	11,492	14,395	13,803	15,207	17,911	16,740
Df	4	4	4	4	4	4
Significância Sig.	0,022	0,006	0,008	0,004	0,001	0,002

a. Variável de Agrupamento: ARS

A tabela 3 mostra a média, mediana e desvio-padrão calculados de cada dinâmica de crescimento por Região de Saúde em estudo.

Tabela 3 – Média, mediana e desvio-padrão de dinâmicas de crescimento por Região de Saúde

ARS	$\Delta 091$	$\Delta 088$	$\Delta 039$	$\Delta 089$	$\Delta 025$	$\Delta 020$
Alentejo						
Média	-0,240	-0,173	-0,193	-0,217	-0,147	-0,223
Mediana	-0,260	-0,200	-0,220	-0,230	-0,220	-0,220
Desvio Padrão	0,044	0,083	0,083	0,023	0,191	0,006
Algarve						
Média	0,003	-0,067	-0,060	-0,073	0,380	0,047
Mediana	-0,040	-0,040	-0,030	-0,090	0,480	0,020
Desvio Padrão	0,121	0,093	0,098	0,086	0,361	0,142
Centro						
Média	-0,093	-0,008	-0,027	-0,102	0,127	-0,080
Mediana	-0,120	-0,020	-0,040	-0,095	0,055	-0,090
Desvio Padrão	0,102	0,053	0,046	0,049	0,249	0,075
LVT						
Média	-0,214	-0,162	-0,176	-0,246	-0,301	-0,259
Mediana	-0,200	-0,150	-0,160	-0,240	-0,290	-0,260
Desvio Padrão	0,082	0,074	0,079	0,096	0,191	0,105
Norte						
Média	-0,136	-0,090	-0,102	-0,123	-0,244	-0,139
Mediana	-0,140	-0,100	-0,110	-0,130	-0,240	-0,140
Desvio Padrão	0,099	0,073	0,078	0,065	0,117	0,098

Discussão

Diversos estudos realizados em diferentes países demonstraram uma redução significativa da utilização de serviços de saúde durante o período pandémico quando comparado com anos prévios.[2] Esta diminuição da utilização de cuidados de saúde poderá ter consequências em doentes não COVID-19 que não tiveram acesso a cuidados quer preventivos quer de carácter curativo atempados. Este impacto indireto da pandemia COVID-19 terá levado a um elevado constrangimento em diversas áreas dos cuidados de saúde.[3]

Com este trabalho pretendeu-se, com recurso à análise de indicadores de saúde referentes ao seguimento da doença cardiovascular em cuidados de saúde primários, perceber o impacto da pandemia COVID-19 no seu acompanhamento nas diversas regiões de saúde do país, bem como refletir sobre as possíveis consequências para os doentes e para o Sistema Nacional de Saúde face às diferenças encontradas no nosso país.

No que concerne ao período pré-pandemia, verificava-se uma tendência maioritariamente crescente em todos os indicadores nas várias regiões de saúde. Observou-se que os melhores valores pertenciam à região de saúde do Norte em todos os indicadores. Por sua vez os piores valores verificam-se na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo para os indicadores 2013.091.01 FL e 2013.0390.01 FL. Para os restantes indicadores os piores valores observam-se na região de saúde do Algarve. Relativamente a 2021, verifica-se que a região Norte continua a apresentar os melhores valores para todos os indicadores enquanto os piores valores se observam na região de Lisboa e Vale do Tejo para todos os indicadores com exceção de um, revelando um impacto profundo da pandemia nesta região.

Naturalmente em 2020, no auge da pandemia, observa-se uma quebra marcada de todos os indicadores em todas as regiões de saúde, seguida de uma tendência de recuperação em 2021. A análise dos dados referentes às dinâmicas de crescimento revelam que as melhores recuperações se verificam nas regiões de saúde do Algarve e Centro, enquanto que as piores observam-se nas regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo. Embora se verifiquem melhorias face a 2020, as dinâmicas de crescimento revelam uma recuperação incompleta, com valores inferiores aos pré-pandémicos para todos os indicadores em todas as regiões de saúde com exceção dos indicadores 2013.025.01 FL e 2013.020.01 FL na região de saúde do Algarve, onde se verificam valores superiores aos registados antes da pandemia.

A quebra verificada em 2020 explica-se em grande medida pelas medidas de contingência implementadas no setor da saúde, que incluíram o adiamento da atividade programada, não urgente, desenvolvida no SNS com o objetivo de conter a evolução do contágio e de garantir a existência de capacidade instalada no combate à doença. A crise

pandémica colocou assim uma enorme pressão sobre todo o sistema de saúde e em particular sobre o SNS, expondo as suas fragilidades. A um sistema já debilitado exigiu-se uma adaptação ao segundo para responder à nova realidade, com a priorização dos recursos e a canalização do esforço dos profissionais para o combate direto à COVID-19, reduzindo-se simultaneamente a capacidade de resposta a outras necessidades e causando restrições na acessibilidade dos doentes não-COVID. [4]

Face aos resultados deste estudo e às consequências médicas a longo prazo que a falta de acompanhamento registada neste período poderá acarretar, torna-se imperativo refletir sobre os principais problemas dos cuidados primários de saúde e nas possíveis medidas para os mitigar, uma vez que apenas assim será possível não só oferecer melhores cuidados à população como equilibrar um sistema que se verifica bastante díspar na capacidade de resposta nas diferentes regiões de saúde como se pode observar neste estudo.

De acordo com o relatório de qualidade organizacional anual realizado pela Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar, os principais problemas reportados pelos coordenadores das Unidades de Saúde Familiar são:

- Dificuldade em prestar cuidados de saúde à população devido a um elevado rácio de utentes por profissional, agravado pela dificuldade na substituição permanente e temporária de profissionais, desde ausência por licença de paternidade, doença até aposentação;
- Falta de interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF e insuficiências dos sistemas de informação, nomeadamente dos programas informáticos de apoio à atividade e de registo, equipamentos informáticos, conectividade, velocidade de acesso, proliferação e redundância de programas informáticos e acesso atempado e útil a informação para análise da atividade e decisão;
- Inacessibilidade aos Incentivos Institucionais;
- Inexistência de uma carreira e formação específica, bem como um número insuficiente de profissionais com o cargo de Secretário Clínico;
- Limitação das instalações, nomeadamente renovação, reparação e/ou realojamento em caso de instalações degradadas, insuficientes para responder às necessidades levantadas pela pandemia;
- Dificuldades no relacionamento institucional, na comunicação entre o ACeS e as USF, relacionamento com a direção dos ACeS, com o Conselho Clínico e de Saúde do ACeS e articulação com outras unidades.

Face às problemáticas levantadas por este relatório e à análise do momento atual do País e do Sistema Nacional de Saúde, torna-se imperativa a tomada de medidas para mitigar estes problemas e diminuir as diferenças verificadas nas regiões de saúde. Assim, a Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar sugere a criação de equipas dedicadas a pensar as políticas para os cuidados de saúde primários e a calendarização da sua implementação, bem como de estruturas de apoio à otimização da atividade, nomeadamente:

- Sistemas de informação para planear, gerir e agilizar a atividade e proceder à sua avaliação;
- Equipas completas com todas as profissões de saúde integradas por processos assistenciais;
- Equipamentos e instalações necessários para aumentar a capacidade de resolução de problemas;
- Nível de gestão intermédio competente e com os recursos exigidos;
- Serviços de apoio ao desenvolvimento das equipas e resolução de conflitos;
- Contratualização de serviços que promova a efetividade e eficiência dos mesmos;
- Sistemas locais de saúde que integrem o máximo de cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados, paliativos e de recursos comunitários e individuais.

Desta feita são recomendadas 10 medidas consideradas essenciais para a resolução dos problemas existentes:

- Abolição das quotas administrativas à criação de USF, garantindo condições para que cada residente no país veja atribuído uma equipa de saúde familiar a trabalhar em condições otimizadas;
- Acesso imediato e permanente ao modelo B das USF com candidaturas aprovadas, visando um maior número de unidades e a atração e retenção de profissionais no SNS;
- Instituição de suplementos remuneratórios com vista à fixação de profissionais em zonas consideradas carenciadas, pelo menos até que possam ser integrados numa USF modelo B, para que haja equidade entre profissionais recentemente contratados e os já existentes;
- Implementação do processo clínico eletrónico único para todo o SNS;
- Abolição de práticas burocráticas e de atividades desprovidas de valor para a saúde das populações;
- Criação de concursos para especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar, bem como a simplificação do processo de atribuição desse título, valorizando a experiência profissional de enfermagem neste contexto;

- Valorização da atividade do secretariado clínico, com definição de competências diferenciadoras, com possibilidade de criação de uma estrutura formativa;
- Criação de bolsas de profissionais de forma a assegurar a substituição de profissionais em ausência prolongada e garantir o atendimento à doença aguda de utentes sem equipa de saúde familiar atribuída ou outras atividades não previstas;
- Fomentação de autonomia financeira dos ACeS, permitindo a gestão dos Incentivos Institucionais das unidades funcionais sob sua administração;
- Fortalecimento da ligação às comunidades, assegurando a sua participação ativa na vida das organizações de saúde, reforçando estruturas como o Conselho da Comunidade, Comissões de Utentes e Provedor do Utente, regulamentando a carta para a participação pública na saúde, promovendo o estatuto do cuidador informal e tornando mais eficaz a transmissão da informação sobre Saúde.[4]

Conclusão

A pandemia COVID-19 afetou todos os setores das economias da maioria dos países, não menos o setor da Saúde, o qual enfrentou o desafio monumental de dar resposta e superar as necessidades de saúde em constante mudança durante este período. Embora possamos reivindicar a falta de preparação como um fator contribuidor major das dificuldades observadas, não podemos deixar de olhar para os problemas de base que afetam o SNS e os Cuidados de Saúde Primários que condicionam diferenças significativas na capacidade de resposta e recuperação das diferentes regiões de saúde do país, que foram demonstradas neste trabalho.

Embora se verifiquem melhorias face ao período pandémico é imperativo tomar medidas para diminuir as diferenças existentes entre regiões de forma a oferecer maior equidade na oferta de cuidados de saúde, maior qualidade dos mesmos e melhores condições de trabalho aos profissionais. Apenas desta forma poderemos atenuar o impacto que a pandemia COVID-19 teve num sistema de saúde já previamente fragilizado, mas além disso na saúde e conseqüente qualidade de vida duma população cada vez mais envelhecida e dependente desse sistema.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago e à Mestre Teresa Queirós pelo conhecimento transmitido e pelo acompanhamento na realização deste trabalho.

Agradeço à minha família e amigos pelo apoio durante este percurso.

Bibliografia

1. Direcção-Geral da Saúde. Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, Norma nº 03/DSPCS. 2006. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-3dspcs-de-06022006-pdf.aspx>
2. Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EJ, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: A systematic review. *BMJ Open*. 2021 Mar 16;11(3).
3. Sutherland K, Chessman J, Zhao J, Sara G, Shetty A, Smith S, et al. Impact of COVID-19 on healthcare activity in NSW, Australia. *Public Health Res Pract*. 2020 Dez 1;30(4).
4. Biscaia AR, Pereira A, Alves AM, Cardeira R, Rocha L. O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2021/2022.
5. Kaye AD, Okeagu CN, Pham AD, Silva RA, Hurley JJ, Arron BL, et al. Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. Vol. 35, *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*. Bailliere Tindall Ltd; 2021. p. 293–306.
6. Mendes-Abreu J, Cabo I, Borges MI, Quitério A, Nunes T, Matos FM, et al. The COVID-19 Impact on Oral Healthcare Demand and Performance: The Experience of a Clinical and Academic Centre in Portugal (EU). *Acta Med Port*. 2022 Out 10;
7. al Ghorani H, Götzinger F, Böhm M, Mahfoud F. Arterial hypertension – Clinical trials update 2021. Vol. 32, *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. Elsevier B.V.; 2022. p. 21–31.
8. Papatheodorou K, Papanas N, Banach M, Papazoglou D, Edmonds M. Complications of Diabetes 2016. Vol. 2016, *Journal of Diabetes Research*. Hindawi Limited; 2016.
9. Francula-Zaninovic S, Nola IA. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Curr Cardiol Rev*. 2018 Fev 23;14(3):153–63.
10. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Vol. 16, *Nature Reviews Nephrology*. Nature Research; 2020. p. 223–37.

Anexos

Anexo I: Proporções obtidas na plataforma BI-CSP para os indicadores 2013.091.01 FL e 2013.088.01 FL por ARS e total nacional para os anos 2018 a 2021

ARS	2013.091.01 FL				2013.088.01 FL			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Alentejo	23,715	22,682	16,460	17,615	67,712	67,826	52,148	54,595
Algarve	22,769	24,428	18,821	22,047	58,768	61,823	48,609	53,322
Centro	29,389	29,278	24,048	25,845	67,849	70,970	61,387	65,314
LVT	20,741	20,370	14,457	16,506	58,822	61,694	45,344	50,709
Norte	32,605	32,423	23,327	28,447	77,776	79,246	60,371	71,788
Total Nacional	27,413	27,195	20,096	23,365	68,204	70,437	54,634	61,876

Anexo II: Proporções obtidas na plataforma BI-CSP para os indicadores 2013.039.01 FL e 2013.089.01 FL por ARS e total nacional para os anos 2018 a 2021

ARS	2013.039.01 FL				2013.089.01 FL			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Alentejo	57,886	57,212	43,755	45,358	63,943	62,230	44,130	49,206
Algarve	51,240	54,167	42,415	46,812	49,680	53,415	41,570	45,905
Centro	60,291	62,383	54,023	57,236	62,756	66,078	49,367	56,620
LVT	51,024	52,884	38,922	43,271	58,024	59,273	36,151	45,250
Norte	68,579	69,325	52,493	62,556	80,951	82,412	57,981	71,758
Total Nacional	59,816	61,193	47,375	53,565	67,271	68,895	47,344	57,410

Anexo III: Proporções obtidas na plataforma BI-CSP para os indicadores 2013.025.01 FL e 2013.020.01 FL por ARS e total nacional para os anos 2018 a 2021

ARS	2013.025.01 FL				2013.020.01 FL			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Alentejo	22,924	22,432	15,112	18,076	45,802	44,488	30,086	35,156
Algarve	17,361	20,609	16,025	20,778	32,947	37,512	29,486	33,342
Centro	29,696	34,535	22,711	28,865	44,218	48,111	34,252	40,605
LVT	24,095	24,995	14,643	18,183	41,770	43,054	25,287	32,546
Norte	52,937	53,601	29,447	42,253	65,345	66,877	42,871	57,311
Total Nacional	35,344	36,902	21,675	29,158	51,408	53,198	34,275	43,977