

Auditoria à vacinação contra a COVID-19

Relatório n.º 13/2023

2.ª SECÇÃO



TC
TRIBUNAL DE
CONTAS

h

PROCESSO N.º 36/2022 – AUDIT.

Auditoria à vacinação contra a COVID-19

Relatório

setembro de 2023

SINOPSE

O presente relatório dá conta de uma auditoria ao programa de vacinação contra a COVID-19 implementado em Portugal, pelas autoridades públicas, desenvolvida com o objetivo de apreciar a sua eficácia e eficiência, tendo em conta os objetivos delineados, os recursos utilizados e os resultados atingidos. Foi considerado o período entre 1 de fevereiro de 2020 e 31 de março de 2022, abrangendo as diferentes fases de vacinação massiva da população.

Portugal aderiu ao procedimento europeu centralizado de aquisição de vacinas, o que foi determinante para assegurar o acesso a vacinas eficazes e seguras, em quantidades suficientes e a preços acessíveis, no mais curto espaço de tempo.

A “Task Force para a elaboração do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal” (*Task Force*) dirigiu inicialmente o processo com vista à vacinação em massa, num contexto complexo que envolveu múltiplas entidades. Sucedeu-se uma estrutura mais simplificada, o Núcleo Coordenador de Apoio ao Ministério da Saúde (NCAMS), numa fase já de reforço de vacinação e de administração simultânea com a vacina contra a gripe.

A definição e implementação dos critérios de vacinação e dos grupos prioritários foi realizada em conformidade com os pareceres da Comissão Técnica de Vacinação Contra a COVID-19 e atendeu às recomendações internacionais sobre esta matéria.

O sistema logístico de armazenamento e distribuição de vacinas conseguiu garantir a distribuição tempestiva e proporcional das vacinas aos pontos de vacinação. Não obstante os esforços desenvolvidos para a minimização do desperdício de doses de vacinas, no final de 2022, a taxa de desperdício estimada era de 11,2%, correspondente a 3,5 milhões de doses inutilizadas e a perdas potenciais de aproximadamente 54,5 milhões de euros, em parte decorrente da aquisição por excesso promovida pelo mecanismo europeu centralizado, como cobertura do risco de escassez.

O processo de administração das vacinas permitiu o cumprimento das metas estabelecidas para a vacinação da população portuguesa, apesar dos constrangimentos e limitações revelados pelos sistemas de informação usados e a não elaboração de um plano de comunicação por parte do NCAMS. Assente numa rede geográfica alargada de centros de vacinação, foi possível vacinar 100.000 pessoas por dia e mais de 1 milhão e meio de pessoas por mês, durante as primeira e segunda fases da campanha de vacinação, com apoio significativo dos municípios.

Com taxas de vacinação superiores à média europeia – até 31 de março de 2022, 92,4% da população tinha completado o esquema inicial de vacinação e 61,4% tinha tomado pelo menos uma dose adicional ou uma dose de reforço – geraram-se impactos positivos sobre os efeitos da doença e a sobrecarga do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

No final de março de 2022, Portugal tinha encomendado 61,2 milhões de doses de vacinas, no valor total de 991,6 milhões de euros, ao qual se deduzia 41,3 milhões de euros, relativos à comparticipação da União Europeia (UE) na aquisição das doses iniciais. Àquela data, o total da despesa realizada ascendia a 359,4 milhões de euros, dos quais 352,0 milhões de euros (97,9%) respeitava à aquisição de vacinas. O valor médio pago por dose de vacina administrada foi de 15,19 euros.

O Tribunal formula várias recomendações relacionadas com a definição e adoção de estratégias para gerir as consequências e o impacto da COVID-19 no Sistema de Saúde, e garantir a sua resiliência, bem como relativas ao planeamento de respostas a futuras emergências de saúde pública baseadas nas boas práticas que decorram das lições aprendidas a partir da gestão do processo de vacinação contra a COVID -19.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	III
ÍNDICE DE FIGURAS.....	III
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	V
RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	VI
FICHA TÉCNICA	IX
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. FUNDAMENTO, ÂMBITO E OBJETIVO	1
2. SÍNTESE METODOLÓGICA.....	1
3. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES	2
4. EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO.....	2
II. ENQUADRAMENTO.....	5
5. A VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 COMO ESTRATÉGIA EUROPEIA	5
6. O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES SUPERIORES DE CONTROLO (ISC).....	8
III. OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA.....	11
7. ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE VACINAÇÃO.....	11
7.1. Modelo de governação e instrumentos de direção e controlo.....	11
7.2. Estratégia de vacinação	14
7.3. Sistema logístico de armazenamento e distribuição de vacinas	17
7.4. Administração das vacinas.....	21
7.5. Sistemas de informação e gestão	28
7.6. Plano de comunicação para a campanha de vacinação.....	31
7.7. Monitorização da segurança e efetividade das vacinas	33
8. RESULTADOS ATINGIDOS.....	38
8.1. Objetivos e indicadores sobre a vacinação.....	38
8.2. Impacto sobre os efeitos da doença e prevenção da sobrecarga do SNS.....	44
9. O FINANCIAMENTO DO PROCESSO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19	48
9.1. Despesa autorizada	48
9.2. Despesa realizada.....	49
10. RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS	55
IV. CONCLUSÕES.....	57
V. RECOMENDAÇÕES.....	62
VI. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO.....	64
VII. EMOLUMENTOS.....	64
VIII. DECISÃO.....	64
ANEXOS.....	66

ANEXO I – METODOLOGIA.....	67
ANEXO II – INSTRUMENTOS E PROGRAMAS EUROPEUS.....	70
ANEXO III – MODELO DE GOVERNAÇÃO	73
ANEXO IV - ANÁLISE DAS RESPOSTAS DO INQUÉRITO AOS MUNICÍPIOS	74
ANEXO V – CRITÉRIOS DE VACINAÇÃO.....	81
ANEXO VI – DESENVOLVIMENTO DO PONTO 7.2.....	84
ANEXO VII – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	89
ANEXO VIII – RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS.....	92
ANEXO IX – RESPOSTAS REMETIDAS EM SEDE DE CONTRADITÓRIO	94
Ministro da Saúde.....	95
Coordenador da Task Force - Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal.....	98
Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte, I.P.	99
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE	100
Direção-Geral da Saúde	103
Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Centro, I. P.....	104
Conselho Diretivo da Administração Central dos Sistemas de Saúde.....	105
Associação Nacional de Municípios Portugueses	106
Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Alentejo, I. P.	107
Conselho Diretivo da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.	108
Conselho de Administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.....	109
Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I. P.....	110
Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.	111

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - APA CELEBRADOS PELA CE PARA AQUISIÇÃO DE VACINAS.....	6
QUADRO 2 – INSTRUMENTOS DE DIREÇÃO E CONTROLO NO QUADRO DA <i>TASK FORCE</i>	14
QUADRO 3 – DESPÉDIO DE VACINAS, A 31/03/2022 E A 31/12/2022	20
QUADRO 4 - NÚMERO CUMULATIVO DE CASOS DE RAM	34
QUADRO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS GRAVES DE RAM	34
QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE RAM POR GRUPO ETÁRIO	35
QUADRO 7 – RAM NOTIFICADAS NA UE/EEE E EM PORTUGAL, EM SETEMBRO DE 2022	35
QUADRO 8 - EFETIVIDADE DAS VACINAS CONTRA COVID-19 NA POPULAÇÃO COM 30 OU MAIS ANOS, A OUTUBRO DE 2021	37
QUADRO 9 – DESPESAS AUTORIZADAS RELACIONADAS COM O PROCESSO DE VACINAÇÃO (MILHÕES €)	48
QUADRO 10 – DESPESA REALIZADA PELA ADMINISTRAÇÃO CENTRAL COM O PROCESSO DE VACINAÇÃO (MILHÕES €).....	50
QUADRO 11 – VALOR MÉDIO PAGO POR DOSE DE VACINA ADMINISTRADA E POR DOSE DE VACINA RECEBIDA, A 31/03/2022	50
QUADRO 12 – DOSES TOTAIS DE VACINAS ENCOMENDADAS POR PORTUGAL, ATÉ 31 DE MARÇO DE 2022	51
QUADRO 13 – PREÇOS FINAIS POR DOSE E POR VACINAS ENCOMENDADAS POR PORTUGAL.....	52
QUADRO 14 – DOSES DE VACINAS ENCOMENDADAS E RESPECTIVOS VALORES (DOSES EM UNIDADES, VALORES EM MILHÕES €).....	52
QUADRO 15 – DESPESA REALIZADA COM OS PROTOCOLOS COM O SUCH, POR ANO (MILHÕES €)	55
QUADRO 16 – EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 (I).....	81
QUADRO 17– EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 (II).....	82
QUADRO 18– EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 (III)	83
QUADRO 19 - OMS - QUADRO DE VALORES PARA A ALOCAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DA VACINAÇÃO COVID-19	85
QUADRO 20 – RECOMENDAÇÃO INTERNACIONAIS SOBRE OS GRUPOS-ALVO A PRIORIZAR NA VACINAÇÃO (COVID-19) .	86
QUADRO 21 – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO/FERRAMENTAS USADAS DURANTE O PROCESSO DE VACINAÇÃO	89
QUADRO 22 - AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO DE RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS	93

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – ESTRUTURA DA <i>TASK FORCE</i>	12
FIGURA 2 - ESTRUTURA DO NCAMS	13
FIGURA 3 – FASES DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 (VERSÃO VIGENTE A MARÇO DE 2022)	16
FIGURA 4 – APOIOS DOS MUNICÍPIOS AOS CVC DA SUA ÁREA DE INFLUÊNCIA.....	25
FIGURA 5 - MODELO DE GOVERNAÇÃO DO PROCESSO DE VACINAÇÃO, DURANTE O PERÍODO DA <i>TASK FORCE</i>	73



Créditos de imagens:

Figura 3: “*Environment, city, elderly icon*”, de Chanut is Industries; “*Security, elder, elderly icon*”, de Chanut is Industries; “*Health, medical, medicine icon*”, de Muhammad Yafinuha; “*Disease, graph, heart icon*”, de Stefania Servidio; “*Baby, Ball, cartoon icon*”, de LAB Design Studio.

Figura 4: “*Clean, cleaner, cleaning icon*”, de Puppie PP; “*Workplace, desk, office icon*”, de Aficons studi; “*Agent, broker, business icon*”, de Gan Khoon Lay; “*Hospital, illness, medical icon*”, de Starup Graphic Design; “*Cabinet, chair, furniture icon*”, de Rudez Studio; “*Cooling, engine, fan icon*”, de Eucalyp Studio; “*Alcohol, cleaning, gel icon*”, de itim2101; “*Wifi, wireless, connection icon*”, de Yopa Wpy; “*Broom, cleaning, mop icon*”, de LAFS; “*Car, traffic, transport icon*”, de Mello; “*DJ, instrument, music icon*”, de Chanut is Industries; “*Eat, food, fruit icon*”, de Falara; “*Cleaning-service*”, de Freepik.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE CVC ABERTOS, ENCERRADOS E ATIVOS, EM PORTUGAL CONTINENTAL, ATÉ 31 DE MARÇO DE 2022	24
GRÁFICO 2 – DESPESA TOTAL REALIZADA PELOS MUNICÍPIOS, POR CATEGORIA, ATÉ 31-03-2022	26
GRÁFICO 3 – DOSES DE VACINAS ADMINISTRADAS, EM PORTUGAL, POR MARCA, ATÉ 31-03-2022 (EM % DO TOTAL)	39
GRÁFICO 4 – TAXA DE VACINAÇÃO, A NÍVEL NACIONAL, ENTRE 01-12-2020 E 31-03-2022 (POR ESQUEMA INICIAL DE VACINAÇÃO COMPLETO)	39
GRÁFICO 5 – ESQUEMA INICIAL DE VACINAÇÃO COMPLETO ENTRE PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS, NO SEGUNDO E QUARTO TRIMESTRES DE 2021	41
GRÁFICO 6 - ESQUEMA INICIAL DE VACINAÇÃO COMPLETO ENTRE PESSOAS COM 18 ANOS OU MAIS, NO SEGUNDO E QUARTO TRIMESTRES DE 2021	41
GRÁFICO 7 – TAXA DE VACINAÇÃO, A NÍVEL NACIONAL, POR GÉNERO E FAIXAS ETÁRIAS, ENTRE 01-12-2020 E 31-03-2022 (POR ESQUEMA INICIAL DE VACINAÇÃO COMPLETO)	42
GRÁFICO 8 – TAXA DA POPULAÇÃO, A NÍVEL NACIONAL, COM PELO MENOS UMA DOSE ADICIONAL OU UMA DOSE DE REFORÇO, ATÉ 31-03-2022 (% ACUMULADA)	43
GRÁFICO 9 – TAXA DA POPULAÇÃO, DA UE/EEE, QUE TOMOU PELO MENOS UMA DOSE ADICIONAL OU DE REFORÇO, ATÉ 13-04-2022 (% ACUMULADA)	44
GRÁFICO 10 – PERCENTAGEM DE CRIANÇAS VACINADAS, EM PORTUGAL E NA EUROPA, EM 2019	44
GRÁFICO 11 - TAXA DE MORTALIDADE DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19, ATÉ 31-03-2022 (ACUMULADA, EM %)	45
GRÁFICO 12 - EXCESSO DE MORTALIDADE SEMANAL EM PORTUGAL, SEMANAS DE 01-03-2020 A 03-04-2022 (EM %)	46
GRÁFICO 13 – NÚMERO DIÁRIO DE PACIENTES COVID-19 INTERNADOS EM HOSPITAIS (01-03-2020 A 13-03-2022)	46
GRÁFICO 14 – NÚMERO DE NOVOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 DIÁRIOS E PERCENTAGEM DE TESTES COVID-19 POSITIVOS, EM PORTUGAL, ENTRE 02-03-2020 E 31-03-2022 (EM %)	47
GRÁFICO 15 – DESPESA LÍQUIDA REALIZADA COM A AQUISIÇÃO DE VACINAS (MILHÕES €, VALOR ACUMULADO TOTAL)	53
GRÁFICO 16 - TRABALHADORES DO QUADRO DOS MUNICÍPIOS A PRESTAREM ATIVIDADE NOS CVC, POR CATEGORIA PROFISSIONAL	75
GRÁFICO 17 - TRABALHADORES DO QUADRO DOS MUNICÍPIOS A PRESTAREM ATIVIDADE NOS CVC, CONSIDERANDO TODAS AS CATEGORIAS ESPECIFICADAS	76
GRÁFICO 18 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS PELOS MUNICÍPIOS ESPECIFICAMENTE PARA OS CVC, POR CATEGORIAS PROFISSIONAIS	76
GRÁFICO 19 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS PELOS MUNICÍPIOS ESPECIFICAMENTE PARA OS CVC, CONSIDERANDO TODAS AS CATEGORIAS ESPECIFICADAS	77
GRÁFICO 20 – ESPAÇOS E/OU EDIFÍCIOS DOS MUNICÍPIOS CEDIDOS PARA INSTALAÇÃO DOS CVC, POR CATEGORIA, ATÉ 31-03-2022 (EM % DO TOTAL)	78
GRÁFICO 21 – NÚMERO DE MUNICÍPIOS QUE REPORTARAM TER DESVIADO OS ESPAÇOS E/OU EDIFÍCIOS PRÓPRIOS, CEDIDOS PARA INSTALAÇÃO DOS CVC, FACE À PRESTAÇÃO DE OUTROS SERVIÇOS PÚBLICOS, POR TIPO DE SERVIÇO PÚBLICO, ATÉ 31-03-2022	78
GRÁFICO 22 – TOP 10 DAS CATEGORIAS DE EQUIPAMENTOS AFETOS AOS CVC PELOS MUNICÍPIOS, ATÉ 31-03-2022 (EM % DO TOTAL DE MUNICÍPIOS QUE PRESTARAM ALGUM TIPO DE APOIO AOS CVC)	79
GRÁFICO 23 – OUTROS TIPOS DE APOIOS E/OU SERVIÇOS PRESTADOS PELOS MUNICÍPIOS AOS CVC, ATÉ 31-03-2022 (EM % DO TOTAL DE MUNICÍPIOS QUE PRESTARAM ALGUM TIPO DE APOIO AOS CVC)	79

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.
APA	Acordos Prévios de Aquisição (<i>Advance Purchase Agreements</i>)
ARS	Administrações Regionais de Saúde, I. P.
ARS LVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CE	Comissão Europeia
CMA	Contratos de Mandato Administrativo
CSH	Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CVC	Centros de Vacinação COVID-19
DGO	Direção-Geral do Orçamento
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECDC	Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (<i>European Center for Disease Prevention and Control</i>)
EEE	Espaço Económico Europeu
EMA	Agência Europeia do Medicamento
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
EudraVigilance	<i>European Union Drug Regulating Authorities Pharmacovigilance</i>
GNR	Guarda Nacional Republicana
IAE	Instrumento de Apoio de Emergência da UE
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.
INTOSAI	<i>International Organization of Supreme Audit Institutions</i>
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
mRNA	<i>Messenger RNA</i>

NCAMS	Núcleo Coordenador de Apoio ao Ministério da Saúde
OCS	Órgãos de Comunicação Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Contratos de aquisição (<i>Purchase Agreement</i>)
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PEM	Prescrição Eletrónica de Medicamentos
p.p.	Pontos percentuais
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PSP	Polícia de Segurança Pública
RAM	Reações adversas a medicamentos
RCM	Resolução do Conselhos de Ministros
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNU	Registo Nacional de Utentes
SAGE	<i>Strategic Advisory Group of Experts on Immunization</i> , da OMS
SGPL	Sistema de Gestão do Processo Logístico
SICO	Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
SEF	Sistema Europeu de Farmacovigilância
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SMS	Serviço de mensagens curtas
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.
SUCH	Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
<i>Task Force</i>	<i>Task Force</i> para a elaboração do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal
TdC	Tribunal de Contas
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos

UE	União Europeia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
ULS	Unidades Locais de Saúde
VOF	Ordem de compra de vacinas (<i>Vaccine Order Form</i>)

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro

Auditores-Chefes

Pedro Fonseca, até 31 de dezembro de 2022

Iva Maia, a partir de 1 de janeiro de 2023

EQUIPA TÉCNICA

Ricarda Faria Melo

(Técnica Verificadora Superior)

Rita Nunes Pereira

(Técnica Verificadora Superior)



I. INTRODUÇÃO

1. Fundamento, âmbito e objetivo

1. Em cumprimento do Programa de Fiscalização da 2.^a Secção do Tribunal de Contas (TdC)¹ realizou-se uma auditoria de resultados relativa ao programa de vacinação contra a COVID-19 implementado, em Portugal, pelas autoridades públicas, na sequência da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2.
2. O âmbito temporal da auditoria respeita ao período de 1 de fevereiro de 2020 a 31 de março de 2022. Abrange não só os primeiros esforços de desenvolvimento e aquisição de potenciais vacinas contra a COVID-19 (doravante vacinas), como também as diferentes fases de vacinação massiva da população, desde o esquema vacinal primário e subseqüentes doses adicionais ou de reforço, de adultos, até à vacinação das crianças, sem prejuízo da análise de factos supervenientes, quando pertinentes.
3. O objetivo geral foi apreciar a organização e a implementação pelas autoridades públicas do programa de vacinação contra a COVID-19, nomeadamente quanto à sua eficácia e eficiência, tendo em conta os objetivos delineados, recursos utilizados e resultados atingidos.

2. Síntese metodológica

4. A auditoria foi realizada de acordo com os métodos e técnicas constantes do Manual de Auditoria – Princípios Fundamentais e do Manual de Auditoria de Resultados do TdC, que acolhem as normas e orientações da *International Organization of Supreme Audit Institutions* (INTOSAI)².
5. O desenvolvimento da ação foi apoiado, essencialmente, em informação recolhida junto das entidades responsáveis pelo desenho e implementação da estratégia de vacinação, bem como das entidades centrais com funções de financiamento e de serviços partilhados no Ministério da Saúde. Foram também auscultados os municípios, através de um inquérito elaborado para o efeito³.
6. Na execução dos trabalhos, foram adotados meios remotos de recolha de evidências, de forma a minimizar os constrangimentos operacionais que pudessem ser causados às entidades envolvidas, sem prejuízo de terem sido realizadas reuniões presenciais para esclarecimentos adicionais, quando necessário.
7. Foram também consultados relatórios de outras instituições superiores de controlo e bases de dados internacionais.
8. A metodologia e os procedimentos adotados são sumariamente descritos no Anexo I – Metodologia.

¹ Aprovado pelo Plenário da 2.^a secção a 3 de dezembro de 2020 – Resolução n.º 1/2020, da 2.^a secção.

² Nomeadamente a *GUID 3920: The Performance Auditing Process*.

³ Com o intuito de obter dados primários – vide 46) da *GUID 3920*.

3. Condicionantes e limitações

9. Os trabalhos de auditoria ficaram condicionados pelo facto de as entidades envolvidas estarem na primeira linha da resposta à pandemia da COVID-19, o que determinou a redução da extensão dos pedidos de informação.
10. Adicionalmente, a *Task Force* para a elaboração do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal já não se encontrava ativa, pelo que o acesso à informação por ela produzida se fez indiretamente, por intermédio de outras entidades e estruturas.
11. Por fim, no inquérito dirigido aos municípios, é de notar o significativo número de respostas recebidas largamente fora do prazo estabelecido. Não obstante, globalmente, o número de municípios que não responderam foi marginal (1,08%)⁴.

4. Exercício do contraditório

12. Nos termos dos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na versão atual, o relato de auditoria foi enviado aos seguintes responsáveis:
 - Ministro da Saúde;
 - Direção-Geral da Saúde;
 - Coordenador da *Task Force* para a elaboração do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal;
 - Coordenador do Núcleo Coordenador de Apoio ao Ministério da Saúde;
 - Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Alentejo, I. P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Algarve, I.P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Centro, I. P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte, I.P.;
 - Conselho Diretivo da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.;
 - Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.;
 - Conselho de Administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais;
 - Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.;
 - Conselho Diretivo da Associação Nacional de Municípios Portugueses.
13. Todos responderam, exceto o Coordenador do Núcleo Coordenador de Apoio ao Ministério da Saúde e o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. As alegações apresentadas foram analisadas e reproduzidas nas partes tidas como relevantes nos pontos do Relatório a que respeitam, constando na íntegra em anexo, a fim de dar expressão plena ao princípio do contraditório.
14. O Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P e o Secretário-Geral da Associação Nacional de Municípios Portugueses entenderam não tecer comentários ou apresentar observações acerca do teor do relato de auditoria no âmbito das respetivas respostas.
15. Já o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Centro, I.P. e o Conselho de

⁴ Não responderam ao inquérito os municípios de Aljustrel, Avis e Sobral de Monte Agraço.

Administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais manifestaram concordância e salientaram globalmente os resultados positivos alcançados pelo processo de vacinação contra a COVID-19.

16. Numa apreciação global, o Ministro da Saúde disse ter verificado com agrado que nas conclusões da presente auditoria se tenha constatado que *“(...) no geral, o processo se revelou adequado e conforme às recomendações internacionais emitidas pela União Europeia.”* Especialmente, apreciou saber *“(...) que o sistema de armazenamento e distribuição de vacinas foi eficiente, permitindo a sua distribuição tempestiva aos pontos de vacinação, minimizando desperdícios e maximizando a capacidade vacinação em massa da população (o que [...] permitiu superar as metas traçadas, com taxas de vacinação superiores à média europeia).”*
17. Sobre as cinco recomendações que lhe foram dirigidas, mostrou concordância com as mesmas e intenção de acolhimento.
18. Assim, relativamente à recomendação no sentido de diligenciar para que as autoridades de saúde, no âmbito da gestão da COVID-19 já enquanto doença endémica, assegurem que futuras campanhas de vacinação sejam acompanhadas de planos de comunicação eficazes, o Ministro da Saúde refere que *“(...) será desencadeado, em articulação com a DGS, um plano de comunicação que dissemine informação esclarecedora à população em geral.”*
19. No que respeita à recomendação de desenvolvimento de uma estratégia de gestão da COVID-19 no contexto geral de prevenção e controlo de doenças respiratórias, o Ministro da Saúde indica que a mesma será desenvolvida *“Em sede de grupo de trabalho, que contará com a participação do Ministério da Saúde e da DGS, em particular, com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (...)”*.
20. Quanto à recomendação relativa a assegurar a divulgação pública dos principais resultados dos controlos externos e internos ao cumprimento dos critérios de vacinação e priorização definidos, e do tratamento dado a queixas e denúncias, é referido que *“o Ministério da Saúde, em articulação com a Direção Geral de Saúde, avaliará qual a forma mais eficaz de divulgação pública dos resultados identificados e definirá um circuito de receção e monitorização das denúncias recebidas quanto a eventuais violações dos critérios de vacinação e priorização definidos.”*
21. Relativamente à necessidade de garantir a resiliência do Sistema de Saúde e à recomendação que lhe está associada, o Ministro da Saúde salienta que *“atualmente encontra-se em discussão governativa a futura Lei de Proteção em Emergência de Saúde Pública, com o objetivo de revisão do quadro jurídico vigente em função da experiência vivida durante a pandemia da Covid-19.”* Acrescenta, ainda, estarem em curso várias medidas para melhorar a capacidade de recrutamento e de retenção de profissionais de saúde.
22. Por fim, no que respeita à recomendação para que providencie pela modernização dos sistemas de informação do SNS, assegurando a boa execução do Plano de Recuperação e Resiliência no domínio da sua transição digital, o Ministro da Saúde define o objetivo de, até 2024, ter um sistema de informação único e integrado disponível para os profissionais de saúde.
23. Sobre as recomendações que lhe foram dirigidas, a SPMS alega que *“atualmente, quer ao nível dos cuidados hospitalares, como dos cuidados de saúde primários, a integração com o Registo Nacional de utentes é realizada através de webservice (WC12), normalizado a nível nacional, permitindo, desta forma, a consulta de dados de identificação do utente de forma centralizada.”* Salienta ainda a elevada interoperabilidade já existente entre sistemas, no que concerne à identificação dos utentes elegíveis para vacinação e à monitorização dos indicadores de vacinação.

24. Acerca do projeto de investimento “Transição Digital na Saúde”, financiado ao abrigo do PRR, identifica, tal como o Ministro da Saúde, o objetivo de, até 2024, *“disponibilizar um sistema único e integrado aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forma a assegurar a disponibilidade, a simplicidade, a mobilidade e a usabilidade dos Sistemas de Informação, contribuindo para melhorar e inovar os processo de trabalho dos profissionais e, consequentemente, a qualidade na prestação dos serviços.”* A concretização daquele objetivo será prosseguida através do desenvolvimento de um conjunto vasto de ações.
25. Quanto às funcionalidades implementadas durante o processo de vacinação em massa, refere estar já a ser utilizada a ferramenta de envio de mensagens SMS no âmbito do processo de agendamentos de consultas em alguns ACES, e que se está a adaptar o sistema BI Vacinas para que a sua utilização possa ser alargada a todas as vacinas do Plano Nacional de Vacinação.
26. A pronúncia da Direção-Geral da Saúde recaiu, igualmente, sobre as três recomendações que lhe foram dirigidas, manifestando a intenção de as acolher.
27. Deste modo, refere que será tida em conta a recomendação relativa à elaboração de um plano de vacinação em massa, a aplicar em futuras emergências de saúde pública nas quais a vacinação constitua um instrumento de combate à doença, a desenvolver *“(…) em articulação com as demais instituições parceiras em matérias de comunicação, recursos humanos, sistemas de informação e cadeia logística.”*
28. Quanto à recomendação para que diligencie pela elaboração de estudo sobre os motivos para a substancial menor adesão à vacinação com o esquema inicial completo da faixa etária da população entre os 5 e os 11 anos, bem como quanto à menor adesão da população em geral às doses de reforço, indica que será dada continuidade aos estudos desenvolvidos na fase inicial da campanha de vacinação, quanto à intenção de vacinação e seus preditores na população portuguesa.
29. Finalmente, acerca da recomendação para que providencie pela implementação de medidas com vista a preservar a confiança nas autoridades e no sistema de saúde pública, especialmente num contexto de mudanças demográficas e de rápida circulação de desinformação, salienta que a mesma será tida em conta *“(…) reforçando a articulação com especialistas académicos na área da desinformação de modo a desenvolver estratégias para que o impacto na confiança na vacinação seja minimizado.”*
30. O Coordenador da *Task Force* para a elaboração do Plano de Vacinação contra a COVID-19, relativamente às conclusões formuladas, manifestou o seu apreço por verificar, *“(…) no que concerne à atuação na qualidade de Coordenador da Task Force para a elaboração do Plano de Vacinação contra a COVID-19, o reconhecimento da adequação desse exercício em linha com as recomendações internacionais acerca desta matéria, e a notoriedade do seu desenvolvimento e impacto positivo que teve na luta e controlo da pandemia.”*

II. ENQUADRAMENTO

32. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma emergência de saúde pública de alcance internacional a 30 de janeiro de 2020. Em 11 de março de 2020, foi considerada uma pandemia⁵ 6.
33. Apesar das medidas não farmacêuticas, adotadas pelos vários países, terem abrandado a sua expansão mundial, era consensual a necessidade de um rápido desenvolvimento e utilização de uma ou mais vacinas, a fim de conter a pandemia, proteger os sistemas de saúde, salvar vidas e ajudar a restabelecer a economia global.
34. A 30 de março de 2023, existiam 183 vacinas em desenvolvimento clínico e 199 vacinas em desenvolvimento pré-clínico⁷.

5. A vacinação contra a COVID-19 como estratégia europeia

35. No âmbito da União Europeia (UE), em abril de 2023 encontravam-se autorizadas oito vacinas para uso na prevenção da COVID-19, tendo a primeira recebido essa autorização (condicional) em 21 de dezembro de 2020, e a mais recente em 30 de março de 2023⁸.
36. Em junho de 2020, a Comissão Europeia (CE) apresentou a Estratégia da UE para as Vacinas Contra a COVID-19, que visava “*acelerar o desenvolvimento, o fabrico e a disponibilização de vacinas contra a COVID-19*”, considerando que uma vacina eficaz e segura seria a solução duradoura com maior probabilidade de combater e erradicar a pandemia. Pretendia-se, assim:
 - Assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia das vacinas;
 - Garantir aos Estados-Membros e às suas populações o acesso atempado às vacinas, liderando, em simultâneo, o esforço internacional de solidariedade;
 - Acautelar o acesso equitativo à vacina, a todos os habitantes da UE, no mais curto espaço de tempo e a preços acessíveis⁹.
37. A estratégia apresentada assentava em dois pilares: (i) adaptação do quadro regulamentar da UE a fim de promover a flexibilidade necessária a agilizar o desenvolvimento, autorização e disponibilização de vacinas, assegurando, ao mesmo tempo, o respeito pelas regras relativas à sua qualidade, segurança e eficácia; e (ii) garantir a produção e aprovisionamento suficientes de vacinas aos Estados-Membros, através de um mecanismo de aquisição centralizado, materializado com a celebração de Acordos Prévios de Aquisição (*Advance Purchase Agreements – APA*) com os fabricantes de vacinas.
38. Estes APA seriam financiados pelo Instrumento de Apoio de Emergência (IAE) da UE, num montante de 2,15 mil milhões de euros, que os Estados-Membros complementaram com 750 milhões de euros, num montante total de 2,9 mil milhões de euros. No final de 2021, a quase totalidade daquele valor (87,9%) tinha já sido pago pela CE aos fabricantes¹⁰.

⁵ OMS (2020). *Strategic considerations in preparing for deployment of COVID-19 vaccine and vaccination in the WHO European Region*. 21 de setembro de 2020. Copenhaga: Gabinete Regional da OMS para a Europa; 2020.

⁶ A 5 de maio de 2023, a OMS declarou o fim da emergência global de saúde pública para a COVID-19. Cfr. OMS (2023) *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing – 5 May 2023* Consultado a 11 do maio de 2023.

⁷ OMS (2023). *COVID-19 vaccine tracker and landscape (30 de março de 2023)*. Consultado a 14 de abril de 2023.

⁸ EMA (2022). *COVID-19 vaccines: authorized*. Consultado a 5 de setembro de 2023.

⁹ Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho Europeu, ao Conselho e ao Banco Europeu de Investimento. *Estratégia da UE para as Vacinas Contra a COVID-19 Bruxelas, 17.6.2020 COM (2020) 245 final*

¹⁰ Para mais detalhes sobre o IAE, vide Anexo II – Instrumentos e programas europeus

39. Este financiamento inicial da UE, via IAE, destinava-se a investimentos de risco essenciais para assegurar o fabrico rápido e em larga escala das vacinas, garantindo, em contrapartida, o direito e, em certas circunstâncias, a obrigação, dos Estados-Membros participantes comprarem um dado número de vacinas, a um preço estipulado e num prazo determinado, o que seria posteriormente concretizado por cada país, através do estabelecimento de contratos diretamente junto dos fabricantes (os designados *Vaccine Order Form* – VOF). Os Estados-Membros eram responsáveis pelas suas estratégias nacionais de vacinação ¹¹.
40. Para apoiar e aconselhar durante o processo de avaliação das propostas de fabricantes tendentes à celebração dos APA, a CE criou um Conselho de Direção (*steering board*), no qual Portugal se fez representar pelo INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.¹²
41. Neste seguimento, de agosto de 2020 a novembro de 2021, a CE assinou oito APA com empresas farmacêuticas, assegurando a aquisição antecipada de até 1.429 milhões de doses iniciais, com a opção de compra de até 795,7 milhões de doses adicionais. As vacinas contratadas implicavam a administração de duas doses para uma vacinação primária completa, salvo quanto à vacina da *Janssen*, que só necessitava de uma dose ¹³ (cfr. Quadro 1).

Quadro 1 - APA celebrados pela CE para aquisição de vacinas

Vacina	Empresas Contratantes	Data do APA	Autorização da EMA	N.º de doses iniciais	N.º de doses adicionais
Vaxzevria (AstraZeneca)	AstraZeneca AB	27/08/2020	29/01/2021	300.000.000	100.000.000
Vidprevtyn (Sanofi)	Sanofi Pasteur S. A. Glaxosmithkline Biologicals S.A.	18/09/2020	10/11/2022	Até 300.000.000	N/A
Jcovden (Janssen)	Janssen Pharmaceutica NV	21/10/2020	11/03/2021	200.000.000	Até 200.000.000
Comirnaty (Pfizer)	Pfizer Inc. BioNTech Manufacturing GmbH	20/11/2020	21/12/2020	200.000.000	Até 100.000.000
CVnCoV (CureVac)	CureVac AG	30/11/2020	Pedido retirado a 11/10/2021	225.000.000	Até 180.000.000
Spikevax (Moderna)	Moderna Switzerland GmbH	04/12/2020	06/01/2021	80.000.000	Até 80.000.000
Nuvaxovid (Novavax)	Novavax, Inc. Novavax CZ	16/08/2021	20/12/2021	De 20.000.000 a 100.000.000	Até 100.000.000
Valneva	Valneva Austria GmbH	23/11/2021	24/06/2022	24.341.449	Até 35.658.551
TOTAL				1.429.341.449	795.658.551

Fonte: Elaboração própria, com base nos contratos APA assinados pela CE e disponibilizados pela DGS ao TdC, e em EMA, “[COVID-19 Vaccines](#)” (2022). Consultado a 4 de janeiro de 2023.

Nota: Entre parêntesis estão as designações pelas quais as vacinas são mais conhecidas no espaço público.

42. Para algumas das vacinas, a CE optou por assinar subsequentes contratos de aquisição (*Purchase Agreement* – PA) com as mesmas empresas, que asseguravam a compra de doses adicionais, salvaguardando, por esta via, a aquisição de novas versões das vacinas, adaptadas a novas variantes ou com novas formulações¹⁴.

¹¹ Cfr. [Decisão da Comissão Europeia, de 18 de junho de 2020](#) [C (2020) 4192 final], aprovando o modelo de acordo com os Estados-Membros sobre a aquisição de vacinas COVID-19 e procedimentos conexos; e [Anexo à Decisão da Comissão Europeia, de 18 de junho de 2020](#) [C (2020) 4192 final], aprovando o modelo de acordo com os Estados-Membros sobre a aquisição de vacinas COVID-19 e procedimentos conexos [C(2020) 4192 final ANNEX]

¹² Cfr. informação prestada pela DGS, através de mensagem de correio eletrónico de 11 de outubro de 2022.

¹³ Posteriormente à assinatura dos APA, sete vacinas obtiveram autorização de introdução no mercado da UE, atribuída pela EMA. Quanto à vacina CVnCoV, a empresa responsável retirou o pedido de autorização à EMA, em 11 de outubro de 2021. Cfr. EMA (2022). [COVID-19 vaccines](#). Consultado a 4 de janeiro de 2023; e CureVac AG (2020). [Withdrawal letter: CureVac's COVID-19 vaccine \(CVnCoV\)](#).

¹⁴ Cfr. contratos APA e PA assinados pela CE e disponibilizados pela DGS ao TdC.

43. As doses garantidas seriam repartidas em função da população de cada país¹⁵. No caso português, que aderiu a todos os APA, e a três PA, caber-lhe-ia a proporção indicativa de 63,7 milhões de doses¹⁶ ¹⁷.
44. Da análise dos contratos APA assinados pela CE, sobressai a nova estratégia de partilha de riscos adotada, por forma a assegurar a aquisição de quantidades suficientes de vacinas para os Estados-Membros¹⁸.
45. Desde logo, pelo facto de se pagar um montante adiantado pelas doses iniciais asseguradas, antes da obtenção da autorização de introdução no mercado pela Agência Europeia do Medicamento (EMA), de modo a contribuir para o financiamento do desenvolvimento da vacina e da capacidade da sua produção em escala.
46. Este montante era pago pela CE, mas, em alguns casos, também os Estados-Membros faziam pagamentos adiantados. Caso a autorização da EMA fosse obtida, estes valores seriam 100% dedutíveis no preço das doses iniciais compradas. Caso não fosse, os valores não eram reembolsáveis, salvo em dois dos contratos negociados¹⁹.
47. Por outro lado, existia uma garantia de compra, por parte dos Estados-Membros, de todas as doses iniciais a eles alocadas, salvo quanto à vacina *Vidprevtyn*, cuja compra era facultativa. Tal implicava o risco de, quando estas vacinas chegassem ao país, já não serem relevantes, não obstante a fixação de prazos de vigência para os APA e a previsão de condições de rescisão em caso de não obtenção de autorização de introdução no mercado até determinada data-limite.
48. A estas condições acrescia, ainda, o facto da responsabilidade civil dos fabricantes por danos e perdas causados a terceiros pela administração ou uso das vacinas, ocorridas durante a vigência do APA ou depois, passar para os Estados-Membros, criando um risco potencial de aumento dos custos totais associados às vacinas contratadas.
49. Esta cobertura contra o risco de ações interpostas por partes terceiras era assegurada mesmo nas situações em que o Estado-Membro revendesse ou doasse as doses a si alocadas. Embora o Estado-Membro não estivesse obrigado a garanti-lo, a empresa contratante só autorizaria doações ou vendas se o Estado ou a organização recetora assumisse esse risco ou estabelecesse um mecanismo equivalente considerado aceitável. Tal limitou o uso destes instrumentos como forma de gestão das doses excedentárias.
50. Acrescente-se ainda que as responsabilidades das empresas contratantes, perante a CE e os Estados-Membros, emergentes da implementação dos APA, estavam, geralmente, sujeitas a tetos previamente definidos. Normalmente, as indemnizações resultantes não podiam ultrapassar os montantes recebidos pela empresa contratante no âmbito do APA, havendo casos em que o teto estava reduzido a uma percentagem de 50% ou 20% desse valor.

¹⁵ Comunicação da CE ao Parlamento Europeu, ao Conselho Europeu, ao Conselho e ao Banco Europeu de Investimento. [Estratégia da UE para as Vacinas Contra a COVID-19 Bruxelas, 17.6.2020 COM \(2020\) 245 final.](#)

¹⁶ Destas doses, 24.485.478 foram alocados ao país por via dos APA, e 39.194.088 por via dos PA. Nestes valores não se quantificaram as doses da vacina *Vidprevtyn*, porque não havia uma obrigação de compra de uma determinada quantidade pelos países participantes. Cfr. análise dos contratos APA assinados pela CE e disponibilizados pela DGS ao TdC, bem como a informação prestada pela DGS.

¹⁷ Para mais informações *vide* Ponto 9.2.

¹⁸ *Vide Relatório Especial Aquisição de Vacinas Contra a COVID-19 pela UE. Doses suficientes após dificuldades iniciais, mas avaliação insuficiente do desempenho do processo.*

¹⁹ Refira-se, contudo, que a CE, e os Estados-Membros, quando aplicável, tinham normalmente o direito a reaver os montantes não gastos e podiam mesmo, em alguns casos, pedir o envio para si, ou para um terceiro, das matérias-primas e dos componentes primários não utilizados, que tivessem sido pagos com os valores adiantados.

51. É de realçar, ainda, o facto da propriedade intelectual das vacinas se manter, na íntegra, na esfera das empresas contratantes²⁰.
52. Como referia o Banco Mundial, numa publicação de maio de 2021, os contratos de aquisição de vacinas foram, maioritariamente, celebrados num mercado condicionado por uma enorme procura e pela necessidade de cobertura universal, num contexto de limitações do lado da oferta^{21 22}.
53. O Estado Português aderiu à aquisição de vacinas, no âmbito do procedimento europeu centralizado, a 17 de junho de 2020, por via diplomática. Posteriormente, a 20 de agosto, o Conselho de Ministros ratificou essa adesão e concedeu autorização para a realização de despesa relativa à primeira fase dos procedimentos aquisitivos. O valor de despesa autorizada para a aquisição de vacinas veio a ser, desde então, reforçado conforme as necessidades e a evolução do conhecimento sobre as vacinas (*vide* Ponto 9.1)²³.
54. As competências para a realização de todos os atos necessários à aquisição das vacinas, assim como ao seu armazenamento e administração foram subdelegadas na Diretora-Geral da Saúde^{24 25}.

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

55. Como identificado pelo Banco Mundial, o processo de vacinação contra a COVID-19, pelas dimensões que envolveu, acarretou riscos em várias áreas críticas, como a contratação pública, a distribuição física das vacinas e materiais auxiliares, a preservação da integridade das vacinas, a equidade no seu acesso e a circulação de informação falsa²⁶.
56. As ISC estão idealmente posicionadas, pela sua independência e mandatos, para auditar quer aspetos relacionados com a contratação pública associada aos procedimentos de aquisição de vacinas, quer com o desempenho geral dos processos de vacinação implementados, comparando-os com as práticas estabelecidas e recomendadas, promovendo a respetiva *accountability* e aferição de eficiência, efetividade e economia²⁷.
57. Considerando os resultados globais produzidos pelas ISC sobre a implementação dos programas de vacinação nos respetivos países, apresenta-se de seguida, uma síntese das intervenções de controlo ocorridas no Reino Unido e em França pelas respetivas ISC, o *National Audit Office* (NAO), e a *Cour des Comptes* (Tribunal de Contas francês).

²⁰ Para informação complementar sobre a contratação centralizada de vacinas pela EU, *vide* Anexo II – Instrumentos e programas europeus.

²¹ No original, “*The vaccine contracts are still largely done in a sellers’ market, driven by the huge demand and need for universal coverage in the face of supply limitations.*” World Bank Group (2021). [Governance and Institutional Issues in COVID-19 Vaccination](#). Maio de 2021.

²² O Banco Mundial refere que a aquisição de vacinas ocorreu no que designa como “*seller’s market*”, termo informal utilizado para descrever um mercado em que as condições são mais vantajosas para os vendedores do que para os compradores, uma vez que a procura excede a oferta.

²³ [Resolução do Conselho de Ministros n.º 64-A/2020](#), de 20 de agosto, e cfr. informação prestada pela DGS.

²⁴ A subdelegação foi concretizada através do [Despacho n.º 11005/2020, de 3 de novembro, da Ministra da Saúde, publicado a 10 de novembro](#), em que foram também ratificados todos os atos praticados pela Diretora-Geral da Saúde, neste âmbito, desde 21 de agosto de 2020; através do [Despacho n.º 272/2021](#), de 4 de janeiro, da Ministra da Saúde, publicado a 8 janeiro, em que ratifica igualmente todos os atos entretanto praticados desde o dia 18 de dezembro de 2020. Anteriormente, o Conselho de Ministros tinha delegado na ministra esta competência, através do ponto 1, da [Resolução do Conselho de Ministros n.º 64-A/2020](#), de 20 de agosto de 2020, e novamente confirmada na [Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/2021](#), de 14 de maio, na [Resolução do Conselho de Ministros n.º 196/2021](#), de 30 de dezembro e na [Resolução do Conselho de Ministros n.º 111-A/2022](#), de 24 de novembro.

²⁵ A qual, ao abrigo do regime de autorização de despesa para resposta à pandemia, era competente para autorizar estas despesas, independentemente do seu valor, tendo como limite a dotação orçamental e respetivos reforços orçamentais autorizados pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde. Cfr. artigo 2.º, do [Decreto-Lei n.º 10-E/2020](#), de 24 de março.

²⁶ World Bank Group (2021). [Governance and Institutional Issues in COVID-19 Vaccination](#). Maio de 2021.

²⁷ *Ibidem*.

Relatórios de outras Instituições Superiores de Controlo (ISC)

National Audit Office (NAO), Reino Unido

O relatório do NAO, abrangendo o período de dezembro de 2020 a outubro de 2021, concluiu que as principais metas definidas para o programa de vacinação tinham sido alcançadas, tais como a disponibilização da primeira dose aos grupos prioritários, até 15 de abril de 2021, o alargamento dessa oferta a todos os adultos, até 19 de julho de 2021, e a vacinação de dois terços da população, até à mesma data²⁸.

No final de outubro de 2021, tinham sido administradas cerca de 87 milhões de doses de vacinas e 85% da população adulta já tinha a vacinação primária completa, superando a meta prevista de 75%. Porém, a taxa de cobertura da vacinação era substancialmente menor para alguns grupos: os jovens, as grávidas e algumas minorias étnicas. O programa teve menos sucesso em atingir alguns objetivos mais recentes. No final de janeiro de 2022, apenas 58% das crianças dos 12 aos 15 anos tinham recebido uma dose.

O desperdício de doses apurado era de 4%, no final de outubro de 2021, abaixo do estimado, que apontava para um intervalo entre 15% e 20%. No final do período analisado, tinham sido gastos £2,9 mil milhões com a compra das vacinas (valor total para o Reino Unido) e £2,2 mil milhões com a sua administração em Inglaterra. O custo médio por dose adquirida apurado foi de £15,02.

Tribunal de Contas Francês (Cour des Comptes)

Esta ISC²⁹ concluiu pela existência de resultados sólidos para o esquema vacinal inicial de duas doses: no início de setembro de 2022, a taxa da cobertura de vacinação com o esquema inicial para a população em geral era de 79%, subindo para os 90%, quando considerada a população elegível com 12 ou mais anos. No caso das doses de reforço, à data do relatório, estimava-se que estaria entre os 90% e os 94%, para as pessoas com 18 ou mais anos.

Contudo, o Tribunal de Contas francês não considera que a campanha de vacinação tenha tido um sucesso homogéneo e completo. As taxas de cobertura de vacinação variaram consoante o grupo etário e as condições sociais e territoriais. No caso dos idosos com 80 ou mais anos, a taxa é inferior à média nacional. Menos de 5% das crianças entre os 5 e os 11 anos tinham o esquema inicial completo. A adesão dos idosos à segunda dose de reforço estava a ser moderada.

Entre 2020 e 2022, os custos suportados com a vacinação ascendiam a 7,6 mil milhões de euros, representando 15% das despesas totais imputáveis à crise sanitária. A estimativa de doses desperdiçadas, a março de 2022, era de 10%. O custo médio estimado por dose administrada em 2021 foi de 35€.

Este Tribunal considerou que a aquisição centralizada de vacinas pela UE foi um trunfo determinante para a campanha de vacinação francesa.

²⁸ National Audit Office (2022). [The rollout of the COVID-19 vaccination programme in England](#).

²⁹ Cour des comptes (2022). [La vaccination contre la COVID 19: Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes](#). Décembre 2022.

58. Neste âmbito, a presente auditoria averiguou a forma como foi organizado e implementado o processo de vacinação em Portugal, analisou os resultados atingidos e verificou como foi feito o seu financiamento, até 31 de março de 2022.

III. OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA

7. Organização e implementação do processo de vacinação

59. Nos pontos seguintes analisa-se a organização e implementação do processo de vacinação. No ponto 7.1 é analisado o modelo de governação e os instrumentos de direção e controlo adotados e no ponto 7.2 aborda-se a estratégia de vacinação seguida. Os pontos 7.3 a 7.6 examinam aspetos operacionais ligados à vertente logística e à operacionalização do processo de administração das vacinas, aos sistemas de informação e à comunicação. O ponto 7.7 conclui, analisando aspetos relativos à monitorização da segurança e efetividade das vacinas.

7.1. Modelo de governação e instrumentos de direção e controlo

60. A implementação do processo de vacinação contra a COVID-19 esteve a cargo de duas estruturas distintas, em diferentes períodos de tempo. Inicialmente, o processo com vista à vacinação em massa foi dirigido pela “*task force* para a elaboração do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal” (*Task Force*). Sucedeu-lhe, numa fase já de reforço de vacinação e de administração simultânea com a vacina contra a gripe, o Núcleo de Coordenação da Condução da Vacinação Contra a Gripe Sazonal e Contra a COVID-19, no outono/inverno de 2021-2022. Mais tarde, passou a ser designado por Núcleo Coordenador de Apoio ao Ministério da Saúde (NCAMS)³⁰.

61. A *Task Force*, criada a 23 de outubro de 2020, foi responsável pela elaboração e implementação do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal. A sua missão passava pelo planeamento estratégico e operacional, de forma integrada, do processo de vacinação, atendendo às componentes logística, executiva e comunicacional, e pela coordenação e articulação das ações dos departamentos governamentais incluídos naquele processo^{31 32}.

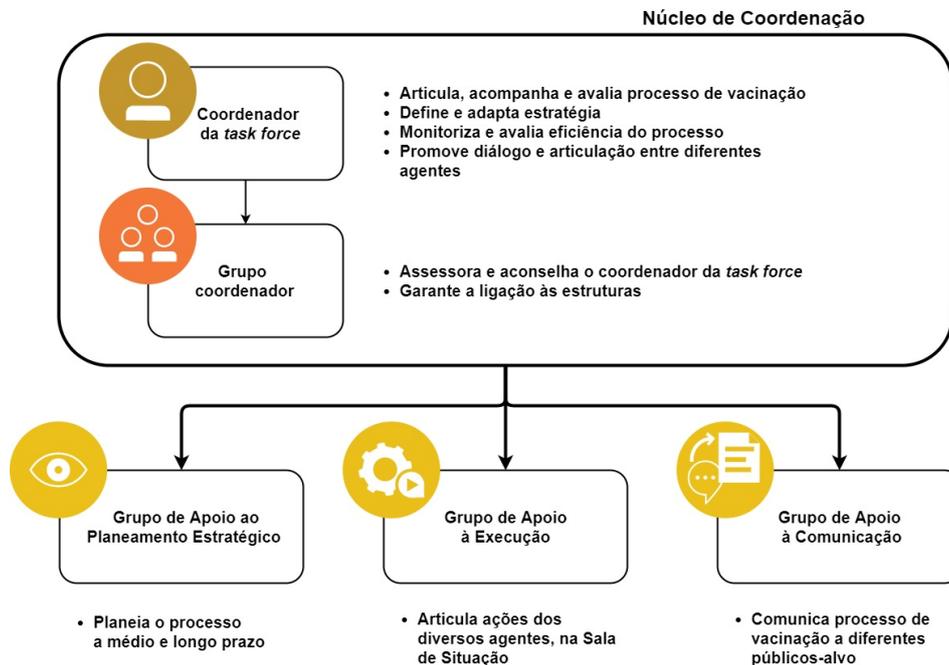
62. Era constituída por um núcleo de coordenação, liderado pelo coordenador, e por três grupos de apoio, onde era possível encontrar representantes designados pela Direção-Geral da Saúde (DGS), INFARMED, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS), Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), cada uma das Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS), Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA), Estado-Maior-General das Forças Armadas, Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, Guarda Nacional Republicana (GNR), e Polícia de Segurança Pública (PSP) (*vide* Figura 1).

³⁰ Na campanha de Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2023-2024 contra a gripe e contra a COVID-19, o Governo fez a opção de internalizar o processo de vacinação nas suas estruturas. Deste modo, a operacionalização da administração das vacinas será feita em articulação entre a SPMS, a Direção Executiva do SNS, I. P., a DGS, o SUCH, cooperando com as farmácias comunitárias. Cfr. preâmbulo e artigo 8º, da [Portaria n.º 264/2023](#), de 17 de agosto.

³¹ Pelo [Despacho n.º 11737/2020, de 26 de novembro, dos Ministros da Defesa Nacional e da Administração Interna e da Ministra da Saúde](#), depois alterado pelo [Despacho n.º 1448-A/2021, de 4 de fevereiro](#), e pelo [Despacho n.º 3906/2021, de 19 de abril](#), dos mesmos emitentes.

³² A 3 de fevereiro de 2021, com a mudança do coordenador, o âmbito de atuação da *Task Force* foi alargado, passando a incluir não só o planeamento do processo, mas também a sua implementação. O núcleo de apoio do coordenador passou a ser constituído por elementos militares e civis das forças armadas (Estado-Maior do Coordenador), em vez de elementos designados por outros organismos.

Figura 1 – Estrutura da *Task Force*

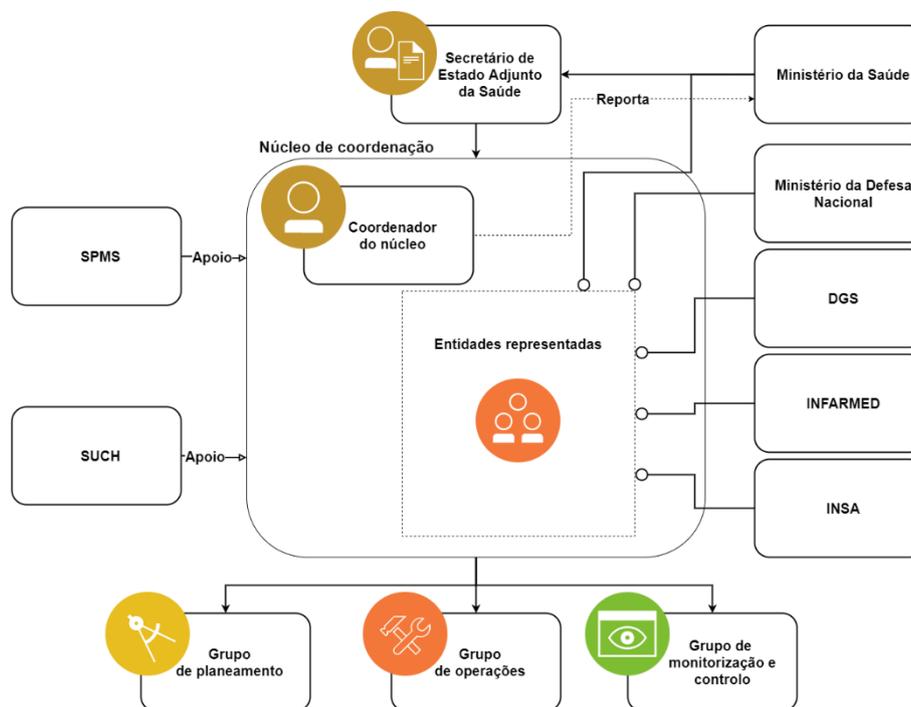


Fonte: Elaboração própria com base no [Despacho n.º 11737/2020](#), de 23 de novembro, na versão atualizada.

63. O modelo de governação do processo de vacinação está representado em detalhe no Anexo III – Modelo de governação. Este foi um modelo complexo, que envolveu várias entidades, com papéis distintos, a atuar em diferentes níveis. O coordenador da *Task Force* dirigiu, coordenou e controlou o processo de vacinação, a nível macro, cabendo às ARS e aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) a execução e a coordenação do processo de vacinação a nível local (*vide* Figura 5).
64. Quando a 29 de setembro de 2021, o NCAMS assumiu o comando do processo de vacinação, o modelo de governação simplificou-se e reduziu-se à estrutura daquele núcleo. O Secretário de Estado Adjunto da Saúde e o Ministro da Defesa Nacional ganharam protagonismo, já que o coordenador do núcleo devia coordenar a suas ações com estes, além de reportar diretamente à Ministra da Saúde³³ (*vide* Figura 2).

³³ Já os grupos que constituíam as estruturas de apoio técnico e logístico ao núcleo de coordenação (grupo de planeamento, grupo de operações e grupo de monitorização e controlo) mantinham na sua composição militares indicados pelos Ramos das Forças Armadas e pelo Estado-Maior-General das Forças Armadas, aos quais se adicionavam elementos indicados pelo Ministério da Saúde, cfr. [Despacho 11944/2021](#), de 23 de novembro, do Ministro da Defesa Nacional e da Ministra da Saúde, publicado a 3 de dezembro na 2.ª Série do Diário da República.

Figura 2 - Estrutura do NCAMS



Fonte: Elaboração própria com base no [Despacho 11944/2021](#), de 23 de novembro, do Ministro da Defesa Nacional e da Ministra da Saúde, publicado a 3 de dezembro.

65. A par destas estruturas, foi criada, em Portugal, em novembro de 2020, a Comissão Técnica de Vacinação contra COVID-19, grupo consultivo da DGS, que deveria dar recomendações sobre as estratégias apropriadas a adotar quanto à vacinação contra a COVID-19^{34 35}.
66. Foi igualmente constituída, em março de 2021, uma *task force* de ciências comportamentais aplicada ao contexto da pandemia de COVID-19, que pudesse formular recomendações nestas matérias, particularmente ao nível de estratégias de promoção da adesão da população ao processo de vacinação³⁶.
67. Adicionalmente, a *Task Force* instituiu instrumentos de direção e controlo que visavam garantir: (i) o eficaz planeamento logístico das operações, correntes e futuras; (ii) a adoção de uma estratégia única, centrada no planeamento, assente em instruções normalizadas, produzidas de forma sistemática; (iii) o comando e controlo centralizado da execução do plano de vacinação; e (iv) o acompanhamento e apoio da sua execução descentralizada, junto das várias regiões de saúde. Alguns destes instrumentos estão elencados no Quadro 2.

³⁴ Cfr. [Despacho n.º 012/2020](#), de 4 de novembro, da Diretora-Geral da Saúde.

³⁵ Aliás, no país, existe, desde 2013, a Comissão Técnica de Vacinação, que foi liderada pela atual Diretora-Geral da Saúde, até esta assumir o cargo, em 2018, cfr. [Portaria n.º 174/2022, de 6 de julho](#), e a [Portaria n.º 243/2013, de 22 de abril de 2013](#), alterada pela [Portaria n.º 94/2018, de 1 de fevereiro](#), e revogada pela [Portaria n.º 174/2022, de 6 de julho](#).

³⁶ Cfr. [Despacho n.º 3027/2021](#), de 10 de março, da Ministra da Saúde, publicado a 19 de março.

Quadro 2 – Instrumentos de direção e controlo no quadro da *Task Force*

Designação	Objetivo
<i>Instruções do Coordenador</i>	Instituídas com vista à normalização e divulgação de regras, instruções operacionais e orientações (disponíveis no <i>microsite</i> da Coordenação da <i>Task Force</i>).
<i>Planos de Distribuição semanais</i>	Padronizaram e sistematizaram a informação acerca da distribuição semanal de vacinas no continente, incluindo a identificação dos grupos de vacinação alvo.
<i>Divisões de Operações Correntes e de Planeamento Estratégico</i>	Criadas no Estado-maior do Coordenador, separavam a gestão das operações correntes, do planeamento de operações futuras
<i>Sala de Situação</i>	Reunia todos os representantes de entidades envolvidas no processo, a fim de centralizar o comando e controlo da execução do plano de vacinação.
<i>Oficiais de Ligação</i>	Identificados nas várias entidades intervenientes no processo de vacinação, agilizavam a identificação de problemas <i>in loco</i> e acresciam resiliência ao sistema.
<i>Reuniões semanais Coordenador/ARS e ACES</i>	Apojavam a execução descentralizada do plano de vacinação.

Fonte: Elaboração própria, com base em vários documentos, com destaque para Gouveia e Melo, H. E. P. (2021). Lições aprendidas: Coordenador da *Task Force* para a Vacinação. 22 de setembro de 2021.

68. No caso do NCAMS, a coordenação interinstitucional fez-se pela articulação direta e permanente junto do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e da Ministra da Saúde. A coordenação multisectorial concretizou-se através de reuniões semanais entre os membros do Governo, DGS, INFARMED e SPMS, e por via da integração de elementos representativos de entidades relevantes no NCAMS. Foi também estabelecida uma coordenação direta e permanente com as ARS ³⁷.
69. Tanto a *Task Force* como, posteriormente, o NCAMS, elaboraram documentos com as lições aprendidas com este processo, em linha com as boas práticas recomendadas pela OMS³⁸.

7.2. Estratégia de vacinação

70. A estratégia de vacinação em Portugal foi definida de acordo com as principais recomendações internacionais e alinhada com a generalidade das práticas europeias, assentando numa abordagem faseada, que teve por base a identificação de grupos prioritários, e que foi sendo ajustada à evolução da situação epidemiológica do país, do conhecimento científico acerca da doença e da disponibilidade, efetividade e segurança das vacinas no mercado, visando vacinar o maior número de pessoas, no menor período possível.

7.2.1. Definição de grupos prioritários

71. Face à expectável escassez de vacinas nas fases iniciais das campanhas de vacinação, várias organizações alertaram para a importância de definir grupos prioritários e recomendaram a implementação de programas de vacinação faseados, centrados, primeiramente, na diminuição da mortalidade e dos custos associados à pandemia, e na garantia da continuidade dos serviços essenciais³⁹.
72. De modo geral, as entidades internacionais sugeriam grupos prioritários das seguintes categorias: idosos, profissionais de saúde, grupos com comorbilidades ou em certos estados

³⁷ Em concreto, estavam previstas 3 reuniões semanais com as ARS e 1 reunião semanal alargada com os ACES. Cfr. Vacinação Gripe/COVID-19: Relatório de revisão pós-ação. 29 setembro 2021 – 28 fevereiro 2022.

³⁸ A saber: de Gouveia e Melo, H. E. P. (2021). *Lições aprendidas: Coordenador da Task Force para a Vacinação*, 22 de setembro de 2021; Núcleo de Coordenação do Processo de Vacinação contra a COVID-19 e Gripe Sazonal (2022). *Vacinação Gripe/COVID-19: Relatório de revisão pós-ação, 29 setembro 2021 – 28 fevereiro 2022*. Ambos remetidos pelo Ministério da Saúde; e NCAMS (2022). *Relatório de revisão pós-ação. 1 de março 2022 – 30 de junho 2022*. Remetido pela DGS.

³⁹ Para adicional detalhe, vide Anexo V – Critérios de Vacinação.

- de saúde, trabalhadores essenciais ou de setores críticos, grupos ou profissionais que não conseguiam cumprir a distância física, grupos socioeconomicamente vulneráveis e grupos baseados no maior risco de infeção e de transmissão. (*Vide* Anexo V – Critérios de Vacinação)
73. Os critérios de vacinação contra a COVID-19 e a definição de grupos prioritários foram inicialmente estabelecidos no Plano de Vacinação Contra a COVID-19, de 3 de dezembro de 2020, tendo em consideração os pareceres da Comissão Técnica de Vacinação Contra a COVID-19. Posteriormente, com a publicação da Norma n.º 002-2021, de 30 de janeiro de 2021 (Campanha Vacinação COVID-19), da DGS, passou a ser esta, com as suas sucessivas atualizações, a definir os critérios de vacinação⁴⁰.
74. A definição dos grupos prioritários foi norteada por princípios científicos (imunológicos e epidemiológicos), éticos (em particular, de beneficência, não-maleficência, equidade e respeito), de aceitabilidade e de exequibilidade. A estratégia de vacinação foi sendo ajustada ao longo do tempo, nomeadamente com o alargamento dos grupos prioritários para o esquema vacinal primário e com a vacinação de reforço em adultos⁴¹. (*Vide* Anexo V – Critérios de Vacinação)
75. O plano de vacinação previa a adoção de uma estratégia faseada, flexível e adaptável, de modo a acomodar a evolução da situação epidemiológica, da disponibilidade de vacinas e do conhecimento científico. Inicialmente com 3 fases, foi alargada a 4, no final de 2021: as 2 primeiras fases visavam a vacinação primária completa da população com idade igual ou superior a 12 anos, de forma sequencial e de acordo com os grupos prioritários definidos; a 3ª fase respeitava à administração da 1ª dose de reforço e a 4ª fase previa a vacinação primária das crianças entre os 5 e os 11 anos⁴².
76. Na primeira fase da campanha de vacinação, iniciada a 27 de dezembro de 2020, a prioridade foi dada aos residentes e profissionais das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), estruturas similares⁴³ e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Seguiram-se as pessoas com mais de 50 anos com patologias de risco acrescido e os profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de cuidados a doentes, sobretudo os do contexto prioritário⁴⁴. Mais tarde, incluíram-se todas as pessoas com mais de 80 anos, independentemente de outros fatores, e as pessoas com Trissomia 21, com idade igual ou superior a 16 anos (cfr. Figura 3).
77. Adicionalmente, nesta primeira fase, foram também considerados como prioritários os titulares de órgãos de soberania, os detentores de altos cargos com funções no quadro do Estado de

⁴⁰ Norma n.º 002-2021, de 30 de janeiro de 2021 (Campanha Vacinação COVID-19), apenas está disponível para consulta *online* na sua última versão, de 02/09/2022.

⁴¹ Plano de vacinação COVID-19, versão de 03 de dezembro de 2020.

⁴² Posteriormente, em maio de 2022, viria a ser considerada uma 5ª fase, associada já à administração da 2ª dose de reforço da vacina, a pessoas com 80 ou mais anos e aos residentes em ERPI.

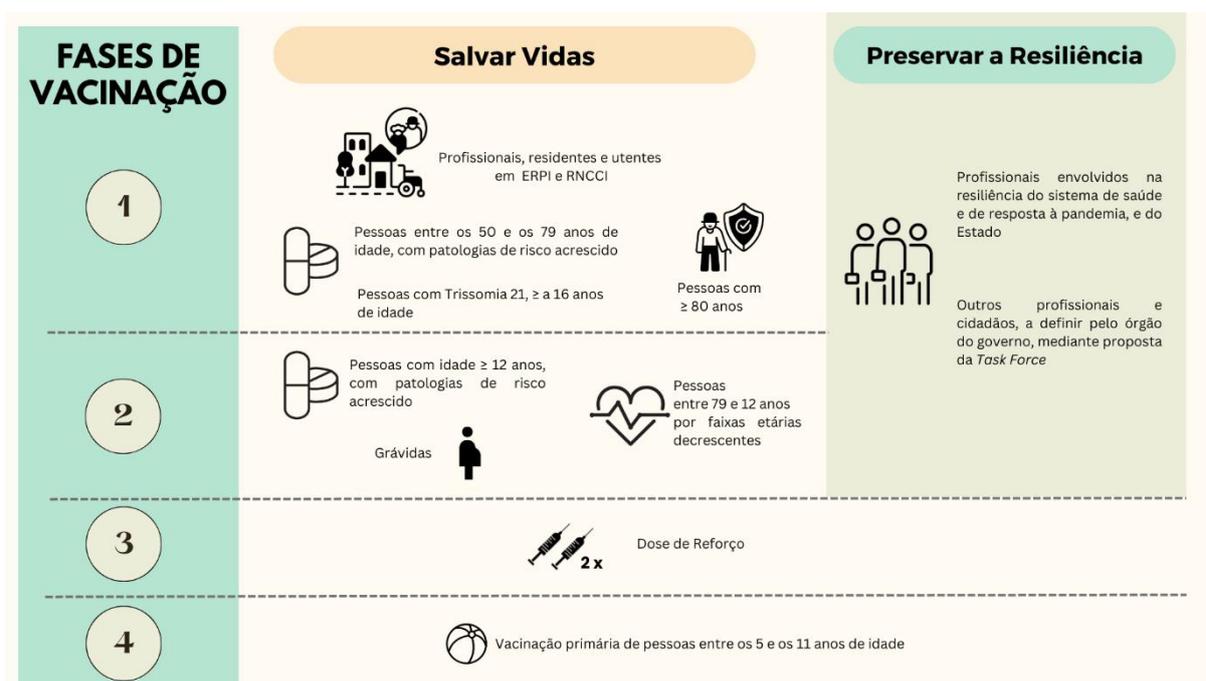
⁴³ A norma da DGS n.º 002-2021 de 30-01-2021 (Campanha Vacinação COVID-19) referia “residentes, utentes e profissionais em ERPI, instituições similares e unidades da RNCCI”, sem adicional especificação. Entende-se que por “instituições similares” se estariam a referenciar respostas sociais semelhantes, no sentido da oferta de estruturas residenciais para pessoas especialmente vulneráveis.

⁴⁴ Nas primeiras versões da norma da DGS relativa à campanha de vacinação contra a COVID-19 (norma n.º 002-2021, de 30 de janeiro de 2021) surgem listados “os contextos prioritários para a vacinação contra COVID-19 de profissionais de saúde envolvidos na prestação direta de cuidados de saúde”, de que são exemplos as unidades de cuidados intensivos e intermédios, os serviços de urgência e as áreas dedicadas a doentes Respiratórios (ADR) nos cuidados de saúde primários e nos serviços de urgência.

Emergência, os responsáveis da Proteção Civil, a Procuradoria-Geral da República e o Ministério Público^{45 46}.

78. A partir de março 2021, e transversal à primeira e à segunda fases do plano de vacinação, passou a haver doses reservadas com o intuito de preservar a resiliência dos serviços do Estado e de saúde.
79. Na segunda fase, iniciada entre final de abril e início de maio de 2021, previa-se vacinar as pessoas com 65 ou mais anos que ainda não tinham sido vacinadas, e os maiores de 50 anos com patologias de risco acrescido. Posteriormente, seriam os maiores de 16 anos, com idênticas patologias, e as grávidas. De seguida, começar-se-ia, então, a vacinar as restantes pessoas, por faixas etárias decrescentes.
80. A terceira fase iniciou-se em outubro de 2021, com a administração de uma dose de reforço a adultos com esquema vacinal completo. A definição de grupos prioritários seguiu a mesma lógica das fases anteriores. Já a quarta fase arrancou em dezembro de 2021, com a vacinação primária das crianças entre os 5 e os 11 anos de idade, começando pelos grupos com patologias de risco acrescido, seguindo-se depois a vacinação das restantes, por faixas etárias decrescentes.

Figura 3 – Fases da campanha de vacinação contra a COVID-19 (versão vigente a março de 2022)



Fonte: Elaboração própria, com base na Norma n.º 002-2021, de 30 de janeiro de 2021 (Campanha Vacinação COVID-19), da DGS, atualizada a 17 de fevereiro de 2022⁴⁷. Considerando que o âmbito temporal da auditoria respeita ao período de 1 de fevereiro de 2020 a 31 de março de 2022, optou-se por não representar a 5ª fase da campanha de vacinação, apenas prevista a partir de maio de 2022, associada já à administração da 2ª dose de reforço da vacina, a pessoas com 80 ou mais anos e aos residentes em ERPI.

⁴⁵ Cfr. [Despacho n.º 1090-D/2021](#), de 26 de janeiro, do Primeiro-Ministro. Este despacho surge no contexto da recomendação da OMS que defendia a inclusão, nos grupos prioritários, dos Chefes de Estado e de Governo, e do pessoal administrativo e técnico crucialmente necessário para as funções do Estado indispensáveis, de modo a proteger o funcionamento contínuo dos serviços essenciais, ressalvando, contudo, que tal devia ser interpretado de forma restritiva, de modo a abranger o menor número de indivíduos.

⁴⁶ A [Norma n.º 002-2021, de 30 de janeiro de 2021](#) (Campanha Vacinação COVID-19), da DGS, incorporou o despacho do Primeiro-Ministro, como *“Outros Serviços Críticos e Titulares de Órgãos de Soberania e Altas Entidades Públicas (Despacho n.º 1090-D/2021, de 26 de janeiro)”*, no âmbito dos *“Contextos Prioritários para Profissionais das Forças Armadas, Forças de Segurança e Serviços Críticos e Titulares de Órgãos de Soberania e Altas Entidades Públicas”*.

⁴⁷ Infográfico elaborado com recurso a ícones licenciados como *“Creative Commons”*, vide Índice de figuras.

81. Os critérios de vacinação adotados e os grupos prioritários definidos demonstram estar em consonância com os pareceres da Comissão Técnica de Vacinação Contra a COVID-19, assim como com as recomendações internacionais.
82. Portugal seguiu a tendência das práticas adotadas noutros países europeus que, no início de dezembro de 2020, estavam a priorizar os idosos (com as idades mínimas a variarem entre países), profissionais de saúde e pessoas com certas comorbilidades. Alguns países efetuaram também uma estratificação dentro dos grupos selecionados para a vacinação inicial, face à expectativa de uma oferta limitada de vacinas, no início da campanha de vacinação⁴⁸.

7.2.2. Conformidade dos critérios de seleção para vacinação

83. A Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) realizou uma inspeção concomitante à implementação do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal, que visou 271 entidades e teve como objetivo verificar a conformidade dos critérios de seleção das pessoas a vacinar dentro dos grupos prioritários, dos procedimentos de gestão das doses excedentes e das medidas preventivas do desperdício⁴⁹.
84. Iniciada em janeiro de 2021 e concluída em junho desse ano, detetou inconformidades que determinaram a instauração de 56 processos autónomos e originou relatórios intercalares semanais, enviados à *Task Force*, à DGS e às entidades visadas, que acompanhavam a adoção de medidas tendentes ao acatamento das recomendações formuladas⁵⁰.
85. Globalmente, entre janeiro de 2021 e abril de 2022, a IGAS constituiu 74 processos de inspeção, fiscalização ou esclarecimentos, relacionados com a verificação do cumprimento das normas e orientações aplicáveis ao processo de administração da vacina contra a COVID-19, dos quais mais de um terço estavam relacionados com a execução da primeira fase do plano de vacinação (35,1%). Parte destes processos resultou do tratamento de queixas e denúncias⁵¹.
86. As ações de fiscalização desenvolvidas constituíram instrumentos de acompanhamento e controlo do cumprimento dos critérios de vacinação e priorização definidos, tendentes a reforçar os níveis de confiança no processo de vacinação e a equidade no acesso, como preconizado pela OMS⁵².

7.3. Sistema logístico de armazenamento e distribuição de vacinas

7.3.1. O sistema planeado e executado

87. A par do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal, de 3 de dezembro de 2020, a *Task Force* elaborou o Plano Logístico de Vacinação COVID-19, de 11 de dezembro⁵³. A sua elaboração, nas vertentes do armazenamento e distribuição das vacinas, cabia ao núcleo coordenador da *Task Force*, sob a liderança do INFARMED e com a colaboração ativa do SUCH, entidades que também assumiriam um papel central na sua execução, e dos organismos tidos

⁴⁸ ECDC (2021). [Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA – 1-02-2021](#). Estocolmo: ECDC.

⁴⁹ Na atualização do Plano de Vacinação Contra a COVID-19, a 28 de janeiro de 2021, foi atribuída à IGAS a responsabilidade por verificar o cumprimento das normas e orientações aplicáveis ao processo de administração da vacina contra a COVID-19, naquelas três vertentes.

⁵⁰ No essencial, a IGAS detetou inconformidades relacionadas com: a vacinação de membros da administração de estabelecimentos e instituições várias, de profissionais não envolvidos diretamente na prestação de cuidados de saúde a doentes/utentes, de outros profissionais que não tinham contacto direto com os doentes, e também de outras pessoas não elegíveis para a vacinação.

⁵¹ Com base no tratamento e análise da informação prestada pela IGAS, através do ofício Ref.ª IGAS-2022-001153, de 21 de abril de 2022.

⁵² OMS (2020). [WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination](#). (14 de setembro de 2020).

⁵³ Cfr. *Task Force* (2020). [Plano Logístico de Vacinação COVID-19](#), de 11 de dezembro de 2020. Documento de natureza reservada, remetido pelo Ministério da Saúde, através do ofício ENT. n.º 3852, enviado por correio eletrónico, a 28 de abril de 2022. Em linha com recomendações internacionais, o plano pormenorizava informação prévia sobre as condições existentes.

como pertinentes no âmbito da Defesa Nacional e da Administração Interna. O coordenador da *Task Force* coordenava centralmente a execução do plano, através da Sala de Situação⁵⁴.

88. O SUCH era responsável pela receção das vacinas no território nacional, verificando a sua quantidade e integridade, pelo seu armazenamento centralizado, bem como pela sua distribuição que, no caso das ilhas, devia ser coordenada com as autoridades regionais.
89. Ao INFARMED, competia acompanhar de forma contínua e efetuar a supervisão regulamentar da receção, armazenamento e distribuição das vacinas, que devia respeitar o sistema de boas práticas de distribuição⁵⁵.
90. Dado o volume de produtos implicado, os prazos curtos e os riscos elevados associados, optou-se por circuitos de distribuição de medicamentos e vacinas já existentes e considerados eficazes. Só se previa avançar para a contratação adicional de armazenamento e transporte se aqueles não fossem suficientes, uma decisão semelhante à de muitos países europeus⁵⁶.
91. A gestão e controlo do circuito logístico implicou o estabelecimento de três centros de distribuição de vacinas (designados “polos principais”): um nos Açores (Ponta Delgada), outro na Madeira e um terceiro em Coimbra. Este último iria servir o território continental, era gerido pelo SUCH e estava situado nas instalações do Polo Logístico e Industrial de Arazede, Montemor-o-Velho. Também aqui foi criada uma Sala de Situação, a par da de Lisboa.
92. O circuito logístico era flexível e dependia da ARS em que era feita a entrega, podendo a distribuição ser centralizada, ou descentralizada, com entregas feitas diretamente aos ACES ou aos Centros de Vacinação COVID-19 (CVC).
93. No centro de distribuição do SUCH, em Coimbra, existia capacidade de armazenamento para 24 milhões de doses de vacinas, com possibilidade de subcontratar adicional capacidade de armazenamento e de transporte.
94. No âmbito da operação logística, o SUCH previa: (i) a alocação de equipa experiente em planeamento e logística de transporte, com possibilidade do seu reforço, em função do volume de pedidos; (ii) a aquisição de materiais como caixas isotérmicas, câmaras, dispositivos de monitorização de temperatura, entre outros, com um investimento estimado de 835 mil euros; e (iii) a afetação, em exclusivo, de viaturas de distribuição, com adequadas capacidades de refrigeração⁵⁷.
95. De acordo com as recomendações internacionais, todos os veículos estavam equipados com sistemas de geolocalização integrados, que permitiam a monitorização em tempo real de aspetos como a velocidade, temperatura do interior da cabine de carga ou o nível de combustível, através de uma plataforma *online* dedicada⁵⁸.

⁵⁴ Cfr. ponto 4, alínea b), [Despacho n.º 11737/2020, de 26 de novembro, dos Ministros da Defesa Nacional e da Administração Interna da Ministra da Saúde](#), depois alterado pelo [Despacho n.º 1448-A/2021, de 4 de fevereiro](#), e pelo [Despacho n.º 3906/2021, de 19 de abril](#), dos mesmos emitentes.

⁵⁵ Cfr. parágrafo 45, da DGS - Norma n.º 002-2021, de 30 de janeiro, atualizada a 13 de maio de 2022 (Campanha Vacinação COVID-19); e Deliberação n.º 47/CD/2015, de 19 de março, do INFARMED, Regulamento relativo às boas práticas de distribuição de medicamentos para uso humano, alterado e republicado pela [Deliberação n.º 77-A/CD/2021, de 6 de agosto](#).

⁵⁶ ECDC (2020). [Overview of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA and the UK – 2 December 2020](#). Estocolmo: ECDC.

⁵⁷ [Plano Logístico de Vacinação COVID-19 – anotado](#) | Protocolo n.º DGS/3471/01/2021, entre a DGS, INFARMED e o SUCH, com data de assinatura de 4 de janeiro de 2021.

⁵⁸ Plataforma Vacinação SUCH COVID-19 *Tracker*.

7.3.2. Receção e entrega de vacinas

96. Aquando da chegada das vacinas ao armazém central, a equipa farmacêutica verificava a conformidade do seu transporte. Era depois registada informação relativa aos produtos rececionados, designadamente, nome da vacina, quantidades rececionadas, hora do registo de entrada, lote e respetivo prazo de validade⁵⁹.
97. O processo de gestão de entregas iniciava-se pelo carregamento do plano de distribuição semanal na Plataforma Vacinação SUCH COVID-19 *Tracker*⁶⁰. No plano, estabeleciam-se os limites máximos de vacinas disponíveis, por ARS, cujas encomendas deviam ser efetuadas com uma antecedência mínima de 48 horas (prazo designado de “*cut-off*”), sendo depois aprovadas pela Sala de Situação de Lisboa⁶¹.
98. A informação das encomendas aprovadas migrava, de seguida, para a aplicação informática *Manage Vacinas*, na qual lhe era associado um conjunto de informações relativas às vacinas a expedir, designadamente, identificação dos lotes, prazos de validade (antes e após descongelação), entidade de entrega e morada, tempo de transporte e data e hora de carga e de descarga.
99. Diariamente, o SUCH gerava o plano de operações (denominado Plano Mestre), que continha dados sobre rotas, tempos de entrega previstos, entidades de entrega e suas moradas, viaturas, vacinas e sua tipologia e volumes de caixas de transporte necessários.
100. As doses só eram descongeladas (uma vez escolhidas de acordo com o princípio *First to Expire – First Out*, i.e., dando prioridade aos lotes com menor prazo de validade) depois de gerado o plano de operações, de modo a maximizar o tempo que os pontos de vacinação teriam para a sua manipulação. O processo era acompanhado por farmacêutico, que validava as etiquetas de descongelação que acompanhavam as caixas de vacinas expedidas e informavam sobre o prazo de validade após descongelação.
101. Todas as ARS consideraram que as entregas, nos CVC, das quantidades encomendadas de vacinas, ocorreram de forma tempestiva, quer tenham sido feitas diretamente pelo SUCH, quer internamente, pelos ACES, em algumas delas.
102. As estratégias de gestão de *stocks* foram variadas, mais ou menos centralizadas, consoante a ARS em causa, com realocação de vacinas entre ARS e entre ACES, sempre que necessário e possível, a fim de prevenir desperdícios por expiração de prazos.

7.3.3. Desperdício e doses não utilizadas

103. Com base nos dados disponibilizados, o TdC estimou que, em Portugal, a 31 de março de 2022, a taxa de desperdício de doses de vacinas era de 0,5% (correspondente a 119 mil doses inutilizadas), decorrente, maioritariamente, da ultrapassagem do prazo de validade (81,9%)⁶². Considerando o preço médio por dose recebida apurado pelo TdC, àquela data, tal corresponderia a uma perda estimada no valor de 2 milhões de euros. (Cfr. Quadro 3)
104. A título comparativo, pese embora eventuais diferenças metodológicas no cálculo daquela taxa, a Austrália reportava, em dezembro de 2021, um desperdício acumulado de 9,21% do total das

⁵⁹ Informação registada no programa informático *Manage Vacinas*.

⁶⁰ Sobre a plataforma, vide Anexo VII – Sistemas de informação.

⁶¹ Posteriormente, deixou de ser necessária a aprovação da *Task Force/NCAMS*, se não fosse excedido o limite máximo de vacinas disponíveis por ARS. Também passou a ser comunicado, em tempo real, o *stock* de vacinas disponíveis no SUCH e por ARS, através da referida plataforma, cfr. informação prestada pelo SUCH.

⁶² A OMS estimou um desperdício máximo de 10% de doses de vacinas, nos países de baixo e médio rendimento.

doses de vacinas entregues, em Inglaterra estimava-se que fosse 4% no final de outubro de 2021, enquanto em França a estimativa de doses desperdiçadas era de 10%, até março de 2022⁶³.

105. Para a taxa de desperdício apurada para Portugal, a 31 de março de 2022, contribuíram, entre outras, as medidas adotadas para evitar o desperdício de vacinas devido a quebras na cadeia de frio: (i) em armazém, era feito o acompanhamento das temperaturas em tempo real, com sistemas de alerta para valores críticos; (ii) no transporte, era verificada a qualidade e adequação das caixas isotérmicas a utilizar e monitorizados os desvios de temperatura ocorridos; (iii) na entrega, a implementação pelas ARS de medidas adicionais de prevenção do desperdício, complementares às orientações da DGS e da *Task Force/NCAMS*⁶⁴.
106. Supervenientemente, entre 1 de abril e 31 de dezembro de 2022, foram inutilizadas 3,4 milhões de doses de vacinas, em Portugal, das quais 99,7% devido à ultrapassagem do respetivo prazo de validade⁶⁵. O TdC estima que, no final do ano de 2022, a taxa de desperdício se situasse em torno dos 11,2 %, estimando-se, com base nas doses desperdiçadas e no preço médio por dose recebida, perdas aproximadas no montante de 54, 5 milhões de euros (cfr. Quadro 3).

Quadro 3 – Desperdício de vacinas, a 31/03/2022 e a 31/12/2022

		A 31/03/2022	A 31/12/2022
Número de doses administradas	[1]	23 652 367	27 986 899
Número de doses desperdiçadas	[2]	119 800	3 513 015
Soma	[3] = [1] + [2]	23 772 167	31 499 914
Taxa de desperdício	[4] = [2] / [3]	0,5%	11,2%
Valor faturado (em euros)	[5]	529 502 129	751 865 579
Número de doses recebidas	[6]	31 579 630	48 492 570
Preço médio por dose recebida (em euros)	[7] = [5] / [6]	16,8	15,5
Desperdício (em euros)	[8] = [2] x [7]	2 008 711,16	54 468 448,60
Doses não administradas por doses recebidas	[9] = 1 - [1] / [6]	25%	42%

Fonte: Cálculos próprios, com base em informação disponibilizada pela DGS.

Notas: 1. O número indicado de doses de vacinas administradas por referência a 31/12/2022, inclui o dia 01/01/2023 (domingo), por se tratar da análise possível (semanal), por parte da DGS, para o período referenciado. 2. As doses recebidas até 31/03/2022 referem-se às doses recebidas em território nacional. As doses indicadas como recebidas a 31/12/2022 incluem doses entregues diretamente a países terceiros a título de doação ou revenda.

107. Se a 31 de março de 2022 a proporção de doses não administradas de vacinas no total de vacinas recebidas era de 25%, no final de 2022 aquela proporção tinha aumentado para 42%, isto é, perto de metade das doses recebidas até àquela data não havia sido administrada, deixando antever uma tendência de agravamento da taxa de desperdício de vacinas, ao longo do tempo.

⁶³ O *Australian National Audit Office* considerou como vacinas entregues a soma das vacinas desperdiçadas com as doses administradas, numa abordagem semelhante à adotada pelo TdC na estimativa da taxa de desperdício de vacinas em Portugal. Numa abordagem também próxima, o Tribunal de Contas Francês verificou o peso da estimativa de doses administradas nas entregas acumuladas, deduzidas das doses em *stock*.

Cfr. Australian National Audit Office (2022). *Auditor-General Report No. 3 2022–23: Australia's COVID-19 Vaccine Rollout*. | National Audit Office (2022). *The rollout of the COVID-19 vaccination programme in England*. | Court des Comptes (2022). *La vaccination contre la COVID 19: Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes*. Dezembro de 2022. | OMS; Gavi & UNICEF (2021). *Costs of delivering COVID-19 vaccine in 92 AMC countries: Updated estimates from COVAX Working Group on delivery costs*. 8 de fevereiro de 2021.

⁶⁴ De entre as medidas adotadas pelas diferentes ARS, destacam-se a criação de orientações e/ou manuais de gestão das redes de frio, o desenvolvimento de *checklists* de verificação das condições a observar e auditorias de caráter pedagógico, bem como, a aquisição e implementação de mecanismos de controlo e segurança da rede de frio. Adicionalmente, procuraram também evitar o desperdício de vacinas garantindo que a abertura de frascos multidoses era feita quando estivesse assegurado número suficiente de utentes para serem vacinados.

⁶⁵ A maioria das doses inutilizadas pertenciam à marca *Comirnaty (Pfizer)* com 2.105.580 doses (62,1%), seguida da *Spikevax (Moderna)*, com 879.495 doses (25,9%), e a *Nuvaxovid (Novavax)*, com 407.940 doses (12,0%). Relativamente a esta última, o desperdício foi de quase 100% das doses encomendadas.

Esta tendência poderá ser mitigada por via da intensificação dos mecanismos de revenda e de doação das doses excedentárias.

108. Esta situação não está dissociada do mecanismo europeu de aquisição centralizada de vacinas, que visou salvaguardar o suficiente e oportuno aprovisionamento de vacinas aos Estados-Membros participantes, promovendo a aquisição antecipada e em larga escala de doses proporcionais às respetivas quotas populacionais, contratando em simultâneo várias das vacinas em desenvolvimento, como cobertura do risco de insucesso.
109. Isto resultou na atribuição, a Portugal, de um número de doses de vacinas que se revelou superior ao necessário para cumprimento dos objetivos de vacinação definidos.
110. O desperdício das doses em excesso foi minimizado através de doações, de vendas e de empréstimos: (i) 7,8 milhões de doses de vacinas foram doadas a países terceiros, quer através de doações bilaterais, quer do mecanismo GAVI/COVAX; (ii) 1,8 milhões de doses foram revendidas; e (iii) 775 mil doses terão sido cedidas a título de empréstimo^{66 67}.
111. No início de 2023 era reconhecida a existência de um excedente global de vacinas, decorrente do desalinhamento entre a oferta e a procura, com algumas estimativas a indicar taxas de desperdício que podem chegar, globalmente, aos 30%⁶⁸, pelo que continuam a colocar-se questões quanto às formas de mitigação dos efeitos desta situação⁶⁹.

7.4. Administração das vacinas

112. O processo de administração de vacinas e, em particular, a vacinação massiva da população ocorrida durante a segunda fase do plano de vacinação alicerçou-se na constituição de uma rede alargada de centros de vacinação, estruturas dedicadas à vacinação em larga escala, por forma a dar cumprimento às metas estipuladas: vacinar 100.000 pessoas/dia e mais de 1,5 milhões de pessoas/mês.
113. Este processo teve um forte envolvimento das ARS, sobretudo na disponibilização de meios humanos, desviados dos cuidados de saúde primários, embora com impactos distintos na atividade assistencial das cinco regiões de saúde. A larga maioria dos municípios prestaram apoio aos centros de vacinação da sua área de influência, com destaque para cedência e contratação de recursos humanos.
114. O agendamento massivo foi conseguido por meio do desenvolvimento de soluções informáticas de agendamento centralizado e, em particular, de auto agendamento, pese embora com constrangimentos iniciais que resultaram em filas de espera superiores às previstas.
115. Todo o processo requeria um considerável número de recursos humanos e materiais. Por isso, a CE recomendava aos Estados-Membros que garantissem que os seus serviços de vacinação

⁶⁶ Cfr. informações prestadas pela DGS. Relativamente ao empréstimo de vacinas, um dos mecanismos utilizados para este efeito consistiu na “troca de calendários” de entrega entre países, o que permitiu a Portugal antecipar a receção de doses de vacinas cuja entrega estava prevista ocorrer primeiramente em outros países. Posteriormente, nas datas de entrega previstas para Portugal, doses equivalentes foram antes entregues nesses países. De notar que no caso da vacina da *Pfizer* (775 mil doses consideradas como tendo cedidas a título de empréstimo) não foi feita a distinção entre vendas e empréstimos, nos dados disponibilizados.

⁶⁷ O Centro de Acesso Global de Vacinas COVID-19 (COVAX) reúne vários países e visa assegurar a aquisição e distribuição equitativa das vacinas COVID-19. Foi fundado pela OMS em associação com *ACT-Accelerator*, que tem como parceiros a *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) e Gavi, a Aliança de Vacinas. Cfr. OMS (2021). [Acesso e alocação: como haverá alocação justa e equitativa de suprimentos limitados?](#)

⁶⁸ A produção de vacinas em larga escala originou desperdício a dois níveis: sobreprodução e subutilização. Musamih, A., Salah, K., Jayaraman, R., Yaqoob, I., Al-Hammadi, Y., & Antony, J. (2022). [Blockchain-based solution for COVID-19 vaccine waste reduction](#). *Journal of Cleaner Production*, 372, 133619.

⁶⁹ A este respeito ver: Quan, N.K., Anh, N.L.M. & Taylor-Robinson, A.W. (2023), [The global COVID-19 vaccine surplus: tackling expiring stockpiles](#). *Infect Dis Poverty*, 12,21; e, Lazarus JV, Abdool Karim SS, van Selm L, et al (2022). [COVID-19 vaccine wastage in the midst of vaccine inequity: causes, types and practical steps](#). *BMJ Global Health* 2022;7:e009010.

tinham os recursos suficientes para realizarem a suas funções, tanto ao nível de profissionais qualificados para administrar as vacinas, como ao nível do abastecimento dos equipamentos médicos e de proteção necessários⁷⁰.

7.4.1. Centros de Vacinação COVID-19

116. A vacinação contra a COVID-19 podia ser realizada em três tipos de locais, já existentes ou adaptados para esse fim, conforme a fase de vacinação em causa e as condições regionais e locais⁷¹:
- Os pontos de vacinação, presentes nos ACES ou Unidades Locais de Saúde (ULS), nos Centros Hospitalares, e nas unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
 - Os Centros de Vacinação COVID-19 (CVC);
 - O domicílio, recorrendo a vacinas cujo transporte em segurança fosse possível, tendo em conta as suas especificações técnicas.
117. Na estratégia de vacinação em massa, que caracterizou a Fase 2 do plano de vacinação, em cada ACES, o processo seria organizado conforme o número de pessoas a vacinar, com a instalação de CVC em número proporcional aos utentes, por forma a alcançar o ritmo de administração imposto pela disponibilidade de vacinas e mantendo um fluxo proporcional à população por região⁷².
118. Para ritmos superiores a 400 utentes/dia, seriam usados CVC – Modelo A. Já para ritmos superiores a 50 utentes/dia, mas inferiores a 400 utentes/dia seriam instalados CVC – Modelo B. Os centros de saúde seriam a alternativa, quando o número de utentes/dia a vacinar fosse igual ou inferior a 50⁷³.
119. Para assegurar o ritmo diário de 100.000 vacinas estimou-se que seriam necessários: (i) 119 CVC modelo A e 161 modelo B; e (ii) cerca de 484 médicos, 2.404 enfermeiros e 786 assistentes técnicos e operacionais. A fim de mitigar o impacto negativo na rede de prestação de cuidados de saúde primários previa-se a necessidade de contratação externa de 137 médicos, 1.036 enfermeiros e 566 assistentes técnicos e operacionais⁷⁴.
120. A este respeito, a falta de homogeneidade de critérios, de completude e de detalhe dos dados recolhidos junto das ARS, não permitiu apurar agregadamente o número total, as principais categorias e a origem dos profissionais que estas afetaram aos CVC ao longo do período em análise⁷⁵.
121. Não obstante, as ARS de Lisboa e Vale do Tejo, do Norte e do Centro foram perentórias em reconhecer o impacto que a alocação de profissionais dos cuidados de saúde primários aos CVC

⁷⁰ Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho. [Preparação para as estratégias de vacinação contra a COVID-19 e a disponibilização das vacinas](#). Bruxelas, 15.10.2020 COM (2020) 680 final.

⁷¹ No *Plano de Administração da Vacina Contra a COVID-19*, a *Task Force* optou por reservar a vacinação, maioritariamente, aos estabelecimentos do SNS, face à necessidade de um ambiente mais controlado.

⁷² Diretiva de planeamento operação “vacinação massiva”, de 14 de abril de 2021, da *Task Force*.

⁷³ O modelo A implicava 25 profissionais e o modelo B 11.

⁷⁴ Sobre esta matéria, refira-se o artigo 13º e 20º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 104/2021, de 27 de novembro, que previu o reforço das equipas de vacinação, com efeitos a 1 de dezembro de 2021, com duração até 31 de março de 2022.

⁷⁵ A título ilustrativo, a ARS Centro, referiu na sua resposta ao TdC ser “(...) impossível indicar, de forma exaustiva e absolutamente rigorosa, o número de profissionais envolvidos diretamente no processo de vacinação (...), porquanto este contou com a colaboração dos profissionais do mapa de pessoal, profissionais contratados e profissionais de outras unidades de saúde integradas no [SNS] em regime de trabalho extraordinário”. Adicionalmente, apenas uma minoria dos recursos cedidos esteve em exclusividade e as horas de trabalho evoluíram consoante as necessidades.

- teve na diminuição da atividade assistencial. Já a ARS Algarve referiu impactos apenas pontuais e só a ARS Alentejo indicou que a atividade assistencial não foi afetada⁷⁶.
122. Refira-se, que o artigo 13º e 20º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 104/2021, de 27 de novembro, previu o reforço das equipas de vacinação, com efeitos a 1 de dezembro de 2021, e duração até 31 de março de 2022⁷⁷.
123. Neste seguimento, foram celebrados 508 contratos de trabalho, 41,5% (211) dos quais na região de saúde do Norte e 36,2 % (184) na do Centro. Cerca de metade dos contratados eram enfermeiros (225; 50,2%), seguidos dos assistentes técnicos (132; 26,0%). Os médicos representavam apenas 1,8% de todas as contratações. A 31 de março de 2022, ainda se encontravam ativos 475 contratos (93,5%)⁷⁸.
124. Sobre o recrutamento e retenção de profissionais de saúde de modo a garantir capacidade de resposta a futuras emergências de saúde pública, o Ministério da Saúde, em sede de contraditório informou que o *“(…) novo Estatuto do SNS veio prever um regime excecional de contratação para os estabelecimentos e serviços do SNS, nos casos em que a insuficiência devidamente fundamentada de profissionais de saúde possa comprometer a prestação de cuidados de saúde, dotando os órgãos máximos de gestão dos referidos serviços da competência para a celebração de contratos de trabalho a termo resolutivo certo.”*
125. Os CVC eram planeados pelas ARS e coordenados pelos ACES e ULS, em articulação com autarquias e outros parceiros locais, tendo a DGS e a *Task Force* definido regras relativas à sua organização e funcionamento⁷⁹.
126. Os CVC ativos na área da responsabilidade de cada ARS variaram ao longo do tempo, em função da população a vacinar, da meta temporal relativa a cada fase de vacinação e ainda da disponibilidade de vacinas. Até 31 de março de 2022, foram abertos 417 CVC, que cobriam 95,7% dos concelhos do continente. Destes, 243 CVC ainda permaneciam ativos àquela data⁸⁰.
127. Como mostra o Gráfico 1, fevereiro de 2020 foi o mês com maior número de CVC abertos (209). Em setembro de 2021, houve um pico de encerramentos, com 49 CVC fechados, tendência que se manteve em outubro, pese embora, neste mês, o início da campanha de outono/inverno tenha determinado a reabertura ou abertura de novos CVC (46). Em termos médios, no período em análise, o número de CVC ativos, por mês, foi de 225, variando entre o mínimo de 5 verificado no mês de arranque e o máximo de 271, registado nos meses de maio e junho de 2021.

⁷⁶ Segundo a ARS LVT, o *“(…) processo não só impactou a diminuição de enfermeiros por turno, mas também a obrigatoriedade da presença médica nos CVC foi um entrave ao normal funcionamento das unidades de saúde, nomeadamente nos concelhos com menor densidade populacional”*.

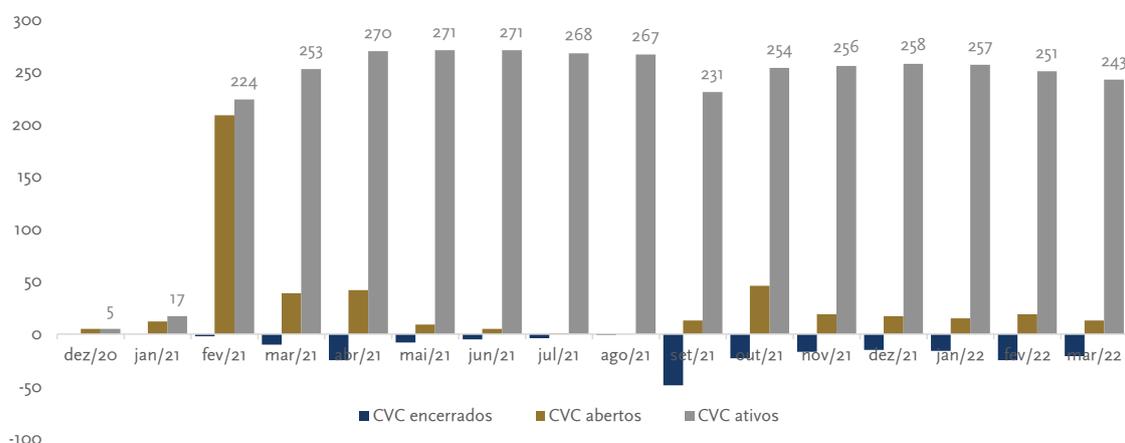
⁷⁷ Este diploma permitiu à Ministra da Saúde delegar, nos órgãos máximos de gestão dos serviços e estabelecimentos do SNS, a competência para autorizar a contratação de profissionais de saúde para a administração das vacinas. A contratação seria a termo resolutivo incerto, e apenas se poderia celebrar caso fosse *“(…) indispensável para fazer face a aumento excecional e temporário da atividade nos centros de vacinação”*. Cfr. artigo 13º e 20º, n.º 2, do [Decreto-Lei n.º 104/2021, de 27 de novembro](#); e [Despacho n.º 12156/2021, de 15 de dezembro](#), da Ministra da Saúde.

⁷⁸ Cfr. análise da informação transmitida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS).

⁷⁹ Nomeadamente, através da diretiva de planeamento operação “vacinação massiva”, de 14 de abril de 2021, da *Task Force* e da norma da DGS n.º 002/-2021, de 30 de janeiro de 2021 (Campanha de Vacinação COVID-19) e suas sucessivas alterações.

⁸⁰ Cfr. análise da informação transmitida pela DGS e pelas ARS.

Gráfico 1 – Número de CVC abertos, encerrados e ativos, em Portugal Continental, até 31 de março de 2022



Fonte: Elaboração própria com base em informação transmitida pela DGS.

Nota: Nos CVC abertos foram somadas as aberturas e reaberturas e nos CVC encerrados foram somados os encerramentos e os novos encerramentos após uma reabertura anterior. Para melhor leitura do gráfico, optou-se por afetar de sinal negativo o número total de encerramentos e de sinal positivo o número total de aberturas, refletindo o respetivo efeito sobre o número de CVC ativos.

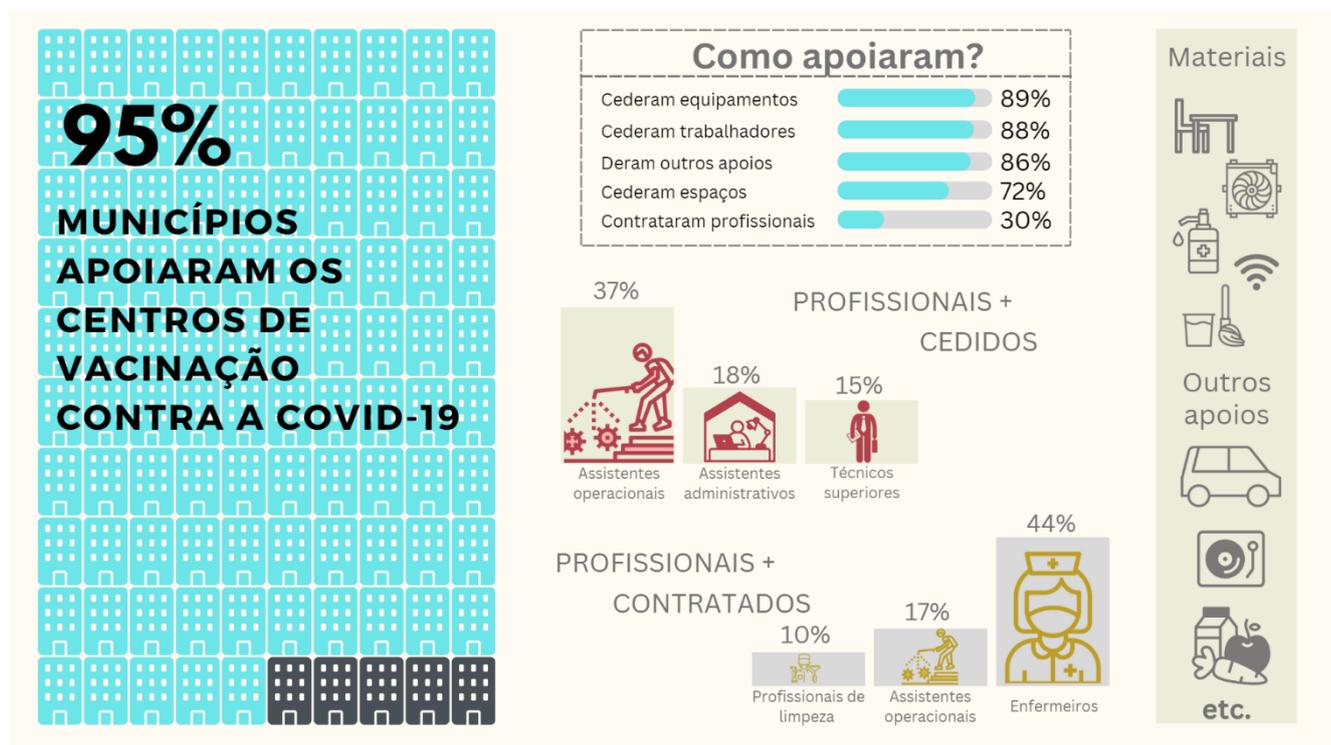
128. Embora não se tenha atingido o número de 280 CVC ativos por mês, estimados pela *Task Force* para conseguir um ritmo de vacinação diário de 100.000 doses, os 271 e os 268 CVC ativos nos meses de junho e julho de 2021, respetivamente, lograram conseguir esse objetivo (*vide* ponto 8.1).
129. Todas as ARS destacaram o papel central dos municípios no apoio aos CVC, tanto na cedência de espaços, como de materiais e/ou de recursos humanos. O inquérito realizado aos 278 municípios de Portugal Continental sobre o apoio prestado ao funcionamento dos CVC da sua área de influência, até 31 de março de 2022, confirma essa posição: 89,8% dos municípios tiveram pelo menos um CVC na sua área de influência e, daqueles, 95,1% afirmaram ter-lhes prestado algum tipo de apoio^{81 82}.
130. Os principais apoios prestados consistiram na cedência de profissionais dos quadros dos municípios, de equipamentos diversos e de material de limpeza e de desinfeção – prestados por mais de 65% dos municípios que prestaram algum tipo de apoio aos CVC – a par com outros tipos de apoios, com destaque para o transporte de utentes, efetuado por mais de 70% daquele universo de municípios (*vide* Figura 4).
131. De entre os profissionais mais cedidos pelos municípios, num total de 6.594, destacam-se, por categoria, os assistentes operacionais (2.463; 37%), seguidos dos assistentes administrativos (1.184; 18%) e dos técnicos superiores (1.008; 15%). Já no que se refere aos profissionais contratados, pelo menos 882, a categoria dos enfermeiros surge em primeiro lugar, (44% do total), logo depois os assistentes operacionais (17%) e por fim os profissionais de limpeza (10%).

⁸¹ No caso específico da ARS Norte, foram celebrados protocolos com sete municípios e respetivos ACES, que estabeleciam os encargos a suportar pelos municípios quanto à contratação de profissionais de saúde para a execução do plano de vacinação contra a COVID-19.

⁸² *Vide*

Anexo IV - Análise das respostas do inquérito aos municípios.

Figura 4 – Apoios dos municípios aos CVC da sua área de influência



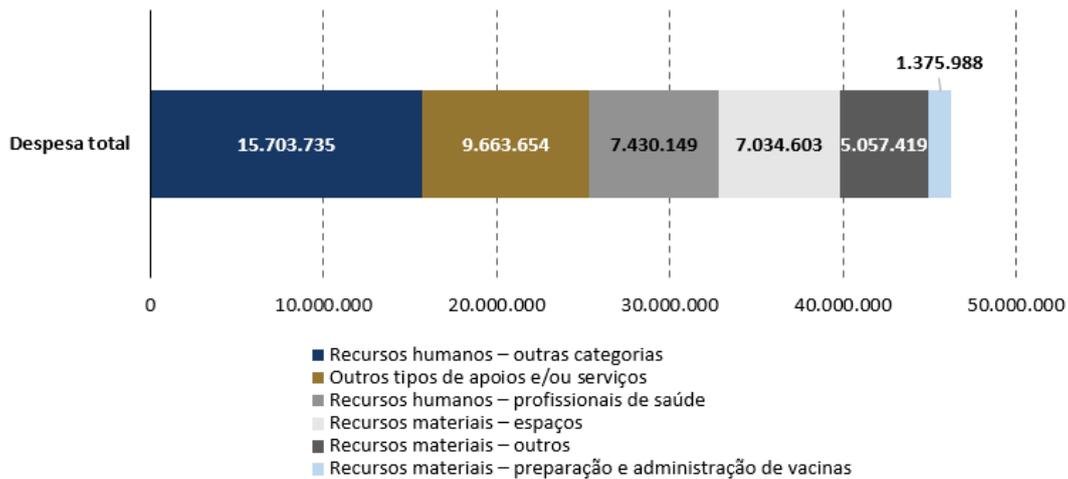
Fonte: Elaboração própria, com base na análise dos resultados do Inquérito aos municípios⁸³.

Notas: Percentagem de municípios no continente, que tendo CVC na sua área de influência, os apoiaram. Em relação aos profissionais cedidos e/ou contratados pelos municípios, especificamente, para os CVC, a informação solicitada respeitava ao número médio diário de profissionais, por categoria, pese embora não seja possível assegurar que todas as respostas recebidas tenham adotado idêntico critério.

132. No total, os municípios respondentes ao inquérito realizaram cerca de 46,3 milhões de euros de despesa com os CVC, durante o período em análise (*vide* Gráfico 2), dos quais cerca de 50% respeitaram a despesa com profissionais de saúde e com outros recursos humanos (23,1 milhões de euros). A segunda maior categoria de despesa, relativa a outros tipos de apoios e/ou serviços, totalizou 9,7 milhões de euros.

⁸³ Infográfico elaborado com recurso a alguns ícones licenciados como "[Creative Commons](#)", *vide* Índice de figuras.

Gráfico 2 – Despesa total realizada pelos municípios, por categoria, até 31-03-2022



Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos resultados do inquérito aos municípios sobre os apoios prestados aos CVC.

Nota: Em “outros tipos de apoios e/ou serviços” destaca-se a despesa com animação, lanches, ofertas, transporte e refeições para os recursos humanos afetos aos CVC.

7.4.2. Convocação e agendamento da vacinação

133. O processo de convocação e agendamento da vacinação sofreu alterações ao longo do tempo, combinando diferentes modalidades, de modo a maximizar, em cada local, a capacidade instalada, de acordo com os grupos etários alvo, e de acordo com a fase da campanha de vacinação a decorrer⁸⁴.
134. Assim, existiram três mecanismos de agendamento:
- O agendamento local, feito pelas autoridades locais, com recurso ao serviço de mensagens curtas (SMS) e a contactos telefónicos;
 - O agendamento central, cujas convocatórias eram realizadas pela SPMS, de forma autonomizada, mediante o envio de SMS confirmatórias;
 - O auto agendamento, em que os utentes podiam agendar a sua marcação através de página criada para o efeito, no Portal SNS 24.
135. O agendamento local foi usado, em determinados momentos, como método único e, noutros, como complemento ao agendamento central. Exigia mais meios humanos dos cuidados de saúde primários (CSP), assim como parcerias com os serviços dos municípios e da proteção civil municipal, e assentava na utilização do sistema de informação SClínico CSP, cujas debilidades várias exigiram a sua adaptação e atualização frequentes⁸⁵.
136. A identificação e convocação de utentes elegíveis para a vacinação, de acordo com os critérios definidos pela DGS, revelou-se difícil, em resultado de vários fatores, de que se destacam: (i) as sucessivas alterações à Norma 002/2021, de 30 de janeiro, da DGS; (ii) a falta de codificação de muitas doenças nos sistemas de informação clínicos; (iii) dados incorretos de muitos utentes incluídos nos grupos prioritários, profissionais de saúde ou trabalhadores das respostas sociais ou das escolas; e (iv) as dificuldades na perceção pública relativamente aos critérios de elegibilidade vigentes em cada fase do processo.

⁸⁴ Cfr. informações transmitidas pelas ARS.

⁸⁵ A Task Force considerava o sistema “(...) antiquado do ponto de vista tecnológico, assente em infraestruturas débeis, geridas ao nível das ARS”. Lições aprendidas: Coordenador da Task Force para a Vacinação.

137. Para o agendamento centralizado de utentes, foi desenvolvida e implementada a solução SClínico Central, tendo a SPMS realizado cerca de 7 milhões de agendamentos, de março a agosto de 2021.
138. Porém, a impossibilidade de convocar por SMS uma parte dos utentes, por falta de contacto válido na base de dados do Registo Nacional de Uteses (RNU), determinou a necessidade de sensibilizar a população para a importância de manter os contactos de saúde atualizados. Para esse efeito, foi criado o Formulário Atualização de Contactos, no Portal COVID-19. Este, até agosto de 2021, tinha recebido 188.513 pedidos de atualização de dados.
139. A qualidade de dados residentes no RNU dificultou ainda o funcionamento do Formulário Vacinação de Uteses por Fase, disponível no Portal COVID-19, e que tinha como objetivo informar o utente se estava incluído na Fase 1 do processo de vacinação e o número de telefone através do qual seria contactado. Não obstante, de 13 de fevereiro a 30 de agosto de 2021, aquele formulário foi submetido 1,9 milhões de vezes.
140. Entre fevereiro e agosto de 2021, foram enviadas 9,3 milhões de mensagens (SMS) de convocatória. A maioria teve resposta positiva (6,4 milhões de respostas; 68,3%), e só uma minoria respondeu negativamente (334.890; 3,6%). Os utentes que não respondiam à convocatória por SMS, ou que o faziam negativamente, eram contactados pelo SNS24 – Apoio aos utentes, que funcionou como um mecanismo redundante⁸⁶.
141. O auto agendamento foi essencial para a vacinação massiva, contudo, a inexistência de comunicação entre as bases de dados centrais e as bases de dados locais, provocou, numa fase inicial, sobreposição de agendas de vacinação e filas de espera. Para ultrapassar o problema, inicialmente, adotaram-se horários distintos para as agendas central e locais. Numa fase posterior, as duas agendas foram mantidas, mas sem separação horária, tendo, por fim, sido utilizada uma única agenda centralizada.
142. Foi igualmente dada formação à GNR, à PSP, à Associação Nacional de Freguesias e aos bombeiros da Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, de modo a poderem apoiar a população com iliteracia digital na realização do auto agendamento.
143. De abril a agosto de 2021, existiram 3,6 milhões de pedidos de agendamentos *online*, correspondentes a 2,8 milhões de utentes distintos.
144. Também existiu a modalidade de Casa Aberta, através da qual o utente podia deslocar-se ao ponto de vacinação sem marcação prévia. Esta aumentava a acessibilidade à vacinação e incentivava a adesão dos utentes, especialmente das faixas mais jovens e dos utentes retardatários. Em complemento, criou-se o sistema de senha digital e a plataforma Afluência, para gestão do fluxo de utentes nos CVC⁸⁷.
145. Quanto à organização dos espaços e gestão do fluxo de utentes, foi feita localmente, embora a *Task Force* tenha emitido orientações específicas nesta matéria. Assim, foram adotadas medidas como: a segregação da vacinação pediátrica dos menores de 12 anos; a atribuição de senhas, dando prioridade aos utentes com agendamento e a criação de filas distintas para não

⁸⁶ De março a 25 de agosto de 2021, foram realizados com sucesso 234.935 contactos telefónicos, que conseguiram converter à vacinação cerca de 107.271 dos contactados (45,7%). Adicionalmente, existiu também um Formulário “Carro Vassoura”, no Portal COVID-19, que permitia a inscrição de utentes elegíveis ainda não convocados. Este foi submetido 4.306 vezes, de 5 a 21 de abril de 2021.

⁸⁷ Para mais informações sobre estes instrumentos, vide Anexo VII – Sistemas de informação.

agendados; o ajustamento dos circuitos dos utentes, consoante a sua afluência; e a utilização de um sistema de “semáforos”, para analisar os tempos de espera, entre outras⁸⁸.

146. Questionadas as ARS acerca da existência e monitorização de indicadores relativos aos tempos de espera nos CVC, as respostas obtidas foram bastante diversas e maioritariamente qualitativas. Concluiu-se da sua análise que, de forma geral, não existiram mecanismos sistemáticos de monitorização de tempos de espera, salvo num período de tempo específico, associado à implementação do sistema de semáforos, desenvolvido pela SPMS.
147. Adicionalmente, foi ainda necessário dar resposta aos cidadãos sem Número Nacional de Utente, que, por esse motivo, não eram agendados. Para tal, foi criado, no Portal COVID-19, o Formulário Inscrição Utentes sem SNS. Até agosto de 2021, o mesmo tinha sido submetido 217.452 vezes.
148. Em síntese, e de forma transversal à *Task Force* e, mais tarde, ao NCAMS, as maiores dificuldades que se colocaram ao processo de convocação e agendamento da vacinação resultaram da ausência de comunicação entre as bases de dados de saúde locais e centrais, e da falta de qualidade dos dados residentes nas bases de dados de saúde existentes⁸⁹.
149. A este respeito, foram adotadas várias medidas visando melhorar a qualidade dos dados do RNU: (i) foi otimizado o processo de integração com o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO); (ii) tornou-se possível aos cidadãos atualizarem diretamente os seus contactos, através da Área Autenticada do Portal do SNS24, aos Balcões do SNS24, ou mesmo junto dos CVC; e (iii) foi criada a possibilidade de indicar contacto preferencial para efeitos de convocação, no contexto do Portal de Agendamento Online, destinado ao auto agendamento⁹⁰.

7.5. Sistemas de informação e gestão

150. O núcleo de coordenação da *Task Force* foi responsável por providenciar pelo desenvolvimento do processo informático de apoio à vacinação, em especial quanto ao registo e acompanhamento de resultados e à identificação de reações adversas, em estreita articulação e colaboração com a SPMS⁹¹.
151. Os sistemas de informação usados ao longo do processo de vacinação assentaram, maioritariamente, quer na adaptação de sistemas já existentes, aos quais foram acrescentadas novas funcionalidades, quer no desenvolvimento de sistemas específicos, de raiz. Apenas uma minoria dos sistemas usados foi fornecida por empresas privadas (*vide* Anexo VII – Sistemas de informação, para mais detalhe sobre os sistemas de informação usados).
152. No caso da operação logística, o SUCH optou por desenvolver soluções internas, que permitiam a recomendável rastreabilidade das vacinas: a Plataforma Vacinação COVID-19 *Tracker* e o Programa Informático *Manage Vacinas* (*vide* ponto 7.3). A monitorização da temperatura em armazém foi feita através da aplicação comercial *Captemp*. Referir, ainda, a implementação de dois algoritmos de otimização do transporte, ligados à validação das volumetrias a transportar,

⁸⁸ O sistema de “semáforos” desenvolvido permitia a consulta *online*, em tempo real, do estado de lotação de dado ponto de vacinação, usando código de cores para a sinalização do estado (verde, amarelo e vermelho).

⁸⁹ *Lições aprendidas: Coordenador da Task Force para a Vacinação; Vacinação Gripe / COVID-19: Relatório de revisão pós-ação. 29 setembro 2021 – 28 fevereiro 2022.*

⁹⁰ Cfr. informação prestada pela SPMS.

⁹¹ Cfr. ponto 4, alínea c), e 6, alínea e), do [Despacho n.º 11737/2020, de 26 de novembro, dos Ministros da Defesa Nacional e da Administração Interna e da Ministra da Saúde](#), depois alterado pelo [Despacho n.º 1448-A/2021, de 4 de fevereiro](#), e pelo [Despacho n.º 3906/2021, de 19 de abril](#), dos mesmos emitentes.

Cfr. *Plano Logístico de Vacinação COVID-19 - anotado*.

um deles otimizando a escolha dos veículos para cada rota, e o outro das caixas de transporte a utilizar.

153. Já a *Task Force* solicitou à SPMS o desenvolvimento e/ou adaptação de diversas soluções informáticas associadas à coordenação, gestão operacional e execução do processo de vacinação, de que se podem salientar:
- Na área do agendamento e convocação de utentes, a criação do sistema SClínico Central, que permitiu agendamentos centrais autonomizados, o Portal de Agendamento Online e o sistema de senhas digitais, para controlo do fluxo de utentes na modalidade da Casa Aberta;
 - Ferramentas como o SMS de convocatória, formulários no Portal COVID-19 e a plataforma de *e-learning* Sistema de Informação VACINAS – Capacitação dos Profissionais de Saúde;
 - Modificações a diversos sistemas já existentes, como o Sistema de Informação VACINAS e o *dashboard* BI Vacinas, que permitiam monitorizar as vacinas administradas;
 - Adição de funcionalidades ao sistema SClínico CSP, usado nos cuidados de saúde primários, permitindo a gestão de agendamentos e convocatórias pelas unidades locais, bem como, à Plataforma de Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM), que passou a permitir a emissão de declarações de elegibilidade do utente para a vacinação, pelos médicos assistentes.
154. Algumas das soluções criadas foram identificadas como relevantes para implementação em outros contextos, na área da saúde. Deste modo, o SMS de convocatória foi considerado útil para aplicação no âmbito de consultas médicas, de enfermagem, de rastreios e de vacinação. Já a nova funcionalidade de Agendamento e Convocatória do SClínico CSP poderá servir a execução do plano nacional de vacinação (PNV)⁹².
155. Nesta matéria, em sede de contraditório, a SPMS considerou que as funcionalidades, implementadas no processo de vacinação em massa, “(...) de registo e transcrição de vacinas, registo e consulta de quebras de vacinas, assim como o agendamento através dos canais do SNS24, (...) podem à data ser utilizados em outros âmbitos de atuação.”
156. Aliás, “(...) a ferramenta de envio de SMS’s, (...) encontra-se já a ser utilizada noutros âmbitos, nomeadamente, no envio de agendamento de consulta e respetiva recordatória para os utentes de alguns ACES do país.” Também “(...) o BI Vacinas, encontra se a ser trabalhada para que possa ser alargada a todas as vacinas do PNV (...).”
157. A integridade e fiabilidade dos dados relativos à administração de vacinas foi acompanhada pela SPMS, através dos módulos aplicativos *Dashboard* BI VACINAS e *Dashboard* Operacional, que permitiram a realização de ações de validação e de correção de dados.
158. No caso da monitorização da segurança e efetividade das vacinas, o INSA socorreu-se de sistemas já existentes, como seja o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), Bases de Dados de Morbilidade Hospitalar e o SICO. Utilizava igualmente o *Trace*-COVID-19, ferramenta criada em contexto pandémico para o acompanhamento de doentes em vigilância e autocuidados e depois adaptada para uso também ao nível do rastreio de contactos⁹³.

⁹² Cfr. informação prestada pela DGS.

⁹³ Cfr. informação prestada pelo INSA.

159. Quanto ao acompanhamento da execução operacional do plano logístico e suporte à tomada de decisão, estava previsto para esse efeito o desenvolvimento de um sistema de informação e gestão em tempo real. Este devia estar disponível via *web*, ser capaz de fornecer dados sintéticos, para uma visão global, e possuir sistemas de alarmes, para deteção de eventuais estrangulamentos ou falhas graves⁹⁴.
160. Contudo, este sistema não chegou a ser implementado. Assim, o tratamento da informação tida por relevante foi feito, alternativamente, de forma centralizada, tendo por base os contributos parcelares e fragmentados das diferentes entidades e/ou estruturas envolvidas nos processos a monitorizar. Estas eram responsáveis pela extração de dados dos seus sistemas e pelo seu envio para a estrutura de coordenação central, de acordo com os suportes, formatos e regularidade por ela definidos.
161. Em resultado, o acesso a dados por parte da *Task Force* conheceu constrangimentos e atrasos, mitigados, apenas em parte, pela possibilidade de aceder diretamente a um conjunto de plataformas e sistemas informáticos, para consulta e extração direta de dados e pela disponibilização, pela SPMS, de indicadores vários relativos ao processo de vacinação, resultantes de extrações de dados dos sistemas VACINAS, SClínico, RNU, *Trace* COVID-19 e PEM.
162. No contexto da coordenação do processo de vacinação, a *Task Force* identificou vários constrangimentos associados aos sistemas informáticos, realçando-se os seguintes:
- Ausência de um sistema integrado de gestão de existências ao nível das ARS, ACES e centros de saúde, resultando em informação fragmentada e incompleta, dificultando o controlo efetivo da disponibilidade de vacinas;
 - Desatualização de sistemas e equipamentos informáticos disponíveis nos CVC, acrescentando morosidade aos processos a desenvolver localmente, gerando demoras acrescidas e maiores tempos de espera;
 - Existência de utilizadores com capacidades informáticas limitadas, dificultando a utilização e interação com certas plataformas eletrónicas;
 - Inexistência de comunicação entre as bases de dados locais e centrais, levando à duplicação de informação e a dificuldades na sua partilha⁹⁵.
163. Relembre-se, aqui, que o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) português prevê 300 milhões de euros para a Transição Digital na Saúde, com o objetivo de aumentar a resiliência do SNS aos desafios atuais⁹⁶.
164. Sobre o PRR, em sede de contraditório, a SPMS salienta que o objetivo é disponibilizar, até 2024, “(...) um sistema único e integrado aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forma a assegurar a disponibilidade, a simplicidade, a mobilidade e a usabilidade dos Sistemas de Informação”. Objetivo também mencionado pelo Ministério da Saúde nas suas alegações.
165. A sua concretização implica o desenvolvimento de um vasto conjunto de medidas, designadamente:

⁹⁴ Sistema de Gestão do Processo Logístico (SGPL).

⁹⁵ Lições aprendidas: Coordenador da *Task Force* para a Vacinação.

⁹⁶ Cfr. Componente 1, da dimensão resiliência, do [Plano de Recuperação e Resiliência](#).

- *“Sistema transversal, único e integrado dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados”;*
 - *“Substituição dos sistemas de informação, atualmente disponíveis nos Cuidados de Saúde”;*
 - *“Reforço da portabilidade da informação e da integração entre sistemas de informação garantindo a disponibilidade multicanal e o acesso mobile”;*
 - *“Reforço da partilha e agregação de informação sobre o processo clínico do utente, em todos e de todos os planos de cuidados de saúde”;*
 - *“Desburocratização de processos e atos administrativos que, atualmente, são assegurados pelos profissionais clínicos”;*
 - *“Metodologias de agregação da informação, distribuída e organizada por perfis de acesso, mas centralizada nos sistemas de informação core”;*
 - *“Módulos que potenciem a partilha de informação e o conhecimento entre os diferentes atores do sistema”;*
 - *“Sistemas de Informação Clínica que garantam a adoção de mecanismos de interoperabilidade, técnica e semântica”.*
166. Adicionalmente, refere ainda que *“(…) a SPMS encontra-se a desenvolver um conjunto vasto de projetos, onde se inclui: a preparação de uma framework conceptual de Sistemas de Informação integrado para os cuidados de saúde primário, cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde continuados integrados; a substituição dos sistemas de informação dos cuidados de saúde primários, (...); a substituição dos sistemas de informação dos cuidados continuados integrados, bem como a componente administrativa e de gestão hospitalar, componente clínica dos sistemas de informação dos cuidados de saúde hospitalares.”*
167. Além de estar também a *“(…) desenvolver uma nova plataforma central para o registo de vacinas”.*

7.6. Plano de comunicação para a campanha de vacinação

168. De acordo com as recomendações internacionais, os planos de comunicação constituíam um dos elementos-chave para uma implementação bem-sucedida do processo de vacinação, na medida em que uma boa estratégia de comunicação podia contribuir para aumentar a adesão à vacinação e ajudar a lidar com possíveis hesitações por parte da população⁹⁷.
169. Aquando da constituição da *Task Force*, estabeleceu-se que esta devia produzir um plano de comunicação aos cidadãos, no prazo de 30 dias. Como tal, foi criado, no seio daquela estrutura, o Grupo de Apoio à Comunicação, cujas funções principais consistiam na comunicação do processo de vacinação, adequando-a aos diferentes públicos-alvo e às diversas fases do processo, em articulação com a tutela da Saúde⁹⁸.
170. Da mesma forma, quando se criou o Núcleo Coordenador de Apoio ao Ministério da Saúde (NCAMS), também este devia elaborar um plano de comunicação dirigido aos cidadãos, sob a

⁹⁷ ECDC (2020). *Key aspects regarding the introduction and prioritization of COVID-19 vaccination in the EU/EEA and the UK*. 26 de outubro de 2020. Estocolmo: ECDC.

⁹⁸ Cfr. ponto 3.3, do [Despacho n.º 11737/2020, de 26 de novembro, dos Ministros da Defesa Nacional e da Administração Interna e da Ministra da Saúde](#), depois alterado pelo [Despacho n.º 1448-A/2021, de 4 de fevereiro](#), e pelo [Despacho n.º 3906/2021, de 19 de abril](#), dos mesmos emitentes.

liderança do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, a fim de disponibilizar informação objetiva, clara e transparente acerca do processo de vacinação⁹⁹.

171. Em conformidade, o Plano de Vacinação contra a COVID-19 em Portugal, apresentado pela *Task Force*, a 3 de dezembro de 2020, incluía um plano de comunicação. Este apresentava diversos públicos-alvo, como profissionais de saúde, entidades envolvidas no processo de vacinação, órgãos de comunicação social, responsáveis políticos, a população em geral, entre outros, e tinha os seguintes objetivos gerais:
- Criar confiança na população relativamente às vacinas, promovendo a sua aceitação;
 - Reforçar a literacia em saúde no âmbito da vacinação, com informação transparente, fidedigna e regular;
 - Lutar contra a desinformação e as notícias falsas, bem como responder aos grupos anti vacinação;
 - Incentivar a comunicação interna e interinstitucional na área da vacinação;
 - Assegurar fluidez e tempestividade na comunicação com os profissionais de saúde;
 - Avaliar e monitorizar, continuamente, a perceção pública quanto às vacinas e as barreiras à vacinação.
172. Em linha com as recomendações internacionais, o plano de vacinação previa que o plano de comunicação fosse articulado com os diferentes intervenientes, de modo a assegurar uma comunicação coerente e consistente. Entre os diversos interlocutores devia-se preparar e testar a comunicação, promovendo a sua participação. As mensagens a transmitir, tanto antes, como durante e depois das campanhas de vacinação, deviam pautar-se pela clareza e simplicidade, de modo a gerar empatia e confiança no processo, sendo ajustadas aos públicos-alvo visados.
173. Deste modo, estava prevista uma linha de informação ao público, uma linha de apoio a profissionais de saúde e, ainda, a criação de materiais de comunicação interna e de uma plataforma agregadora de informação, especificamente para estes profissionais. Também se antevia uma vertente de relações públicas, com, entre outros, a realização de entrevistas, a presença em programas de informação e de “*daytime*”¹⁰⁰, artigos de opinião, comunicados e encontros com os órgãos de comunicação social para esclarecimentos e divulgação de informação especializada.
174. No caso do NCAMS, apesar de previsto, não foi elaborado nenhum plano de comunicação. Pese embora tenham sido concretizadas inúmeras ações de comunicação, a diversos níveis, por parte dos diferentes intervenientes diretos no processo de vacinação contra a gripe sazonal e a COVID-19, no outono/inverno de 2021-2022, designadamente ao nível dos vários serviços do Ministério da Saúde envolvidos.
175. A inexistência de um plano de comunicação, para estas fases de vacinação de reforço, vacinação das crianças e administração simultânea com a vacina contra a gripe, pode ter sido um dos fatores que concorreram para uma menor adesão à vacinação, nomeadamente no que toca às doses de reforço, por comparação com a adesão verificada ao esquema de vacinação inicial (cfr. ponto 8.1).

⁹⁹ Cfr. ponto 6, alínea d), e ponto 11, alínea c), do [Despacho 11944/2021](#), de 23 de novembro, do Ministro da Defesa Nacional e da Ministra da Saúde, publicado a 3 de dezembro.

¹⁰⁰ Programas de televisão exibidos durante o dia, fora do horário nobre.

7.7. Monitorização da segurança e efetividade das vacinas

176. Os países deveriam prever nas suas estratégias de vacinação contra a COVID-19 a realização de estudos sobre a eficácia e a segurança das vacinas¹⁰¹. No Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal ficou estabelecido que o Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), acompanharia os resultados da vacinação e identificaria as possíveis reações adversas.
177. Em paralelo, foram desenvolvidos estudos de seguimento clínico para medição e monitorização da resposta imunitária em resultado da vacinação, tanto a nível nacional, quanto integrados em estudos de âmbito europeu, com vista a uma monitorização mais completa e efetiva.
178. O INFARMED, como coordenador do SNF, foi responsável pela supervisão da qualidade das vacinas, efetuando ainda a sua farmacovigilância, em articulação com a agência europeia do medicamento (*European Medicines Agency* - EMA). Por sua vez, o INSA teve a seu cargo a avaliação de efetividade das vacinas, em linha com o que já acontecia no âmbito do Programa Nacional de Vacinação (PNV)^{102 103}.

7.7.1. Monitorização da segurança

179. A monitorização da segurança das vacinas utilizou o mecanismo europeu já existente, de relato habitual de reações adversas em contexto de vacinação – o Sistema Europeu de Farmacovigilância (SEF). Este articulou-se com os sistemas nacionais de farmacovigilância dos Estados, seguindo o estabelecido no Plano de Farmacovigilância da Rede de Reguladores da UE para as Vacinas Contra a COVID-19 (Plano de Farmacovigilância), publicado pela EMA, em novembro de 2020¹⁰⁴.
180. Neste contexto, competia ao INFARMED receber e tratar as suspeitas de reações adversas às vacinas contra a COVID-19 (cuja notificação imediata era obrigatória para os profissionais de saúde), procedendo ao seu posterior envio para a base de dados europeia *EudraVigilance*, gerida pela EMA. Nesta era feita a identificação de potenciais problemas de segurança. Seguiu-se, depois, a análise donexo causal entre aqueles e a administração de vacinas.
181. Os resultados relativos a Portugal eram publicados no Relatório de Farmacovigilância: Monitorização da Segurança das Vacinas Contra a COVID-19, pelo INFARMED, no seu sítio institucional¹⁰⁵.
182. Como se pode observar no Quadro 4, o número cumulativo de casos de reações adversas a medicamentos (RAM) foi aumentando ao longo do tempo, em linha com o aumento do número de doses administradas. O número de casos de RAM por 1.000 vacinas administradas manteve-se, contudo, estável, com o valor de 1, salvo quanto aos dados extraídos a 30 de setembro de 2022, em que foi de 1,5. Este aumento decorreu de questões operacionais,

¹⁰¹ ECDC (2020). [Key aspects regarding the introduction and prioritization of COVID-19 vaccination in the EU/EEA and the UK](#). 26 de outubro de 2020. Estocolmo: ECDC.

Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho. [Preparação para as estratégias de vacinação contra a COVID-19 e a disponibilização das vacinas](#). Bruxelas, 15.10.2020 COM (2020) 680 final

¹⁰² O SNF visa a “recolha sistemática de informações sobre os riscos dos medicamentos para os doentes ou para a saúde pública, principalmente no que respeita a reações adversas”, além da sua avaliação científica e ponderação de medidas de segurança para prevenção ou minimização de riscos, entre outros objetivos. Cfr. artigo 166º, do [Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, na versão atual](#).

¹⁰³ Cfr. *Task Force* (2021). [Plano de Vacinação contra a COVID-19 em Portugal atualizado a 28 de janeiro de 2021](#); artigo 3º, n.º 1, alínea e) e f), da [Portaria n.º 248/2017, de 4 de agosto](#). A governação do Programa Nacional de Vacinação aplica-se ao Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19, através do artigo 4º, da [Portaria n.º 298-B/2020, de 23 de dezembro](#).

¹⁰⁴ EMA (2020). [Pharmacovigilance Plan of the EU Regulatory Network for COVID-19 Vaccines. EMA/333964/2020](#)

ECDC (2020). [Key aspects regarding the introduction and prioritization of COVID-19 vaccination in the EU/EEA and the UK](#). 26 de outubro de 2020. Estocolmo: ECDC.

¹⁰⁵ INFARMED. [Vacinas COVID-19](#).

associadas ao processamento de notificações acumuladas, relativas a notificações de casos não graves e já conhecidos¹⁰⁶.

183. Relativamente ao número de casos graves por 1.000 vacinas administradas, verificou-se uma diminuição – se nas extrações feitas a 21 de outubro e a 30 de dezembro de 2021, este valor era de 0,4, nas extrações posteriores passou para 0,3.

Quadro 4 - Número cumulativo de casos de RAM

Data da extração de dados	out/21	dez/21	jan/22	fev/22	mar/22	mai/22	jul/22	set/22
Nr.º de vacinas administradas	16.246.592	19.648.216	22.173.522	23.468.697	23.667.634	24.109.614	24.810.611	25.600.892
Nr.º de casos de RAM	18.155	21.595	22.387	22.927	24.144	24.624	25.828	38.800
Nr.º de casos de RAM por 1000 vacinas administradas	1	1	1	1	1	1	1	1,5
Nr.º de casos graves de RAM	6.475	6.939	7.164	7.285	7.791	7.956	8.107	8.293
Nr.º de casos graves de RAM por 1.000 vacinas administradas	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Fonte: Adaptado de INFARMED (2022). *Relatórios de Farmacovigilância: Monitorização da Segurança das Vacinas Contra a COVID-19 em Portugal*. Dados recebidos: até 28 de fevereiro de 2022, até 31 de julho de 2022 e até 30 de setembro de 2022.

Nota: O número de vacinas administradas foi facultado ao INFARMED pela DGS. Dados referentes a extrações no final de cada mês.

184. A 30 de setembro de 2022, os casos de RAM classificados como graves correspondiam a apenas a 21,4% (8.293), num total de 38.800 casos e, daqueles, apenas um número muito reduzido dizia respeito a casos de risco de vida ou de morte, correspondendo a 0,8% e a 0,4% do total dos casos de RAM notificados, respetivamente (*vide* Quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição dos casos graves de RAM

Casos classificados como graves	Número	% do total de RAM
Clinicamente importante	4.980	12,80%
Incapacidade	1.997	5,10%
Hospitalização	878	2,30%
Risco de vida	302	0,80%
Morte	136	0,40%
Total	8.293	21,4%

Fonte: Adaptado de INFARMED (2022). *Relatório de Farmacovigilância: Monitorização da Segurança das Vacinas Contra a COVID-19 em Portugal*. Dados recebidos até 30 de setembro de 2022.

Nota: Dados extraídos a 30 de setembro de 2022.

¹⁰⁶ Uma vez que no início da campanha de vacinação havia a perspetiva de as Agências Nacionais do Medicamento da Europa não terem capacidade para processar todas as notificações em tempo útil, foi estabelecido “(...) um protocolo de assistência da EMA às diferentes Agências no sentido de esta processar algumas notificações de casos não graves e já conhecidos”. A EMA atuaria de forma faseada, processando as notificações portuguesas (cerca de 10.000) nos meses de julho e agosto de 2022. O INFARMED realça que “(...) todas estas notificações (...) foram alvo de processamento e triagem por parte do INFARMED e das Unidades Regionais de Farmacovigilância, no sentido de garantir que todas se tratavam de eventos indesejáveis não graves e já conhecidos para as diferentes vacinas”. INFARMED (2022). *Relatório de Farmacovigilância: Monitorização da Segurança das Vacinas Contra a COVID-19 em Portugal*. Dados recebidos até 30/09/2022.

Quadro 6 - Distribuição dos casos de RAM por grupo etário

Grupo etário (em anos)	Casos graves	Casos não graves	Número de vacinas administradas	Número de RAM por 1.000 vacinas administradas
5 aos 11	50	75	615.278	0,2
12 aos 17	123	145	1.167.817	0,2
18 aos 24	456	1.424	1.658.453	1,1
25 aos 49	3.850	16.542	8.166.637	2,5
50 aos 64	1.829	6.996	6.037.971	1,5
65 aos 79	1.100	2.600	5.140.273	0,7
≥ 80	497	572	2.814.403	0,4
Desconhecido	373	2.120	N.A.	N.A.

Fonte: INFARMED (2022). *Relatório de Farmacovigilância: Monitorização da Segurança das Vacinas Contra a COVID-19 em Portugal. Dados recebidos até 30 de setembro de 2022.*

Nota: Dados extraídos a 30 de setembro de 2022. O número de vacinas administradas foi facultado ao INFARMED pela DGS.

185. No Quadro 6, verifica-se que os casos de RAM notificados se concentraram sobretudo nas pessoas em idade ativa¹⁰⁷.

186. Observando os dados divulgados pela EMA, para a UE e o Espaço Económico Europeu (EEE), com base na situação a 11 de setembro de 2022, verificamos que foram notificados 1,5 milhões de casos de RAM, em 911,7 milhões de doses de vacinas administradas. Isto representa 1,7 casos por cada mil vacinas administradas, um número superior aos 1,5 casos obtidos em Portugal (*vide* Quadro 7). Contudo, esta diferença pode resultar de fatores externos à vacinação, como seja, por exemplo, uma maior predisposição a reportar suspeitas de RAM noutros países.

187. De referir que a EMA continuará a monitorizar e avaliar periodicamente a segurança das vacinas, à semelhança dos procedimentos adotados para todos os medicamentos aprovados para comercialização e uso na UE¹⁰⁸.

Quadro 7 – RAM notificadas na UE/EEE e em Portugal, em setembro de 2022

Território	Vacinas administradas	RAM	RAM por 1.000 vacinas administradas
UE/EEE	911 671 000	1 546 165	1,7
Portugal	25 600 892	38 800	1,5

Fonte: Adaptado de EMA (2022). *COVID-19 vaccines safety, versão de 8 de novembro*; e de INFARMED (2022). *Relatório de Farmacovigilância: Monitorização da Segurança das Vacinas Contra a COVID-19 em Portugal. Dados recebidos até 30 de setembro de 2022.*

Nota: Dados da UE/EEE de 11 de setembro de 2022, dados portugueses extraídos a 30 de setembro de 2022.

188. Globalmente, o INFARMED classificou os casos reportados de suspeitas de reações adversas associados às vacinas como “pouco frequentes”, o que assume particular relevância no contexto em que foi negociada a aquisição de vacinas a nível europeu. Como referido no Ponto 5, os Estados-Membros assumiram a responsabilidade pelas indemnizações a terceiros

¹⁰⁷ As RAM notificadas com maior frequência são dor no local de injeção, dor de cabeça, dor muscular, febre, fadiga, arrepios, inchaço no local de vacinação, entre outras. O INFARMED considera que “(...) enquadram-se no perfil reatogénico comum de qualquer vacina, (...) tendo sido detetadas ainda na fase de ensaios clínicos e descritas na informação destas vacinas”. INFARMED (2022). *Relatório de Farmacovigilância: Monitorização da Segurança das Vacinas Contra a COVID-19 em Portugal. Dados recebidos até 30 de setembro de 2022.*

¹⁰⁸ *Vide* EMA (2022). *COVID-19 vaccines safety update. 8 December 2022.*

decorrentes de reações adversas associadas ao uso das vacinas, logo uma menor incidência das mesmas minimiza o risco potencial de litigância^{109 110}.

189. Adicionalmente, aquela entidade contribuiu também para garantir a segurança das vacinas, através do acompanhamento e fiscalização das suas condições de receção, armazenamento, expedição e transporte. Neste âmbito, realizou um total de 36 inspeções no armazém central do SUCH, com periodicidade semanal, entre 26 de dezembro de 2020 e 9 de agosto de 2021, por forma a assegurar a correta definição e implementação de procedimentos¹¹¹.
190. Ao nível das ARS, foram realizadas cinco inspeções, durante o mês de março de 2021, com foco nos circuitos de distribuição e condições de conservação, tanto nas ARS como nos pontos de vacinação. Cada ARS foi notificada dos resultados, com a solicitação de um Plano de Medidas Corretivas.

7.7.2. Monitorização da efetividade

191. O INSA foi responsável pelo desenho e implementação de diversos estudos epidemiológicos, de modo a estimar e monitorizar a efetividade das vacinas no país¹¹². Estes visavam populações-alvo específicas ou tinham como objetivo a mensuração da efetividade das vacinas relativamente a diferentes formas e gravidade da doença COVID-19, considerando o número de doses e o tipo de vacinas administradas, bem como o tempo decorrido desde a vacinação.
192. Alguns destes estudos foram realizados em parceria ou através de acordos com outras entidades, nomeadamente a DGS, ACSS, SPMS, unidades de CSP e CSH do SNS, a Marinha Portuguesa e entidades académicas e de investigação na área da saúde.
193. A 22 de agosto de 2022, aquele Instituto tinha concluído ou ainda a decorrer sete estudos de efetividade implementados em Portugal. Destes, quatro contaram com financiamento externo, de programas europeus ou do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (European Center for Disease Prevention and Control – ECDC)
194. Cumprindo com o princípio da transparência, preconizado pela OMS, os resultados dos estudos realizados foram divulgados, utilizando para o efeito diferentes instrumentos (reuniões técnicas e científicas, relatórios e artigos científicos, entre outros).
195. Os resultados dos estudos do INSA sobre a efetividade das vacinas, em Portugal, foram sendo publicados nos Relatórios de Monitorização das Linhas Vermelhas. De notar que houve uma evolução daqueles resultados à medida que mais evidência era recolhida, com o alargamento da vacinação a mais grupos populacionais.
196. Assim, no relatório publicado em setembro de 2021, o INSA estimava que a efetividade das vacinas na diminuição das hospitalizações e dos óbitos associados à COVID-19, na população com 65 anos ou mais, fosse elevada (superior a 80%)¹¹³. Posteriormente, nos resultados divulgados em novembro do mesmo ano, esta efetividade elevada confirmou-se também na

¹⁰⁹ *Ibidem*.

¹¹⁰ Redação reformulada para adicional clarificação, em consideração da pronúncia do INFARMED, em sede de contraditório.

¹¹¹ Cfr. informação prestada pelo INFARMED.

¹¹² A efetividade das vacinas diz respeito ao risco reduzido de infeção ou doença nas pessoas vacinadas em condições reais (divergindo do conceito de eficácia, aplicável à redução daqueles riscos em pessoas vacinadas em ambientes controlados, como sucede nos ensaios clínicos que antecedem autorizações de introdução de mercado). Na sua avaliação são usados estudos de observação e utilizados indicadores relativos aos sintomas da doença e à severidade da mesma, aos óbitos, às infeções e à sua transmissão. OMS (2021). [Evaluation of COVID-19 Vaccine Effectiveness. INTERIM GUIDANCE](#) (17 de março de 2021).

¹¹³ Com base na análise do período de fevereiro a agosto de 2021. Cfr. DGS & INSA (2021). [Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19 | Relatório nº 25 – 17 de setembro de 2021](#).

restante população, com 30 anos ou mais. Já na redução da infeção sintomática, a efetividade da vacina surgia como moderada (superior a 50%), conforme Quadro 8.

Quadro 8 - Efetividade das vacinas contra COVID-19 na população com 30 ou mais anos, a outubro de 2021

Grupo etário	Resultado	Efetividade (%)	IC95 (%)
30-49 anos	Infeção sintomática	59	58 a 60
	Hospitalização	90	86 a 93
	Óbito	100	100 a 100
50-64 anos	Infeção sintomática	58	56 a 60
	Hospitalização	93	91 a 95
	Óbito	96	92 a 98
65-79 anos	Infeção sintomática	57	53 a 60
	Hospitalização	92	91 a 94
	Óbito	94	92 a 96
≥80 anos	Infeção sintomática	53	44 a 60
	Hospitalização	77	70 a 82
	Óbito	77	72 a 82

Fonte: DGS & INSA (2021). [Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19 | Relatório nº 34 – 19 de novembro de 2021.](#)

Nota: IC95 – intervalo de confiança a 95%. Dados até 24 de outubro de 2021, atualizados a 19 de novembro de 2021.

197. Em maio de 2022, confirmava-se que a primeira dose de reforço na população com 65 anos ou mais tinha uma efetividade elevada na redução dos óbitos (87%) e das hospitalizações associadas à doença (94%). No caso das pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, a efetividade na prevenção das hospitalizações era apenas moderada (57%)¹¹⁴.
198. Todavia, no relatório publicado em julho de 2022, os estudos realizados sugeriam já uma elevada efetividade da dose de reforço contra a hospitalização, para todas as faixas etárias da população com 18 anos ou mais, com valores genericamente superiores ou muito próximo dos 80%¹¹⁵.
199. O INSA fez também um estudo usando dados preliminares relativos à presença de anticorpos nos profissionais de saúde do próprio Instituto. Concluiu que a primeira dose gerava resposta imunológica, embora a segunda dose fosse essencial para a robustez da mesma. Adicionalmente, a presença de anticorpos era significativamente maior nos indivíduos vacinados, depois de uma ou duas doses, por comparação com indivíduos que haviam desenvolvido resposta imunitária depois de uma infeção prévia¹¹⁶.
200. Outros estudos europeus, em que Portugal participou, também demonstraram a efetividade das vacinas, na população com 65 anos ou mais¹¹⁷.

¹¹⁴ DGS & INSA (2022). [Relatório de Monitorização da Situação Epidemiológica da COVID-19 - Relatório nº10 – 18 de maio de 2022.](#)

¹¹⁵ DGS & INSA (2022). [Relatório de Monitorização da Situação Epidemiológica da COVID-19 - Relatório nº19 – 20 de julho de 2022.](#)

¹¹⁶ Guiomar R, Santos AJ, Melo AM, Costa I, Matos R, Rodrigues AP, Kislaya I, Silva AS, Roque C, Nunes C, Aguiar J, Graça F, Silva Graça A, Machado A. [Monitoring of SARS-CoV-2 Specific Antibodies after Vaccination.](#) Vaccines (Basel). 20 de Janeiro de 2022;10(2):154. doi: 10.3390/vaccines10020154. PMID: 35214613; PMCID: PMC8880181

¹¹⁷ Kissling E, Hooiveld M, Sandonis M V, Martínez-Baz I, William N, Vilcu A M, Mazagatos C, Domegan L, de Lusignan S, Meijer A, Machado A, Brytting M, Casado I, Murray Josephine-L K., Belhillil S, Larrauri A, O'Donnell J, Tsang R, de Lange M, *et al*, I-MOVE-COVID-

201. Em síntese, os resultados obtidos permitiram concluir pela elevada efetividade das vacinas na prevenção de hospitalizações e óbitos associados à doença, em toda a população com 30 anos ou mais, com o esquema primário completo. Contudo, a proteção contra a infeção sintomática era apenas moderada. No caso dos maiores de 65 anos, a dose de reforço resultava em maior proteção na prevenção da hospitalização.
202. Estas evidências sustentam os resultados apurados nos indicadores de impacto sobre os efeitos da doença e prevenção da sobrecarga do SNS, apresentados no ponto 8.2.

8. Resultados atingidos

8.1. Objetivos e indicadores sobre a vacinação

203. O processo de vacinação contra a COVID-19 iniciou-se, em Portugal, a 27 de dezembro de 2020. Conforme descrito no Parecer sobre Estratégia Vacinal e Grupos Prioritários, os objetivos esperados para este processo prendiam-se com ¹¹⁸:
- A redução da mortalidade e dos internamentos por COVID-19;
 - O controlo dos surtos, em especial nas populações mais vulneráveis;
 - A minimização do impacto da doença no sistema de saúde e na sociedade.
204. De acordo com o Plano de Vacinação COVID-19, definiu-se também, a nível nacional, o objetivo de vacinar 80% da população com mais de 80 anos, até 31 de março de 2021. Adicionalmente, e como já referido no ponto 7.4, a *Task Force*, definiu como metas: (i) vacinar a um ritmo superior a um milhão e meio de habitantes por mês, havendo disponibilidade de vacinas para tal; e (ii) vacinar a um ritmo igual ou superior ao ritmo dos restantes países europeus.
205. A CE estabeleceu, ainda, como meta para os Estados-Membros, a vacinação de pelo menos 70% da população adulta, até ao verão de 2021, com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade e de hospitalização associadas à COVID-19, permitindo aliviar a pressão sobre os sistemas de saúde¹¹⁹.
206. De acordo com os dados constantes do sistema VACINAS, apresentados nos gráficos seguintes, tinham sido administradas 23,7 milhões de doses de vacinas em todo o país, até 31 de março de 2022¹²⁰. A esta data, cerca de 74,9% das doses de vacinas recebidas já tinham sido administradas^{121 122}.

19 primary care study team. (2021) [Vaccine effectiveness against symptomatic SARS-CoV-2 infection in adults aged 65 years and older in primary care: I-MOVE-COVID-19 project, Europe, December 2020 to May 2021](#). Euro Surveill. 2021;26(29):pii=2100670.

Sentís A, Kislaya I, Nicolay N, Meijerink H, Starrfelt J, Martínez-Baz I, Castilla J, Nielsen KF, Hansen CH, Emborg HD, Nardone A, Derrough T, Valenciano M, Nunes B, Monge S; VEBIS-Lot4 working group. [Estimation of COVID-19 vaccine effectiveness against hospitalisation in individuals aged ≥ 65 years using electronic health registries; a pilot study in four EU/EEA countries, October 2021 to March 2022](#). Euro Surveill. julho de 2022;27(30). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2022.27.30.2200551. PMID: 35904059.

¹¹⁸ Comissão Técnica de Vacinação contra a COVID-19 (2021). [Efetividade e Cobertura Vacinal – Impacto da Vacinação contra a COVID-19 nas Medidas de Saúde Pública](#). Junho de 2021.

Comissão Técnica de Vacinação contra a COVID-19 (2020). [Parecer sobre Estratégia Vacinal e Grupos Prioritários](#). Dezembro de 2020.

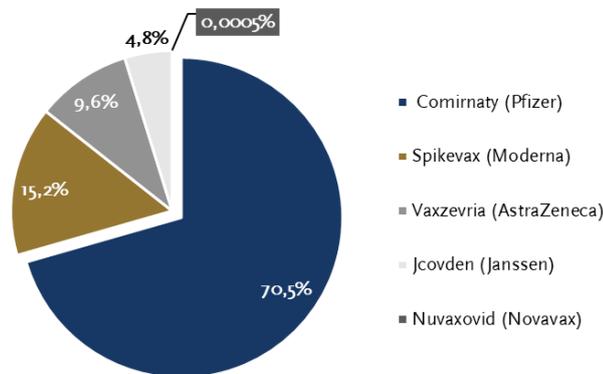
¹¹⁹ Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho Europeu e ao Conselho. [Uma frente unida para vencer a COVID-19](#). Bruxelas, 19.1.2021 COM (2021) 35 final.

¹²⁰ Das quais 22.624.980 doses foram administradas nas cinco ARS de Portugal Continental.

¹²¹ Cálculo efetuado com base nos dados sobre doses de vacinas recebidas até 31 de março de 2022, enviados pela DGS, por correio eletrónico, a 2 de março de 2023.

¹²² Os dados do sistema VACINAS constam dos ficheiros enviados pela DGS, a 27 de agosto de 2022.

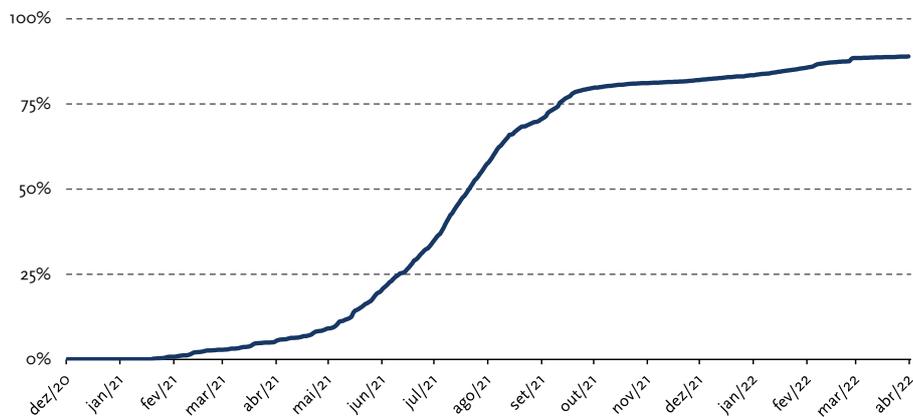
Gráfico 3 – Doses de vacinas administradas, em Portugal, por marca, até 31-03-2022 (em % do total)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do sistema VACINAS.

207. Como se verifica no Gráfico 3, a vacina Comirnaty (*Pfizer*) correspondeu a cerca de 70,5% de todas as doses de vacinas administradas até ao final do período em análise. As vacinas Spikevax (*Moderna*), Vaxzevria (*AstraZeneca*) e Jcovden (*Janssen*), no seu conjunto, representaram cerca de 29,5% daquele total. As doses administradas da marca Nuvaxovid foram marginais.

Gráfico 4 – Taxa de vacinação, a nível nacional, entre 01-12-2020 e 31-03-2022 (por esquema inicial de vacinação completo)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do sistema VACINAS.

208. À data-limite do período em análise, existiam em Portugal 9,5 milhões de utentes com o esquema inicial de vacinação completo (i.e., com duas doses de vacina tomadas, salvo no caso da vacina *Janssen*, de dose única), o que correspondia a 92,4% do total da população residente no país¹²³ ¹²⁴.

209. No Gráfico 4, verifica-se que o processo de vacinação começou a um ritmo lento, crescendo substancialmente a partir de abril de 2021. No final de março de 2021, apenas cerca de 36,4% da população com 80 anos ou mais tinha sido vacinada com o esquema inicial completo, valor

¹²³ Como esquema inicial de vacinação completo considera-se a toma de duas doses da vacina, exceto no caso da vacina *Jcovden* (*Janssen*), de dose única.

¹²⁴ Quociente entre o número de utentes registados no sistema VACINAS como tendo o esquema inicial completo, e a [população residente em Portugal, estimada a 31 de dezembro de 2020](#), pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

bastante abaixo do objetivo de 80% definido no Plano de Vacinação COVID-19, para aquela data.

210. Tal deveu-se ao atraso registado na entrega de vacinas face às expectativas iniciais, prejudicando a escala e o ritmo do processo de vacinação, no primeiro semestre de 2021¹²⁵. No entanto, cerca de um mês depois, a 30 de abril, o atraso inicial tinha sido recuperado e aproximadamente 81,8% da população com 80 ou mais anos já possuía o esquema inicial completo.
211. Em agosto de 2021, foi atingida a taxa de vacinação de 70% da população total com o esquema inicial completo, ultrapassando, assim, a meta delineada pela CE de vacinar pelo menos 70% da população adulta (e não da total, como alcançado em Portugal) até ao verão desse ano¹²⁶.
212. Constatou-se ainda que, em julho de 2021, se atingiu a mais elevada média diária de doses administradas, sensivelmente 150 mil doses, verificada na semana de 4 a 10 desse mês. Destaca-se também a média diária de mais de 100 mil doses administradas, em todas as semanas do período entre 13 de junho e 17 de julho de 2021. Adicionalmente, entre abril e agosto de 2021 (esquema de vacinação inicial completo, Gráfico 4) e entre dezembro do mesmo ano e janeiro de 2022 (vacinação com as doses adicionais ou de reforço¹²⁷, Gráfico 8), foram vacinadas mais de 1,5 milhões de pessoas por mês, conforme meta delineada pela *Task Force*¹²⁸.
213. A partir do segundo trimestre de 2021, era já notório que Portugal apresentava um ritmo de vacinação médio superior ao verificado na UE e na OCDE, o que se tornaria mais evidente em finais desse ano, conforme se observa no Gráfico 5.
214. Em Portugal, houve, claramente, uma maior adesão à vacinação do que nos restantes países analisados. De facto, no quarto trimestre de 2021, apenas a Irlanda e a Islândia apresentavam uma taxa de vacinação superior à portuguesa, para o esquema inicial completo, entre pessoas com 60 ou mais anos. Já entre pessoas com 18 ou mais anos, Portugal tinha a mais alta taxa de vacinação entre os países analisados¹²⁹.
215. Os dois gráficos abaixo mostram ainda a evolução do processo de vacinação em Portugal face à UE. Se, no segundo trimestre de 2021, Portugal apresentava uma taxa de vacinação entre pessoas com 60 ou mais anos superior à média da UE27 em 10 p.p. (78,2% face a 68,2%), essa diferença aumentou para 15,4 p.p. no quarto trimestre do mesmo ano (99,3% contra 83,9%). Já no que toca à taxa de vacinação entre pessoas com 18 ou mais anos, embora Portugal estivesse apenas 0,6 p.p. acima da média da UE27 no segundo trimestre, essa diferença cresceu para 16,6 p.p. no quarto trimestre de 2021 (Gráfico 6).

¹²⁵ Tribunal de Contas Europeu (2022). [Relatório Especial – Aquisição de vacinas contra a COVID-19 pela UE. Doses suficientes após dificuldades iniciais, mas avaliação insuficiente do desempenho do processo.](#)

¹²⁶ O relatório [Estado da Saúde na UE – Portugal – Perfil de saúde do país 2021](#), publicado em dezembro de 2021, indicava que, no final de agosto de 2021, 74% da população portuguesa já tinha recebido duas doses (ou equivalente) de vacina contra a COVID-19. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.

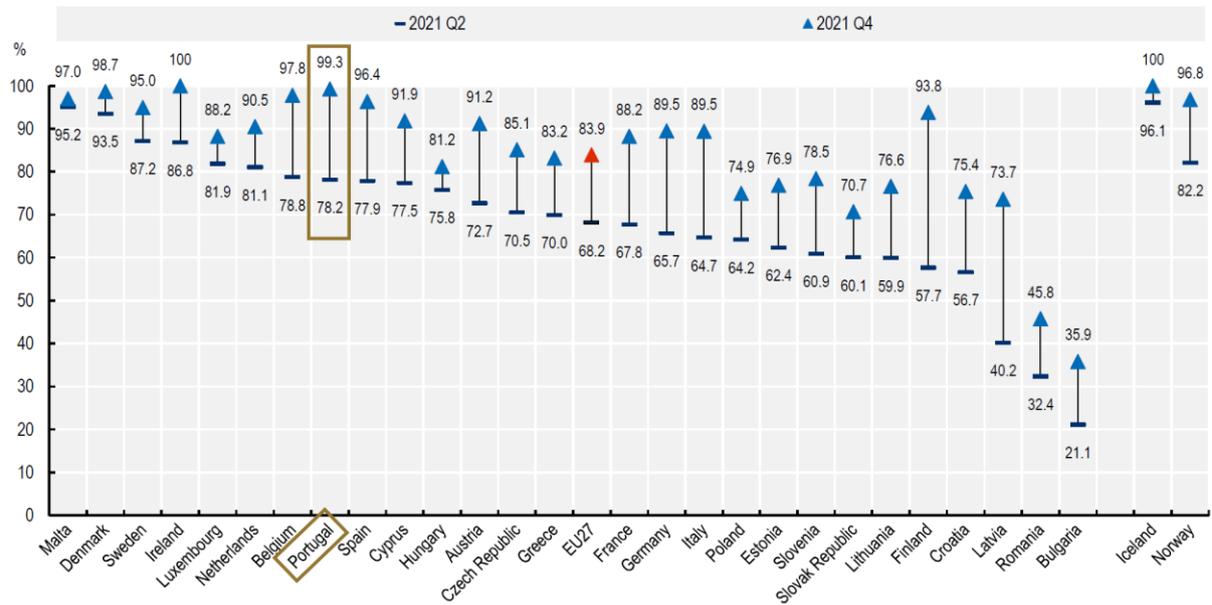
¹²⁷ As doses adicionais referem-se às doses administradas a pessoas com imunossupressão (como sejam, doentes oncológicos e transplantados) depois de terminada a sua vacinação primária (ou esquema inicial completo, correspondente à toma de duas doses de vacina, exceto no caso da vacina *Janssen*, de dose única), devido à menor efetividade e imunogenicidade da vacina nestas pessoas e visando garantir-lhes os benefícios completos da vacinação primária.

Já as doses de reforço foram dadas em complemento à vacinação primária, em virtude da proteção conferida por esta diminuir com o tempo. As pessoas elegíveis para receber doses adicionais também eram elegíveis para a toma de doses de reforço.

¹²⁸ Estes dados incluem todos os tipos de doses (1ª doses, 2ª doses, doses adicionais ou doses de reforço).

¹²⁹ A forte adesão verificada estará relacionada quer com aspetos culturais, de adesão à vacinação em geral, para o que terá contribuído o trabalho desenvolvido, ao longo de décadas, no contexto da implementação do PNV, conforme referido pela própria DGS, quer, também, com a forma como a estratégia de vacinação contra a COVID-19 foi, globalmente, delineada e implementada, possibilitando o ritmo de vacinação observado no período em análise.

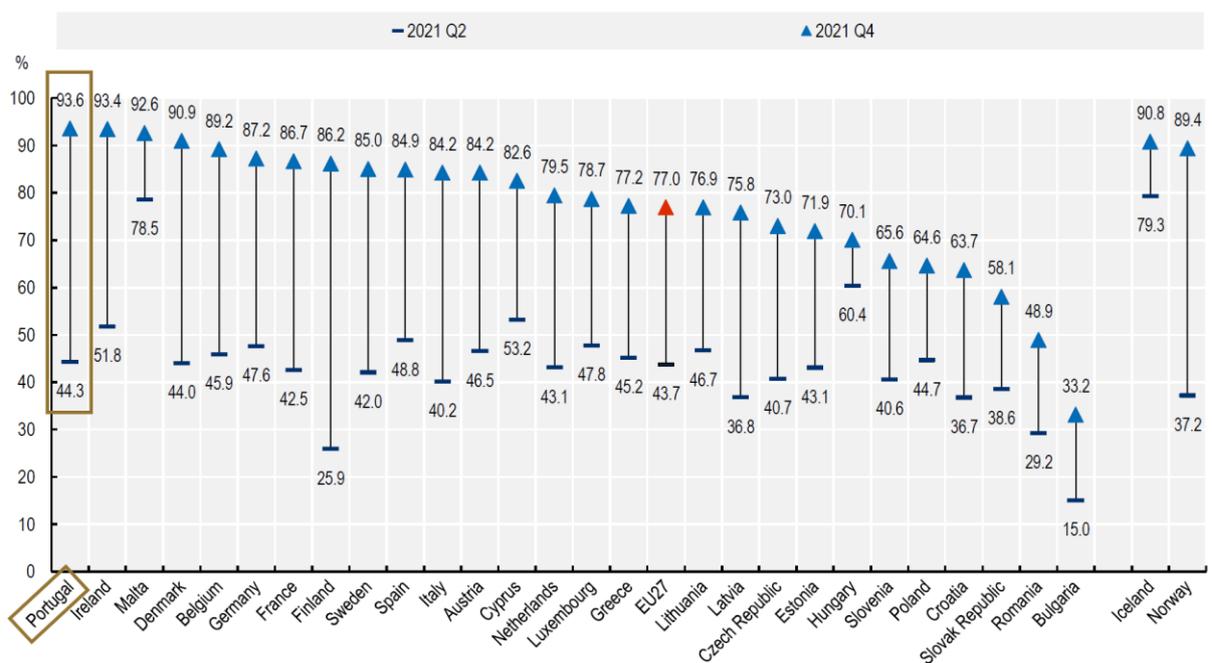
Gráfico 5 – Esquema inicial de vacinação completo entre pessoas com 60 anos ou mais, no segundo e quarto trimestres de 2021



Fonte: OCDE, [Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle](#) (dezembro 2022).

Nota: Foi considerado como “esquema inicial completo” a administração de duas doses da vacina, exceto no caso da vacina Jcovden, em que o esquema inicial é completo com apenas uma dose. A média da UE não é ponderada. Dados extraídos pela OCDE do ECDC.

Gráfico 6 - Esquema inicial de vacinação completo entre pessoas com 18 anos ou mais, no segundo e quarto trimestres de 2021



Fonte: OCDE (2022). [Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle](#). (dezembro 2022).

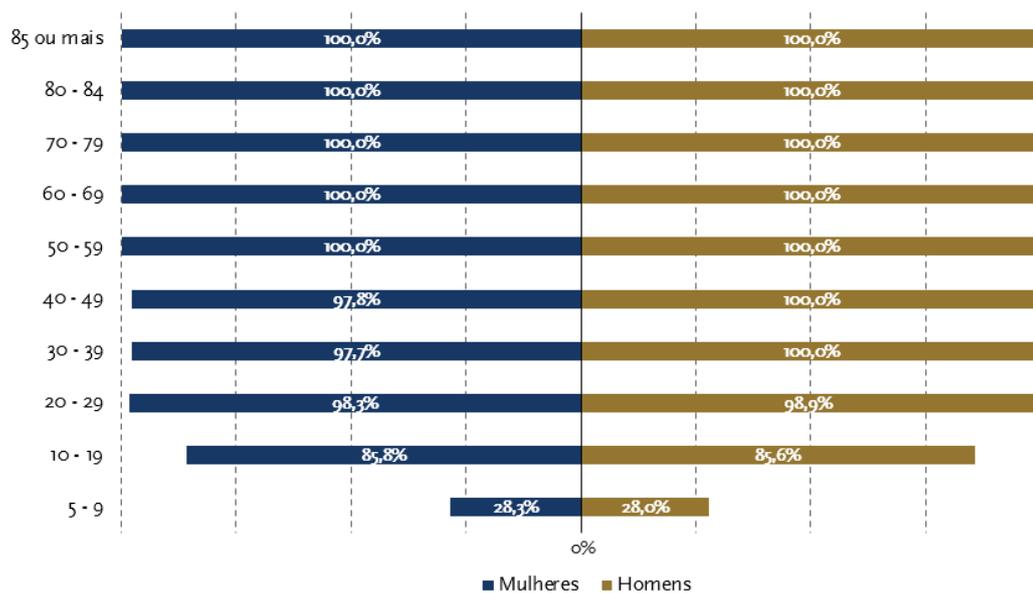
Nota: Foi considerado como “esquema inicial completo” a administração de duas doses da vacina, exceto no caso da vacina Janssen, em que o esquema inicial é completo com apenas uma dose. Para a Alemanha, inclui-se todos os esquemas iniciais completos, independentemente da idade e a taxa calculada para o quarto trimestre deste país pode estar sobrestimada até 5,9%. A média da UE não é ponderada. Dados extraídos pela OCDE do ECDC, para o segundo e quarto trimestres de 2021 (2021 Q2 e 2021 Q4, respetivamente).

216. Conforme se constata no Gráfico 7, verificou-se uma adesão ao esquema inicial de vacinação completo muito semelhante entre géneros, bem como uma adesão quase total por parte da

população com 20 anos ou mais. Na faixa etária entre os 10 e os 19 anos, registou-se uma quebra considerável na taxa de vacinação, face às faixas etárias mais velhas, atingindo, ainda assim, valores muito elevados (acima de 85% em ambos os géneros).

217. A faixa etária entre os 5 e os 9 anos era a única que apresentava uma baixa taxa de vacinação para o esquema inicial completo, no final do período em análise (em torno dos 28% para ambos os géneros). Tal poderá, em parte, ser explicado pelo facto da vacinação para esta faixa etária apenas se ter iniciado em dezembro de 2021, mas resultou também de uma substancial menor adesão à vacinação de crianças mais jovens¹³⁰ ¹³¹.

Gráfico 7 – Taxa de vacinação, a nível nacional, por género e faixas etárias, entre 01-12-2020 e 31-03-2022 (por esquema inicial de vacinação completo)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do sistema VACINAS.

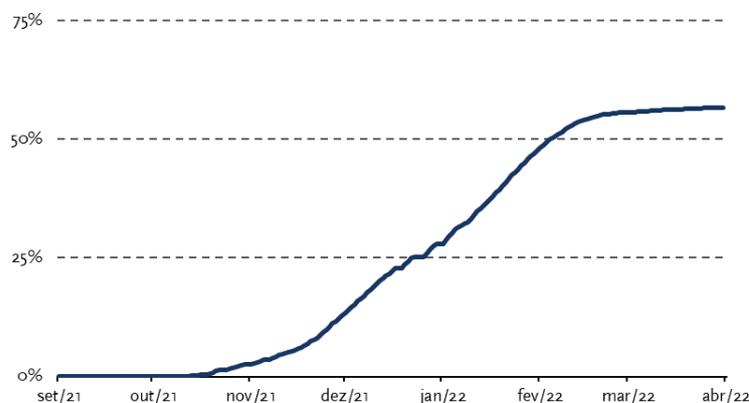
218. Em setembro de 2021, iniciou-se a administração de doses adicionais ou de reforço em Portugal. No Gráfico 8, verifica-se que, à data de 31 de março de 2022, cerca de 61,4% da população, a nível nacional, tinha tomado pelo menos uma dose adicional ou de reforço¹³².

¹³⁰ DGS, [Norma n.º 008/2021](#), de 13 de dezembro (Campanha de Vacinação contra a COVID-19 Vacina COMIRNATY® 10µg/dose – Formulação Pediátrica para 5 a 11 anos de idade).

¹³¹ Mesmo analisando dados posteriores ao período em análise, esta tendência mantém-se. De acordo com o [Relatório de Situação n.º 774 | 01/11/2022 a 07/11/2022](#), da DGS, apenas 45% da população entre os 5 e os 11 anos tinha completado o esquema inicial de vacinação contra a COVID-19.

¹³² DGS, Norma n.º 002-2021, de 30 de janeiro de 2021 (Campanha Vacinação COVID-19), na versão de 1 de setembro de 2021, data a partir da qual a presente norma passou a prever doses adicionais ou de reforço da vacina contra a COVID-19.

Gráfico 8 – Taxa da população, a nível nacional, com pelo menos uma dose adicional ou uma dose de reforço, até 31-03-2022 (% acumulada)



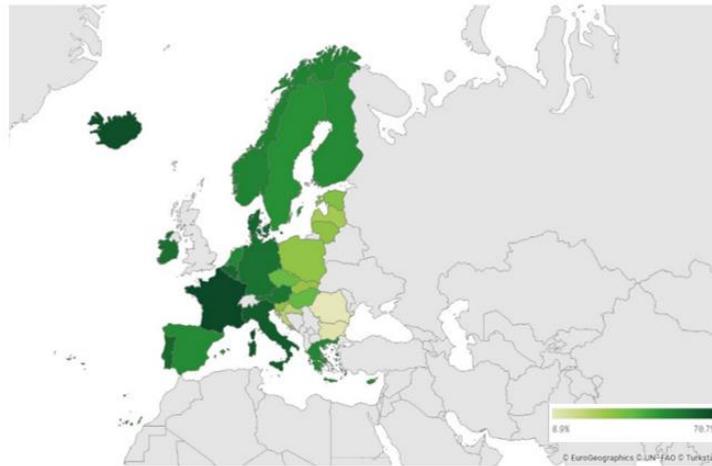
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do sistema VACINAS.

Nota: Os dados disponibilizados não diferenciam as doses adicionais das doses de reforço.

219. Constatam-se, ainda, que o ritmo de administração das doses adicionais ou de reforço aumentou de forma considerável entre outubro de 2021 e fevereiro de 2022, começando depois a estabilizar, até atingir os 61,4% de população com pelo menos uma dose adicional ou de reforço, no final do período em análise. É de destacar que tal aconteceu a um nível consideravelmente inferior à taxa de vacinação da população para o esquema inicial completo (92,4%), traduzindo uma menor adesão à vacinação, nesta fase, o que poderá estar relacionado com uma menor perceção do risco da doença¹³³.
220. Não obstante, Portugal manteve-se acima da média da UE/EEE. De acordo com dados do ECDC, espelhados no Gráfico 9, à data de 13 de abril de 2022, a média da população da UE/EEE que tinha tomado pelo menos uma dose adicional ou de reforço situava-se em 52,9%, cerca de 8,5 p.p. abaixo da taxa registada a nível nacional.

¹³³ Mesmo analisando dados posteriores ao período em análise, esta tendência mantém-se. De acordo com o [Relatório de Situação nº 774 | 01/11/2022 a 07/11/2022](#), da DGS, 67% da população a nível nacional tinha tomado pelo menos uma dose de reforço, face a 93% vacinados com o esquema inicial completo.

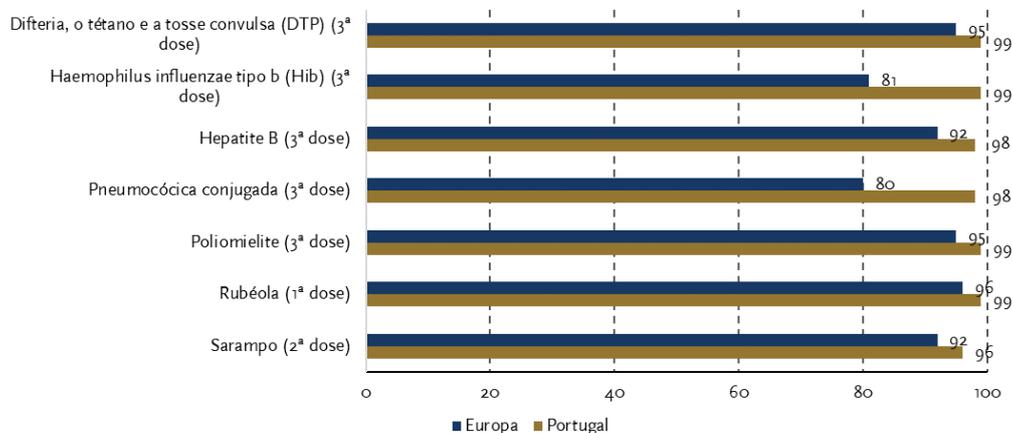
Gráfico 9 – Taxa da população, da UE/EEE, que tomou pelo menos uma dose adicional ou de reforço, até 13-04-2022 (% acumulada)



Fonte: ECDC, [Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and deployment plans in the EU/EEA](#) (abril 2022).

221. Atente-se que, no período pré-pandémico, Portugal apresentava já uma maior adesão da população às vacinas em geral, comparativamente à média dos demais países europeus, como está patente no Gráfico 10, tomando como base uma amostra de vacinas consideradas comuns.

Gráfico 10 – Percentagem de crianças vacinadas, em Portugal e na Europa, em 2019



Fonte: análise dos dados [UNICEF Data Warehouse: Immunisation](#), extraídos a 30 de março de 2023.

Notas: Os valores de 2019 são estimativas.

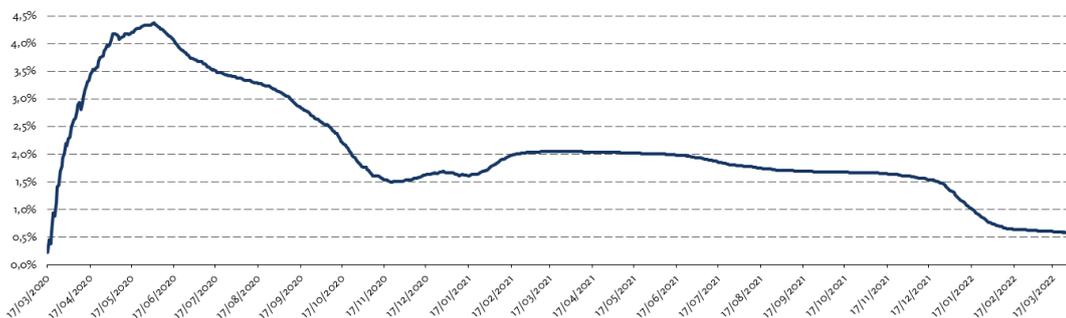
8.2. Impacto sobre os efeitos da doença e prevenção da sobrecarga do SNS

222. O aumento do ritmo de vacinação contra a COVID-19 em Portugal, a partir de abril de 2021, foi acompanhado pela diminuição da taxa de mortalidade de casos confirmados da doença, a partir de junho do mesmo ano, como se verifica no Gráfico 11.
223. Este indicador atingiu o seu pico em maio de 2020, ficando próximo dos 4,5% e depois diminuiu, progressivamente, até aos 1,5%, em novembro desse ano, em resultado,

essencialmente, do aumento da capacidade de testagem e da sua progressiva massificação¹³⁴. A forte nova vaga de casos que se registou posteriormente, entre dezembro de 2020 e fevereiro de 2021 (Gráfico 14), fez a taxa de mortalidade de casos confirmados subir novamente para a casa dos 2%, valor que se manteria até junho do mesmo ano.

224. A partir deste último mês, em que o ritmo de vacinação já se encontrava muito acelerado, a taxa de mortalidade veio a diminuir consistentemente até março de 2022 (0,6%). Tal indicia que a vacinação teve um efeito positivo na diminuição da gravidade e mortalidade dos casos confirmados da doença, tal como demonstrado pelos resultados dos estudos sobre a efetividade das vacinas (Quadro 8, Ponto 7.7).

Gráfico 11 - Taxa de mortalidade de casos confirmados de COVID-19, até 31-03-2022 (acumulada, em %)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do [Our World in Data](#), extraídos a 06 de janeiro de 2023¹³⁵.

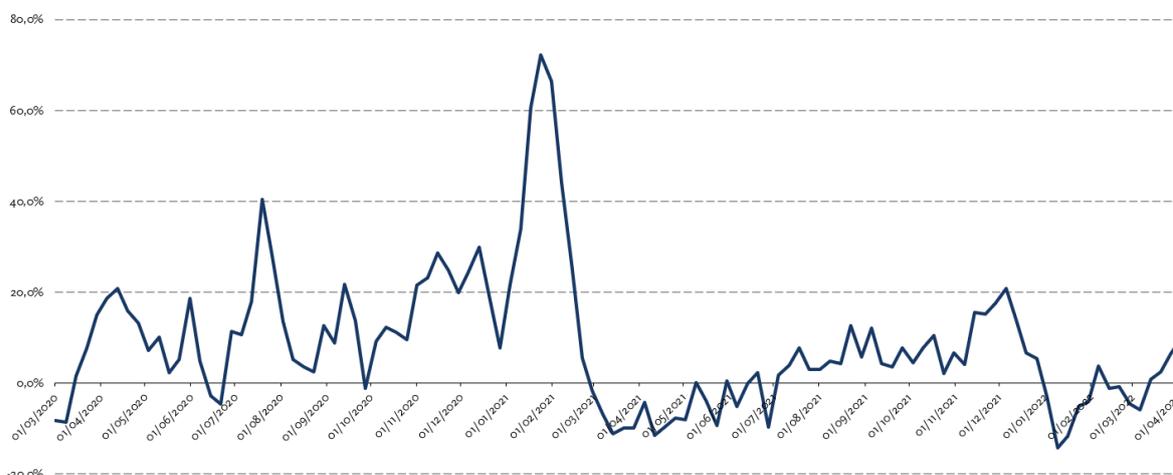
225. Também o indicador relativo ao excesso de mortalidade semanal em Portugal, apresentado no Gráfico 12, aponta para a importância da vacinação na diminuição da mortalidade, dada a esperada contribuição para a diminuição da gravidade da doença, e consequente alívio da pressão sobre o SNS, causada pela pandemia¹³⁶.
226. Este indicador registou o seu pico na semana de 24 a 30 de janeiro de 2021, em que atingiu um valor de 72,3%. Verifica-se que o excesso de mortalidade semanal, se reduziu a partir de abril de 2021, estabilizando em torno de uma média de 2,1%, que compara com a média de 14,7% registada entre março de 2020 e março de 2021.

¹³⁴ O crescimento do número de casos confirmados da doença, decorrente do aumento da capacidade de testagem e do alargamento dos seus critérios, foi superior ao crescimento verificado nos óbitos ocorridos em casos confirmados, resultando numa diminuição daquele indicador.

¹³⁵ Plataforma ligada à Universidade de Oxford, que agrega dados de diversas fontes, incluindo fontes governamentais oficiais.

¹³⁶ OMS (2021). “[Strategy to Achieve Global COVID-19 Vaccination by mid-2022](#)” (Outubro 2021).

Gráfico 12 - Excesso de mortalidade semanal em Portugal, semanas de 01-03-2020 a 03-04-2022 (em %)



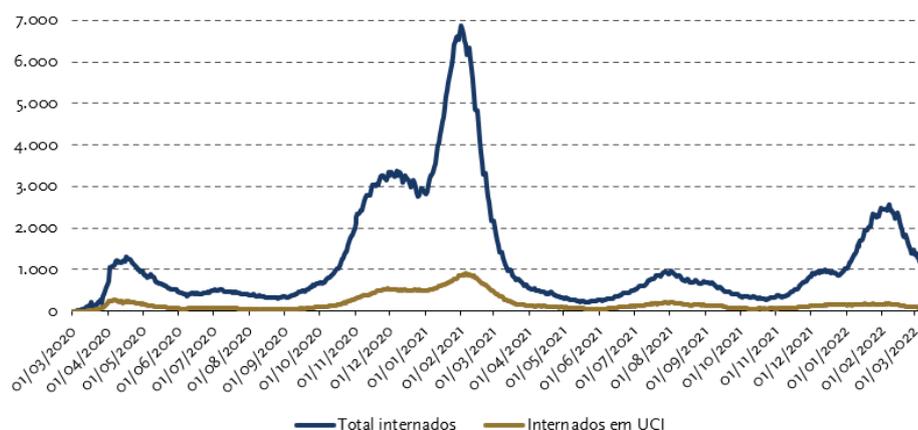
Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do [Our World in Data](#), extraídos a 06 de janeiro de 2023.

Nota: O excesso de mortalidade semanal é calculado face à projeção do número de mortes para a mesma semana, calculada com base nos dados históricos referentes a 2015-2019. Foi utilizada para última semana do período analisado aquela que incluiu o dia 31 de março de 2022.

227. Verifica-se a mesma tendência nos dados relativos a casos confirmados de COVID-19 que conduziram a internamento hospitalar. Conforme se observa no Gráfico 13, o pico de pacientes internados em hospitais e, especificamente, em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), deu-se entre janeiro e fevereiro de 2021. A partir daqui, e à medida que o ritmo de vacinação se intensificou (Gráfico 4), verificou-se um acentuado declínio no número diário total de pacientes internados, e dos pacientes internados em UCI.

228. Mesmo durante o maior pico de casos confirmados de COVID-19 no período em análise, verificado entre janeiro e fevereiro de 2022 (Gráfico 14), os indicadores em análise não voltaram a atingir o pico registado em igual período do ano anterior, e ficaram consideravelmente abaixo dos números registados entre novembro e dezembro de 2020. Tal é particularmente notório no caso dos pacientes internados em UCI, apontando para a maior efetividade das vacinas na proteção contra a doença grave (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Número diário de pacientes COVID-19 internados em hospitais (01-03-2020 a 13-03-2022)

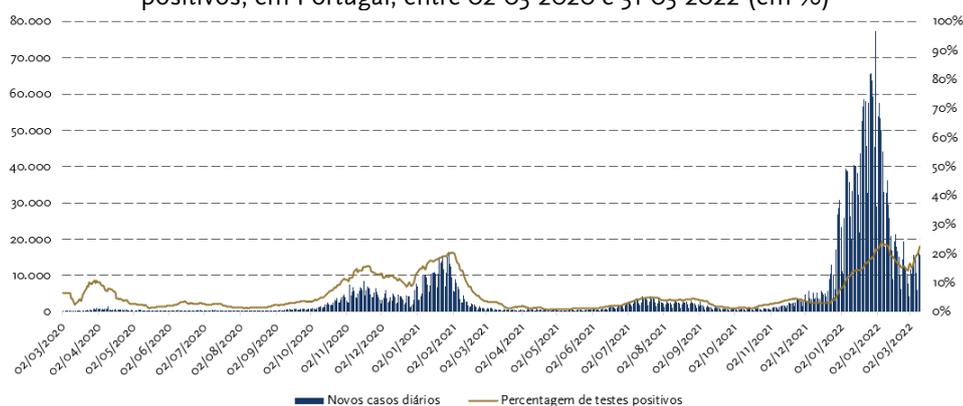


Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do [Our World in Data](#), extraídos a 06 de janeiro de 2023.

Nota: A partir de 14 de março de 2022, o Our World in Data não dispõe de dados diários, pelo que os dados apresentados dessa data em diante não são comparáveis aos publicados até 13 de março de 2022, tendo-se optado por usar esta última como final do período em análise.

229. Também ao analisar o número diário de novos casos confirmados de COVID-19, em Portugal (Gráfico 14), no início de 2022, se infere a associação positiva entre a vacinação e a prevenção da morte pela doença. Ao comparar os dois primeiros meses de 2021 com igual período de 2022, verifica-se que, apesar de a média de novos casos diários ter sido quase cinco vezes superior em 2022, (33.754 face a 6.625), o excesso de mortalidade semanal nos meses de janeiro e fevereiro de 2022, com uma média de 4,6%, foi quase oito vezes inferior ao registado em igual período de 2021, então com uma média de 36,4%.

Gráfico 14 – Número de novos casos confirmados de COVID-19 diários e percentagem de testes COVID-19 positivos, em Portugal, entre 02-03-2020 e 31-03-2022 (em %)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do [Our World in Data](#), extraídos a 6 de janeiro de 2023.

Nota: Testes COVID-19 incluem os testes PCR e antigénio. A percentagem resulta do número de testes positivos no total de testes realizados.

230. Assim, os dados disponíveis apontam para a efetividade da vacinação contra a doença COVID-19, no que toca à prevenção da mortalidade (*vide* Quadro 8, do Ponto 7.7).

231. No entanto, e não obstante estes resultados, importará atender à condição que tem vindo a ser comumente designada como "COVID-19 longa", termo utilizado para referenciar a doença persistente ou prolongada que os doentes continuam a experimentar na fase pós-recuperação. O conhecimento acerca desta condição permanece em desenvolvimento, e é relevante para a adequação da resposta do sistema de saúde aos seus eventuais impactos^{137 138}.

232. Adicionalmente, será também necessário considerar os efeitos negativos da doença sobre a saúde física e mental das crianças e jovens resultante da disrupção das atividades educativas e sociais provocadas pelo contexto pandémico, com impactos, entre outros, na procura de cuidados de saúde mental^{139 140}.

¹³⁷ Garg, M., Maralakunte, M., Garg, S., Dhooria, S., Sehgal, I., Bhalla, A. S., Vijayvergiya, R., Grover, S., Bhatia, V., Jagia, P., Bhalla, A., Suri, V., Goyal, M., Agarwal, R., Puri, G. D. & Sandhu, M. S. (2021) [The Conundrum of 'Long-COVID-19': A Narrative Review](#). *International Journal of General Medicine*, 2491-2506. DOI:10.2147/IJGM.S316708.

¹³⁸ A este respeito, ver também as orientações para a gestão dos efeitos a longo prazo da COVID-19 desenvolvidos pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) do Reino Unido, juntamente com o *Royal College of General Practitioners* (RCGP) e o *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (2022). [COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19](#).

¹³⁹ *Vide* OCDE (2022). [Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle](#) (dezembro 2022).

¹⁴⁰ Para uma análise mais específica e sistemática dos impactos da COVID-19 sobre a saúde mental *vide* OMS (2022). [Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact](#). Scientific brief. (2 March 2022).

9. O financiamento do processo de vacinação contra a COVID-19

9.1. Despesa autorizada

233. As autorizações para a realização de despesa relativa à aquisição das vacinas, armazenamento e materiais necessários à sua administração, entre outras despesas relacionadas, foram concedidas, ao longo do tempo, por resoluções do Conselho de Ministros (RCM). As verbas viriam do orçamento da DGS, salvo no caso do reforço do IAE, em que viriam do orçamento da ACSS¹⁴¹ (cfr. Quadro 9).
234. Como anteriormente referido (*vide* Ponto 5), a DGS ficou incumbida de realizar todos os atos necessários à aquisição de vacinas, assim como ao seu armazenamento e administração. Assim, para além da aquisição de vacinas, também devia providenciar pela aquisição dos materiais necessários à sua administração, bem como contratar os necessários serviços de transporte, armazenamento e distribuição.
235. As verbas necessárias para fazer face a estas despesas foram sendo transferidas pela ACSS para o orçamento da DGS, à medida que era necessário efetuar os respetivos pagamentos. Para este efeito, o orçamento da DGS para 2021 foi reforçado no montante de 383,5 milhões de euros¹⁴².

Quadro 9 – Despesas autorizadas relacionadas com o processo de vacinação (milhões €)

Despesa	Diploma	Valores	REACT - EU	Âmbito temporal
Top-up do Instrumento de Apoio a Emergências	RCM 108/2020	11,2	11,2	2020
Subtotal		11,2	11,2	
Aquisição de vacinas	RCM 64-A/2020	20,0	20,0	2020
	RCM 119/2020, versão atual	174,0	174,0	2021
	RCM 55/2021	241,5	17,0	2021
	RCM 196/2021	291,4	0,0	2022
	RCM 111-A/2022	70,6	0,0	2022
Subtotal		797,5	211,0	
Despesa associada ao processo de vacinação	RCM 119/2020, versão atual	6,2	6,2	2021
		4,1	4,1	2022
Subtotal		10,3	10,3	
Total		819,0	232,4	

Fonte: Elaboração própria, com base nas RCM mencionadas.

- Notas:** 1. Considerou-se as autorizações prestadas até 24 de novembro de 2022, incluindo as alterações realizadas à RCM 119/2020, de 31 de dezembro, especialmente a RCM 37/2022, de 4 de abril, que diminuiu retroativamente a verba autorizada para as despesas associadas ao processo de vacinação e incluindo a RCM 111-A/2022, de 24 de novembro de 2022, que tem efeitos retroativos a 1 de janeiro.
2. As verbas constantes na coluna REACT- EU indicam a parte da despesa aprovada que poderá ser objeto de financiamento ou refinanciamento por parte do REACT-EU (*Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe*).
3. O montante total de despesa autorizada apresentado não considera a RCM 131-B/2022, que aprovou a realização de despesa adicional para a aquisição de vacinas, para 2022, até 57.844.397€, por só ter efeitos a partir de 15 de dezembro de 2022 (fora do âmbito temporal da análise).

236. No total, foi autorizada, entre dezembro de 2020 e novembro de 2022, a realização de despesa no valor de 819 milhões de euros, dos quais: 797,5 milhões de euros respeitavam aos procedimentos aquisitivos no âmbito do procedimento europeu de aquisição de vacinas; 10,3 milhões de euros a procedimentos relativos à receção, armazenamento e distribuição das

¹⁴¹ Designadamente: [Resolução do Conselho de Ministros n.º 64-A/2020](#), de 20 de agosto; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 108/2020](#), de 15 de dezembro; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 119/2020](#), de 31 de dezembro, alterada pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 11/2022](#), de 26 de janeiro, e pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2022](#), de 4 de abril; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/2021](#), de 14 de maio; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 196/2021](#), de 30 de dezembro; [Resolução do Conselho de Ministros n.º 11/2022](#), de 26 de janeiro; e [Resolução do Conselho de Ministros n.º 111-A/2022](#), de 24 de novembro.

¹⁴² Cfr. informação prestada pela DGS, na reunião realizada a 19 de dezembro de 2022.

DGS. Anexo às demonstrações Financeiras: Notas explicativas às Demonstrações Financeiras de 2021.

- vacinas; e, 11,2 milhões de euros à participação portuguesa no reforço do IAE, para efeito da estratégia europeia de vacinas, no âmbito do combate à COVID-19.
237. Fazendo a análise por ano: o valor total de despesa autorizada em 2020 foi de 31,2 milhões de euros; em 2021, foi de 421,8 milhões de euros; e de 366,1 milhões de euros em 2022. Subsequentemente, com efeitos a 15 de dezembro de 2022, foi autorizada despesa adicional no montante de 57,8 milhões de euros para a aquisição de vacinas, durante o ano de 2022, fazendo subir para 423,9 milhões de euros a despesa total autorizada nesse ano¹⁴³.
238. Parte destes encargos financeiros foi alvo de financiamento através do REACT-EU (Programa da Assistência à Recuperação para a Coesão e os Territórios da Europa). Nas operações apoiadas por este instrumento europeu, eram elegíveis despesas feitas partir de 1 de fevereiro de 2020, não era exigido cofinanciamento nacional e permitia-se flexibilidade de transferências entre os fundos regionais e sociais durante o período de execução^{144 145}.
239. Neste âmbito, em janeiro de 2022, a DGS viu aprovado um investimento de 238,7 milhões de euros¹⁴⁶, destinado à contenção da pandemia. O apoio do REACT-EU era dado sob a forma de reembolso das despesas efetuadas com a aquisição, armazenamento e distribuição de vacinas e dos dispositivos médicos necessários à sua administração, assim como, com a compra de medicamentos antivirais para tratamento da doença COVID-19, com período de execução entre fevereiro de 2020 e dezembro de 2023, ou seja, com efeitos retroativos ao início da resposta à pandemia¹⁴⁷.

9.2. Despesa realizada

240. A despesa realizada¹⁴⁸ até 31 de março de 2022, ao nível da Administração Central, com a aquisição de vacinas, materiais necessários à administração das mesmas e serviços logísticos de armazenamento e distribuição de ambos ascendeu a 359,4 milhões de euros (Quadro 10).

¹⁴³ [Resolução do Conselho de Ministros n.º 131-B/2022](#), de 21 de dezembro.

¹⁴⁴ Cfr. artigo 1º e 2º, n.º 2, [do Regulamento \(UE\) 2020/2094 do Conselho de 14 de dezembro de 2020](#) que cria um Instrumento de Recuperação da União Europeia para apoiar a recuperação na sequência da crise da COVID-19; o [Regulamento \(UE\) 2020/2221 do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de dezembro de 2020](#) que altera o Regulamento (UE) n.º 1303/2013 no que respeita aos recursos adicionais e às disposições de execução a fim de prestar assistência à promoção da recuperação da crise no contexto da pandemia de COVID-19 e respetivas consequências sociais e à preparação de uma recuperação ecológica, digital e resiliente da economia (REACT-EU).

¹⁴⁵ Para mais detalhes *vide* Anexo II – Instrumentos e programas europeus.

¹⁴⁶ De acordo com autorizações de realização de despesa, mencionadas no Quadro 9, estava autorizado o (re)financiamento de despesas pelo REACT-EU até ao montante total de 232,4 milhões de euros.

¹⁴⁷ O COMPETE 2020 lançou, a 10 de setembro de 2021, o [Aviso Convite n.º 03 REACT_EU / 2021](#), no âmbito do REACT-EU – Resiliência do sistema de saúde, ao qual se podiam candidatar como beneficiários a DGS e a ACSS. A dotação indicativa total era de 247 milhões de euros, e o apoio era dado na forma de subvenção não reembolsável, com uma taxa de financiamento de 100% sobre as despesas elegíveis, que estavam relacionadas com o processo de vacinação contra a COVID-19 e com a aquisição de medicamentos antivirais para tratamento da doença COVID-19. Posteriormente, houve uma atualização da dotação, pelo que o valor final dos dois projetos, aprovados e contratados, foi de 249,9 milhões de euros. A 31 de março de 2022, a taxa de execução do incentivo contratado era de 0%, mas, no final desse ano, já ascendia a 91,4%.

Cfr. COMPETE 2020 – REACT-EU (2022). [Ficha de Projeto](#). Janeiro de 2022. | COMPETE 2020 (2023). [Ponto de Situação COMPETE 2020 n.º 90 - 1 janeiro 2023: Dados reportados a 31 dezembro 2022](#). | COMPETE 2020 (2022). [Ponto de Situação COMPETE 2020 n.º 81 - 1 abril 2022: Dados reportados a 31 de março de 2022](#).

¹⁴⁸ Correspondente à despesa efetivamente paga até à data referida.

Quadro 10 – Despesa realizada pela Administração Central com o processo de vacinação (milhões €)

Tipologia da despesa	2020	2021	2022	Total
Aquisição de vacinas	11,2	335,9	4,9	352,0
Materiais necessários à administração das vacinas	0,0	3,2	0,0	3,2
Receção, armazenamento e distribuição	0,0	4,2	0,0	4,2
Total	11,2	343,3	4,9	359,4

Fonte: Elaboração própria, com base na informação prestada pela DGS.

Nota: A despesa com a aquisição de vacinas é líquida da receita relativa à revenda de vacinas a países terceiros, entre dezembro de 2020 e março de 2022. Os valores relativos a 2022 dizem respeito apenas aos três primeiros meses do ano.

241. Verifica-se que 97,9% da despesa realizada até 31 de março de 2022 respeitou à aquisição de vacinas, e que no ano de 2021 se realizou 95,5% do total da despesa do período em análise (dezembro de 2020 a março de 2022). Nos primeiros três meses de 2022, ainda não tinham sido realizados quaisquer pagamentos referentes a materiais necessários à administração das vacinas e a serviços logísticos de armazenamento e distribuição.
242. A 31 de março de 2022, o valor médio pago por dose de vacina administrada, apurado pelo TdC, foi de 15,19 euros, considerando a totalidade da despesa realizada com a aquisição de vacinas, do material necessário à sua administração e ao processo logístico associado, até àquela data¹⁴⁹. Já o valor médio pago por dose recebida, calculado com base na despesa realizada com a aquisição de vacinas, situou-se nos 11,14 euros. (*Vide* Quadro 11)

Quadro 11 – Valor médio pago por dose de vacina administrada e por dose de vacina recebida, a 31/03/2022

		A 31/03/2022
Número de doses administradas	[1]	23.652.367
Despesa realizada com a administração vacinas (milhões de euros)	[2]	359,4
Valor médio pago por dose administrada (em euros)	[3] = [2] / [1]	15,19
Número de doses recebidas	[4]	31.579.630
Despesa realizada com a aquisição de vacinas (milhões de euros)	[5]	352,0
Valor médio pago por dose recebida (em euros)	[6] = [5] / [4]	11,14

Fonte: Elaboração própria, com base na informação prestada pela DGS

243. O valor médio pago por dose de vacina administrada, considerando apenas a aquisição de vacinas e materiais para a sua administração, e respetivo processo logístico, foi inferior em 7,02 euros ao apurado em França, para o ano de 2021. Esta diferença poderia resultar, entre outros fatores, de uma taxa de desperdício consideravelmente mais alta do que a verificada em Portugal, no final de março de 2022 (10%, por comparação com apenas 0,5%), situação esta que se alteraria, contudo, no final de 2022, com o aumento da taxa de desperdício portuguesa (+10,6 p.p.), conforme analisado no ponto 7.3¹⁵⁰.

9.2.1. Contratos de aquisição de vacinas

244. O país optou por participar em todos os APA negociados pela CE, embora dois, os relativos às vacinas CVnCoV e Valneva, tenham ficado sem efeito. No primeiro caso, a empresa contratante

¹⁴⁹ Cálculo efetuado com base nos dados sobre doses de vacinas administradas até 31 de março de 2022, disponibilizados pela DGS e com base nos valores de despesa realizada, até à mesma data, detalhados nos subpontos seguintes. O valor respeitante à despesa realizada com aquisição de vacinas, até 31 de março de 2022, inclui as doses inutilizadas, doadas e vendidas a países terceiros, bem como pagamentos antecipados no âmbito dos contratos de aquisição de vacinas assinados por Portugal.

¹⁵⁰ O custo médio efetivo por dose de vacina administrada, em França, calculado com base no custo com a aquisição de vacinas e materiais para a sua administração, e respetivo processo logístico, foi de 22,21€. Cfr. Cour des Comptes (2022). [La vaccination contre la COVID 19: Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes](#). Dezembro de 2022.

retirou o pedido de autorização à EMA. Portugal tinha encomendado previamente, a 9 de fevereiro de 2021, 3 milhões de doses desta vacina, mas não tinha efetuado qualquer pagamento, a título de adiantamento.

245. No segundo caso, a empresa contratante não cumpriu com a data-limite inicialmente estabelecida para a obtenção da autorização de introdução no mercado. Portugal optou, então, por rescindir o contrato, aquando da adenda ao APA, a 29 de setembro de 2022¹⁵¹.
246. Portugal também aderiu a três PA, dois relativos à vacina Comirnaty (*Pfizer*), um a 17 de fevereiro de 2021 e outro a 25 de maio de 2021, e um referente à vacina Spikevax (*Moderna*), assinado a 1 de março de 2021.
247. No total, até 31 de março de 2022, Portugal tinha encomendado 61,3 milhões de doses, relativas a seis vacinas, sem contar com as doses da CVnCoV e Valneva. Posteriormente houve alterações que reduziram esse valor para 61,2 milhões de doses¹⁵² (cfr. Quadro 12), das quais, até ao final do período em análise, Portugal tinha já recebido, em território nacional, 31,2 milhões de doses, cerca de 51,6% do total encomendado¹⁵³.

Quadro 12 – Doses totais de vacinas encomendadas por Portugal, até 31 de março de 2022

Vacina	Total efetivamente encomendado
Comirnaty (Pfizer)	38.037.199
Jcovden (Janssen)	3.968.200
Nuvaxovid (Novavax)	408.000
Spikevax (Moderna)	11.084.597
Vaxzevria (AstraZeneca)	6.864.407
Vidprevtyn (Sanofi)	830.400
Total	61.192.803

Fonte: Elaboração própria, com base em informação disponibilizada pela DGS, em particular, os contratos APA e PA assinados pela CE e as VOF feitas por Portugal.

Nota: Optou-se por excluir o contrato da vacina Valneva, por cancelamento da encomenda, a 29 de julho de 2022. Entre parêntesis estão as designações pelas quais as vacinas em causa ficaram conhecidas na comunicação social.

248. Verificou-se a existência de uma grande discrepância nos preços das doses de vacinas compradas por Portugal, que variaram entre 2,90 euros e o equivalente em euros a 28,50 dólares americanos, em função da marca da vacina comprada, do facto de se tratar de doses iniciais ou adicionais, do tipo de contrato e da data da encomenda (cfr. Quadro 13)^{154 155}.

¹⁵¹ Tinha sido dada uma ordem de compra de 10 mil doses da Valneva, a 1 de dezembro de 2021, pela qual o país pagou adiantado 48.000 euros. Este valor não será reembolsável, dado constar, no relatório financeiro enviado pela empresa à CE, que o investimento efetuado foi superior aos pagamentos antecipados. Cfr. informação prestada pela DGS.

¹⁵² Inclui alterações das quantidades encomendadas até 18 de outubro de 2022, designadamente, nas vacinas Vidprevtyn e Nuvaxovid. No caso da primeira, foram canceladas 19.200 doses, dando lugar ao pagamento de uma indemnização 165.888 euros. Quanto à vacina Nuvaxovid (*Novavax*), foi possível cancelar, sem custos, a encomenda de 84.000 doses feita, dado já não serem necessárias para a campanha de vacinação em curso.

¹⁵³ Este valor não representa o total de doses recebidas que tinham sido encomendadas por Portugal, dado que houve doses de vacinas encomendadas que foram doadas ou vendidas a países terceiros e entregues nos seus respetivos territórios.

¹⁵⁴ Era utilizada a seguinte metodologia para o cálculo da taxa de câmbio: fazia-se a média das taxas de câmbio de referência para o euro publicadas pelo Banco Central Europeu desde o início de cada ano civil até ao penúltimo dia do mês anterior à fatura, sendo levados em conta todos os dias em que a taxa de referência foi publicada.

¹⁵⁵ As vacinas adquiridas estavam isentas de IVA, por força do artigo 138º, da [Diretiva 2006/112/CE do Conselho, de 28 de novembro de 2006, relativa ao sistema comum do imposto sobre o valor acrescentado](#), na sua versão atual.

249. Numa das vacinas adquiridas, Portugal era também responsável pelos custos do transporte e, em outra, o custo adicional por estudos específicos, pós-introdução no mercado, era acrescentado à fatura final.
250. De referir que, em dois dos Acordos Prévios de Aquisição (APA) negociados pela CE, o preço inicialmente estabelecido podia descer posteriormente, com efeitos retroativos, em função de certos fatores, o que veio a acontecer, tendo o país beneficiado com essa situação¹⁵⁶.
251. Uma vez que os pagamentos antecipados feitos pela CE, no contexto dos APA celebrados, podiam ser integralmente deduzidos nos preços das doses iniciais compradas pelos Estados-Membros, tal correspondeu, na prática, a uma comparticipação da UE na aquisição destas doses iniciais, que variou entre 20,0% e 54,8% do respetivo preço unitário (cfr. Quadro 13).

Quadro 13 – Preços finais por dose e por vacinas encomendadas por Portugal

Vacinas	Preço doses iniciais	Comparticipação da UE	%	Preço doses adicionais	Custos adicionais
A	15,50 €	3,50 €	22,6%	18,41 €	N/A
B	\$22,50	\$4,50	20,0%	\$26,62	N/A
C	2,90 €	1,12 €	38,6%	2,90 €	0,01 €
D	\$7,50	\$1,50	20,0%	\$7,50	N/A
E	\$20,00	\$4,20	21,0%	\$20,00	N/A
F	8,64 €	4,74 €	54,8%	8,64 €	0,27 €

Fonte: Elaboração própria, com base nos contratos APA e PA assinados pela CE e nas VOF feitas por Portugal, disponibilizados pela DGS ao TdC.

Notas: Valores sem IVA. Os preços das doses adicionais são, em alguns casos, médias ponderadas. Os preços em dólares eram convertidos no montante equivalente em euros, segundo metodologia própria, à data do envio das faturas. Não foram considerados os contratos que ficaram sem efeito. A ordem das vacinas é aleatória. No caso da vacina Vidprevtyn, apesar do APA respetivo não contemplar a compra de doses adicionais, optou-se por preencher o preço das doses adicionais, de modo a manter a confidencialidade dos preços.

252. O valor total das encomendas efetuadas até 31 de março de 2022 foi de 991,6 milhões de euros, aos quais se deduzia o montante de 41,3 milhões de euros, pagos previamente pela UE, resultando num montante total de 950,3 milhões de euros, a cargo de Portugal, até ao final do período em análise, (cfr. Quadro 14).

Quadro 14 – Doses de vacinas encomendadas e respetivos valores (doses em unidades, valores em milhões €)

Doses encomendadas	Valor total das encomendas	Valor participado pela UE	% comparticipação	Valor total a cargo de Portugal
61 192 803	991,6	41,3	4,2%	950,3

Fonte: Elaboração própria, com base nos contratos APA e PA assinados pela CE e nas VOF feitas por Portugal, disponibilizados pela DGS ao TdC, assim como na informação prestada por esta a 11 e 18 de outubro de 2022, por via de correio eletrónico.

Notas: Na quantidade de doses encomendadas, foram incluídas as alterações feitas até 18 de outubro de 2022. No custo total das encomendas, foram incluídos os custos adicionais. Para as encomendas realizadas em dólares americanos, foi utilizada a taxa média de câmbio EUR/USD, entre 01 de dezembro de 2020 e 31 de março de 2022, conforme dados do Banco Central Europeu. Contudo, o valor efetivo em euros dependerá da data da fatura emitida. Ao custo total a cargo de Portugal podiam ainda vir a ser abatidos os valores refinanciados, no âmbito do REACT, até ao montante máximo de 232,4 milhões de euros (*vide* ponto 9.1).

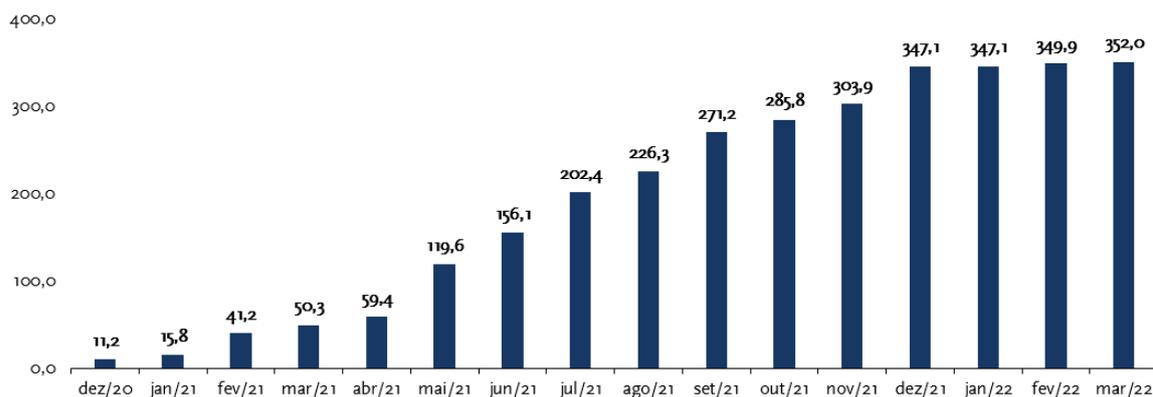
253. Segundo a Síntese da Execução Orçamental (Gráfico 15), publicada mensalmente pela Direção-Geral do Orçamento (DGO), em 2020, a despesa relativa a procedimentos aquisitivos

¹⁵⁶ Cfr. informação prestada pela DGS.

de vacinas, foi de 11,2 milhões de euros, correspondente à participação portuguesa no reforço do IAE, conforme autorizado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 108/2020, de 15 de dezembro de 2020.

254. Já em 2021, a despesa realizada com a aquisição de vacinas contra a doença COVID-19 ascendeu a 335,9 milhões de euros, representando 79,6% do total de despesa autorizada, neste âmbito, para aquele ano (421,8 milhões de euros).

Gráfico 15 – Despesa líquida realizada com a aquisição de vacinas (milhões €, valor acumulado total)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados mensais da [Síntese da Execução Orçamental](#), da DGO.

Nota: Despesa líquida da receita relativa à revenda de vacinas a países terceiros, entre dezembro de 2020 e março de 2022.

255. No primeiro trimestre de 2022, a despesa com a aquisição de vacinas atingiu os 36,8 milhões de euros, tendo existido, ainda, receita relativa à revenda de vacinas a países terceiros, no valor de 31,9 milhões de euros. Assim, no total do período em análise, entre dezembro de 2020 e março de 2022, a despesa realizada com aquisição de vacinas, líquida da receita com a revenda a países terceiros, foi de 352 milhões de euros, a larga maioria da qual realizada em 2021 (95,4% do valor acumulado total)¹⁵⁷.
256. Comparando estes valores com o custo total das encomendas realizadas até 31 de março de 2022 (Quadro 14), verifica-se que foram pagas cerca de 35,5% das encomendas realizadas até essa data (37,1%, considerando apenas o custo efetivamente a cargo de Portugal).
257. A adesão ao procedimento europeu de aquisição centralizada de vacinas, permitiu a Portugal beneficiar não só da comparticipação europeia no preço das doses iniciais compradas, mas assegurou, igualmente, o acesso atempado às vacinas, em condições vantajosas, que de outra forma poderiam não ter sido alcançadas.
258. Como apontou o Tribunal de Contas Europeu, a Alemanha, França, Itália e Países Baixos tinham formado a Aliança Inclusiva de Vacinas e, desde maio de 2020, colaboravam para assegurar o fornecimento de vacinas à sua população, tendo mesmo chegado a um acordo com a AstraZeneca. Com o lançamento do procedimento europeu, a CE assumiu as negociações, em nome dos Estados-Membros. Caso não o tivesse feito, Portugal teria ficado numa posição negocial de maior vulnerabilidade¹⁵⁸.
259. A presidente da CE defendeu este procedimento com base no princípio da solidariedade, com o qual se evitou o risco de alguns dos maiores Estados-Membros assegurarem o seu acesso às

¹⁵⁷ De forma a verificar os valores reportados relativos à despesa realizada com a aquisição de vacinas, foram analisadas as faturas de maior valor e respetivos comprovativos de pagamento, cujo somatório perfaz mais de 50% do total da despesa realizada neste âmbito. Não foram identificados quaisquer erros no teste.

¹⁵⁸ Cfr. Tribunal de Contas Europeu (2022). [Relatório Especial Aquisição de Vacinas Contra a COVID-19 pela UE. Doses suficientes após dificuldades iniciais, mas avaliação insuficiente do desempenho do processo.](#)

vacinas, em detrimento dos restantes, com consequências nefastas para o mercado interno e para a sobrevivência da própria UE¹⁵⁹.

9.2.2. Receção, armazenamento e distribuição

260. No despacho que instituiu a *Task Force* para a vacinação, assinado a 23 de novembro de 2020, foi determinado que esta contaria com a ativa colaboração do SUCH na elaboração do plano logístico, relativamente ao armazenamento e distribuição segura das diversas vacinas, reservando a esta entidade um papel importante no armazenamento e distribuição, tanto das vacinas, como dos materiais auxiliares (*vide* Ponto 7.3) ¹⁶⁰.
261. Assim, foram celebrados dois protocolos com o SUCH, envolvendo a DGS e o INFARMED, que entraram em vigor a 4 de janeiro de 2021: o Protocolo n.º DGS/3471/01/2021 e o Protocolo n.º DGS/3472/01/2021, regulando a receção, armazenamento e expedição/distribuição das vacinas contra a COVID-19, no primeiro caso, e quanto aos artigos indispensáveis para a administração das mesmas, no segundo. Pelo primeiro, a DGS poderia pagar ao SUCH, pelos serviços contratados, o valor máximo de 6 milhões de euros e, pelo segundo, os pagamentos poderiam ascender até 1,6 milhões de euros, a que acrescia IVA.
262. Relativamente ao ano de 2022, foram celebrados novos protocolos com os mesmos objetos, nomeadamente o Protocolo n.º DGS/3471/01/2022, relativo à receção e distribuição de vacinas, e o Protocolo n.º DGS/3472/01/2022, destinado aos materiais auxiliares. Estes tinham como valor máximo global 4 milhões de euros e 100.000 euros, respetivamente¹⁶¹.
263. Pelos serviços prestados pelo SUCH, até 31 de março de 2022, foram faturados 4,5 milhões de euros, dos quais 4,2 milhões de euros estavam pagos àquela data. Destes, a larga maioria dizia respeito ao armazenamento e distribuição de vacinas (4,1 milhões de euros) e apenas 1,9% era relativo ao armazenamento e distribuição de materiais^{162 163}.
264. No final do período em análise, permaneciam por pagar quatro faturas, datadas de dezembro de 2021 e de janeiro de 2022, no valor total de 393.510 euros (8,7% do total do valor faturado até 31 de março de 2022), e posteriormente pagas em novembro de 2022¹⁶⁴.

¹⁵⁹ Comissão Europeia (2021). *Speech by President von der Leyen at the European Parliament Plenary on the state of play of the EU's COVID-19 Vaccination Strategy*. Bruxelas. 10 de fevereiro de 2021.

¹⁶⁰ Despacho n.º 11737/2020, de 26 de novembro, dos Ministros da Defesa Nacional e da Administração Interna e da Ministra da Saúde, depois alterado pelo Despacho n.º 1448-A/2021, de 4 de fevereiro, e pelo Despacho n.º 3906/2021, de 19 de abril, dos mesmos emitentes.

¹⁶¹ Cfr. cláusula primeira e quarta dos protocolos assinados pela DGS, INFARMED e SUCH, a 7 de fevereiro de 2022, para vigorarem desde 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2022.

¹⁶² Valor das faturas, líquido de notas de crédito emitidas, cfr. análise da informação prestada pela DGS.

¹⁶³ De forma a verificar os valores reportados relativos à despesa realizada com os serviços prestados pelo SUCH, no âmbito do processo de vacinação contra a COVID-19, foram analisadas as faturas de maior valor e respetivos comprovativos de pagamento, cujo somatório perfaz cerca de 73% do total da despesa realizada neste âmbito. Não foram identificados quaisquer erros no teste.

¹⁶⁴ Valor total é líquido de uma nota de crédito por descontar, no valor de 694,40€.

Quadro 15 – Despesa realizada com os protocolos com o SUCH, por ano (milhões €)

Objeto do protocolo	Ano vigência	Valor máximo global	Valor pago	Valor executado	Saldo
Vacinas	2021	6,0	4,1	67,8%	1,9
Vacinas	2022	4,0	0,0	0,0%	4,0
Subtotal		10,0	4,1	40,7%	5,9
Material auxiliar	2021	1,6	0,1	5,0%	1,5
Material auxiliar	2022	0,1	0,0	0,0%	0,1
Subtotal		1,7	0,1	4,7%	1,6
Total		11,7	4,2	35,5%	7,5

Fonte: Elaboração própria, com base na informação prestada pela DGS, através de mensagens de correio eletrónico, a 11 de outubro de 2021 e a 7 e 22 de dezembro de 2022.

Nota: O objeto do protocolo relaciona-se com a receção, armazenamento e distribuição dos bens mencionados. O valor pago diz respeito a serviços prestados pelo SUCH até 31 de março de 2022.

265. Fazendo o cruzamento dos valores pagos com os valores protocolados, verifica-se, quanto à distribuição de vacinas, que em 2021 tinham sido pagos 67,8% dos montantes protocolados. Relativamente à distribuição do material necessário à vacinação, naquele ano, apenas foi realizado 5% do valor global protocolado, o que terá determinado a substancial redução do valor considerado para 2022 (*vide* Quadro 15).

9.2.3. Recursos materiais necessários à administração das vacinas

266. Para implementar a campanha de vacinação, a DGS tinha também de providenciar pela compra de todos os materiais necessários à administração das vacinas (*e.g.* agulhas e seringas).

267. Para tal, celebrou Contratos de Mandato Administrativo (CMA) com a SPMS, que na sua qualidade de central de compras para o setor da saúde, podia conduzir procedimentos administrativos relativamente à aquisição destes bens¹⁶⁵ ¹⁶⁶.

268. Assim, entre dezembro de 2020 e junho de 2021, foram celebrados pelo menos oito CMA, para a aquisição, no mínimo, de 23,2 milhões de agulhas e de 22,5 milhões de seringas, além de outros dispositivos médicos e produtos farmacêuticos não especificados, pelos quais se propunha pagar um total de cerca de 3,2 milhões de euros (valor sem IVA)¹⁶⁷.

269. Neste âmbito, até 31 de março de 2022, tinham sido faturados 3,7 milhões de euros à DGS, referentes à aquisição de dispositivos médicos, dos quais 3,2 milhões de euros (87,2% do valor total) já se encontravam pagos. O valor remanescente foi integralmente pago até 16 de dezembro de 2022¹⁶⁸ ¹⁶⁹.

10. Recomendações internacionais

270. A OMS, a UNICEF, o Banco Mundial, a CE e o ECDC emitiram, ao longo do tempo, recomendações e orientações relativas ao processo de vacinação contra a COVID-19. Portugal adotou a larga maioria destas recomendações, tanto ao nível do planeamento estratégico e

¹⁶⁵ Cfr. artigo 4.º, n.º 5 a 7, do [Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março, na versão atual](#); e Lista Anexa à [Portaria 55/2013, de 7 de fevereiro, alterada pela Portaria 111/2017, de 16 de março, e pela Portaria n.º 406/2015, de 23 de novembro](#).

¹⁶⁶ Cfr. informação prestada pelos SPMS e pela DGS.

¹⁶⁷ Cfr. resulta da análise da cópia dos CMA, enviados pela DGS.

¹⁶⁸ O valor faturado apresentado é líquido das notas de crédito.

¹⁶⁹ De forma a verificar os valores reportados relativos à despesa realizada com a aquisição de materiais necessários à administração das vacinas, foram analisadas as faturas de maior valor e respetivos comprovativos de pagamento, cujo somatório perfaz cerca de 73% do total da despesa realizada neste âmbito. Não foram identificados erros no teste.

operacional, quanto ao nível da coordenação e gestão daquele processo, nas suas múltiplas dimensões.

271. Num universo de 35 recomendações, identificadas com base numa análise não exaustiva e sintética, que abrangeu as dimensões da governação, da logística, da definição de grupos prioritários, da avaliação da segurança e efetividade das vacinas, dos sistemas de informação e da comunicação, concluiu-se pela adoção da quase totalidade daquele universo de recomendações (94%)¹⁷⁰.
272. A criação de uma *Task Force* (e depois do NCAMS), a operacionalização de uma estrutura de governação com peritos técnicos, a adoção de uma abordagem intersectorial assente na colaboração e parcerias com entidades governamentais e não governamentais ou, ainda, a criação de mecanismos nacionais para o aconselhamento técnico sobre a vacinação, constam entre as recomendações adotadas por Portugal, relativamente à governação do processo de vacinação.
273. No que respeita à definição dos critérios de vacinação e dos grupos prioritários, podem sublinhar-se, entre as recomendações acolhidas, a existência de uma comissão técnica de vacinação para emissão de pareceres sobre os critérios a adotar, a par com a revisão e adaptação das estratégias de vacinação, ao longo do tempo, consoante a evolução da evidência científica, da disponibilização de vacinas e da situação epidemiológica.
274. Na área logística a avaliação é igualmente positiva. Seguindo as recomendações internacionais, foi compilada informação prévia sobre as condições existentes, pormenorizada no plano logístico, e foi assegurada a coordenação dos grupos de trabalho de logística, a cada nível da cadeia de abastecimento. Foi ainda avaliada a capacidade nacional de armazenamento, transporte, distribuição, cadeia de frio e sistema de manuseamento e utilizado um sistema de localização e acompanhamento das vacinas e dos seus lotes, em tempo real.
275. No domínio dos sistemas de informação (SI) foram, de igual modo, acolhidas recomendações internacionais, particularmente com a identificação das necessidades de informação, a revisão dos SI nacionais e a avaliação da sua adequação às necessidades identificadas, bem como, com a adaptação dos SI existentes e/ou a criação de sistemas dedicados.
276. A monitorização da segurança das vacinas estava prevista na estratégia de vacinação, tendo sido utilizados mecanismos de avaliação, em tempo real, de efeitos adversos da vacinação, reportados resultados de forma padronizada e partilhada informação através de plataformas globais e regionais, em linha com orientações internacionais nesta matéria.
277. No que respeita à dimensão da comunicação, referir a elaboração pela *Task Force* de um plano de comunicação estruturado, orientado para a vacinação massiva da população, que identificava públicos-alvo, definia objetivos e listava meios, visando promover uma comunicação “(...) alinhada, coerente e consistente”, o que está em linha com recomendações sobre esta temática. Já no caso do NCAMS, estrutura que viria a suceder à *Task Force* numa fase posterior da campanha de vacinação, tal não sucedeu, apesar de previsto.

¹⁷⁰ Para mais detalhes vide Anexo VIII – Recomendações internacionais.

IV. CONCLUSÕES

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

A adesão de Portugal ao procedimento europeu centralizado de aquisição de vacinas, um dos pilares da Estratégia da UE para as Vacinas Contra a COVID-19, foi determinante para assegurar o seu acesso a vacinas eficazes e seguras, em quantidades suficientes e a preços acessíveis, no mais curto espaço de tempo. (Ponto 5)

278. Entre agosto de 2020 e novembro de 2021 a Comissão Europeia (CE) celebrou oito Acordos Prévios de Aquisição (APA) com fabricantes de vacinas, que asseguraram a aquisição antecipada de até 1.429 milhões de doses iniciais, com a opção de compra de até 795,7 milhões de doses adicionais, repartidas em função da quota populacional dos Estados-Membros participantes (Quadro 1).
279. Aos fabricantes foi dada a garantia de compra das doses iniciais a produzir, com a União Europeia (UE) a contribuir para o financiamento dos custos de desenvolvimento e da capacidade da sua produção em escala, através de pagamentos antecipados por conta das doses iniciais asseguradas. A responsabilidade civil dos fabricantes perante terceiros passou para os Estados-Membros e foram impostos limites máximos às possíveis indemnizações que poderiam vir a pagar à CE e aos Estados-Membros.
280. A adesão de Portugal ao procedimento europeu centralizado de aquisição de vacinas permitiu-lhe garantir o direito e, em certas circunstâncias, a obrigação, de adquirir até 63,7 milhões de doses de vacinas, a um determinado preço e em prazo definido, beneficiando de comparticipação da UE na compra das doses iniciais, em resultado da dedução dos valores pagos antecipadamente.
281. A não adesão a este mecanismo teria deixado o país numa situação de maior vulnerabilidade negocial, face ao risco de alguns dos maiores Estados-Membros da UE assegurarem o seu acesso às vacinas, em detrimento dos restantes.

O modelo de governação do processo de vacinação revelou-se adequado e em linha com as recomendações internacionais sobre esta matéria, em particular com a tendência europeia. (Ponto 7.1)

282. Num modelo de governação complexo, envolvendo diversas entidades, o coordenador da *Task Force* dirigiu, coordenou e controlou o processo de vacinação, ao nível macro, enquanto as ARS e aos ACES atuavam ao nível micro. (Figura 1 e Figura 5)
283. O Núcleo Coordenador de Apoio ao Ministério da Saúde (NCAMS) sucede à *Task Force* numa fase já de reforço de vacinação e de administração simultânea com a vacina contra a gripe. Este adota uma estrutura simplificada em relação ao anterior modelo, o que demonstra a adaptabilidade do processo. (Figura 2)
284. Os instrumentos de direção e controlo adotados ao longo do tempo pelas duas estruturas basearam-se na aplicação dos princípios de melhoria contínua, permitindo a constante resolução de problemas e ajustamento às necessidades. (Quadro 2)

A organização do processo de vacinação dos grupos prioritários foi feita em consonância com os pareceres da Comissão Técnica de Vacinação Contra a COVID-19 e alinhada com as recomendações internacionais sobre esta matéria. (Ponto 7.2)

285. A estratégia de vacinação adotada também estava alinhada com as práticas dos outros países europeus. A mesma foi sendo ajustada à evolução da situação concreta do país, do conhecimento científico acerca da doença e da efetividade das vacinas disponíveis no mercado.
286. Os critérios de vacinação e os grupos prioritários, por fases, constavam no Plano de Vacinação elaborado pela *Task Force* e na Norma n.º 002-2021, de 30 de janeiro de 2021, da DGS. Os mesmos foram estabelecidos levando em consideração pareceres técnicos e norteados por princípios científicos, éticos, de aceitabilidade e de exequibilidade. Assim, numa primeira fase, priorizou-se a população idosa, os profissionais de saúde e as pessoas com certas comorbilidades. (Figura 3)
287. Tendo em vista o cumprimento dos critérios de vacinação definidos, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) realizou uma inspeção concomitante à implementação do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal.

O sistema logístico de armazenamento e distribuição de vacinas mostrou-se eficiente e adequado, assegurando a distribuição tempestiva e proporcional aos pontos de vacinação, prevenindo o desperdício por quebras na cadeia de frio e recorrendo à revenda e doação das doses não utilizadas. (Ponto 7.3)

288. O sistema logístico de armazenamento e distribuição de vacinas usou os circuitos de distribuição de medicamentos e vacinas já existentes e considerados eficazes, prática idêntica à de muitos países europeus.
289. A taxa de desperdício de vacinas era de 0,5% (119.800 doses), no final de março de 2022, em resultado da implementação de mecanismos de controlo e gestão de *stocks* e da adoção de medidas de prevenção do desperdício devido a quebras na cadeia de frio e a outras causas. Aquela taxa era significativamente inferior à verificada em outros países, para períodos semelhantes.
290. Entre abril e dezembro de 2022, foram inutilizadas mais 3,4 milhões de doses de vacinas (99,7% por ter sido ultrapassado o respetivo prazo de validade). Somando as doses inutilizadas em ambos os períodos, obtém-se um total de 3,5 milhões de doses inutilizadas, resultando numa taxa de desperdício estimada de 11,2% e correspondendo a perdas potenciais de aproximadamente 54,5 milhões de euros.
291. Tal decorreu da atribuição a Portugal de um número de doses que se revelou superior ao necessário para cumprimento dos objetivos de vacinação, em resultado de uma estratégia de aquisição antecipada e em larga escala, que incluiu a contratação simultânea de várias das vacinas em desenvolvimento, como cobertura do risco de insucesso, por forma a salvaguardar o seu suficiente e oportuno aprovisionamento.
292. O desperdício de doses não utilizadas foi minimizado através de empréstimos, vendas e doações, incluindo doações bilaterais ao abrigo dos mecanismos GAVI/COVAX.

O processo de administração das vacinas nos pontos de vacinação revelou-se eficaz no cumprimento das metas estabelecidas para a vacinação em massa da população portuguesa, garantindo a acessibilidade às vacinas. (Ponto 7.4)

293. A vacinação massiva da população foi assegurada em larga escala por uma rede alargada de centros de vacinação. Com uma média mensal de 225 CVC ativos, foi possível dar cumprimento

às metas estipuladas de vacinar 100.000 pessoas por dia e mais de 1 milhão e meio de pessoas por mês, durante as primeira e segunda fases da campanha de vacinação. (Gráfico 1)

294. Os municípios desempenharam um papel central no apoio aos CVC, especialmente através da cedência de trabalhadores e da contratação de profissionais para exercerem funções nesses espaços. Dos cerca de 46,3 milhões de euros de despesa associada aos apoios prestados, cerca de 50% respeitaram a despesa com profissionais de saúde e com outros recursos humanos. Igualmente relevantes foram os apoios municipais de cedência de espaços e/ou edifícios para a instalação dos CVC e a disponibilização de equipamentos de suporte ao seu funcionamento (72,3% e 88,9% dos municípios, respetivamente). (Figura 4, Gráfico 2)
295. Não foi possível apurar o total de profissionais afetos ao funcionamento dos CVC, uma vez que a informação transmitida pelas ARS não foi homogénea. Não obstante, as ARS de LVT, Norte e Centro reportaram decréscimos na sua atividade assistencial, em resultado da cedência de profissionais de saúde.
296. O processo de convocação e agendamento da vacinação combinou diferentes modalidades, de modo a maximizar, em cada local, a capacidade instalada, de acordo com os grupos etários alvo e com a fase da campanha de vacinação a decorrer, prevendo-se mecanismos redundantes como o agendamento local, o agendamento central e o auto agendamento. Juntamente com a modalidade “casa aberta”, todos contribuíram para aumentar a acessibilidade às vacinas.
297. A organização dos espaços e gestão do fluxo de utentes foi feita localmente, embora a *Task Force* também tenha emitido orientações específicas nesta matéria. De uma forma geral, não existiram mecanismos sistemáticos de monitorização de tempos de espera, que permitissem avaliar o correto dimensionamento da resposta e o ajustamento mais ágil entre a oferta e a procura.

Os sistemas de informação usados no processo de vacinação resultaram maioritariamente de desenvolvimentos internos, assentes na adaptação de sistemas já existentes e na criação de novas soluções, revelando constrangimentos e limitações. (Ponto 7.5)

298. Constatou-se a inexistência de um sistema de informação e gestão integrado, que em tempo real garantisse à *Task Force* o acesso a informação relevante para o acompanhamento e monitorização das operações.
299. Foram relatados constrangimentos associados à ausência de um sistema integrado de gestão de existências, à coexistência de bases de dados locais e centrais, não interligadas e por vezes redundantes, e a sistemas, equipamentos e parques informáticos envelhecidos. Acresceu ainda a necessidade genérica de melhorar a qualidade dos dados residentes nas bases de dados na área da saúde.
300. Algumas das soluções informáticas desenvolvidas especificamente para dar resposta às necessidades decorrentes do processo de vacinação massiva da população revelaram potencial de aplicação em outros contextos, na área da saúde, o que pode contribuir para a rentabilização dos seus custos de desenvolvimento e a otimização dos seus benefícios.

A campanha de vacinação foi suportada por um plano de comunicação durante o mandato da *Task Force*, o que não sucedeu sob a alçada do NCAMS. Tal poderá ter contribuído para a menor adesão da população às doses adicionais ou de reforço. (Ponto 7.6)

301. Ambas as estruturas deviam elaborar planos de comunicação destinados a suportar a estratégia e o plano de vacinação a operacionalizar, na medida em que promoviam maior adesão das populações.
302. Posteriormente, a inexistência de um plano de comunicação, numa fase já de reforço de vacinação e de administração simultânea com a vacina contra a gripe, pode ter sido uma das

razões que contribuiu para a menor adesão da população às doses de reforço, verificada durante o mandato do NCAMS, por comparação com a adesão à vacinação com o esquema inicial completo, registada sob a alçada da *Task Force*.

A monitorização da segurança e efetividade das vacinas concluiu pela baixa incidência de reações adversas graves e pela efetividade da vacina na prevenção de hospitalizações e óbitos associados à doença, embora moderada na proteção contra a infeção sintomática. (Ponto 7.7)

303. O número de reações adversas ao medicamento (RAM) era de 1,5 por mil vacinas administradas, em Portugal, em setembro de 2022, inferior aos 1,7 casos por mil vacinas apurados para a UE e Espaço Económico Europeu (EEE). O número de casos classificados como graves correspondia apenas a 21,4% do total das RAM e somente 0,8% respeitavam a casos de risco de vida e 0,4% a casos de morte. A baixa frequência de RAM notificadas minimiza o risco de indemnizações a pagar pelo Estado Português. (Quadro 4 e Quadro 5)
304. Os relatórios e estudos publicados apontam para a evidência de que as vacinas têm uma efetividade elevada na prevenção de hospitalizações e óbitos associados à doença, em toda a população com 30 anos ou mais, com o esquema de vacinação inicial completo. Contudo, a proteção contra a infeção sintomática surge apenas como moderada. No caso dos maiores de 65 anos, a dose de reforço acresce proteção na prevenção da hospitalização. (Quadro 8)

O programa de vacinação contra a COVID-19 cumpriu os objetivos definidos, superando em alguns casos as metas traçadas, com taxas de vacinação superiores à média europeia, indicando resultados positivos sobre os efeitos da doença e a sobrecarga do SNS. (Ponto 8)

305. Até 31 de março de 2022, tinham sido administradas 23,7 milhões de doses de vacinas em todo o país, significando que 92,4% da população tinha completado o esquema inicial de vacinação e 61,4% tinha tomado pelo menos uma dose adicional ou uma dose de reforço. (Gráfico 4 e Gráfico 8)
306. A adesão ao esquema inicial completo na população com idade igual ou superior a 50 anos situou-se em torno dos 100% e foi superior a 98% em praticamente todas as restantes faixas etárias. Porém, a faixa etária entre os 5 e os 9 anos teve uma substancial baixa taxa de vacinação (aproximadamente 28%) com o esquema inicial completo. (Gráfico 7).
307. A taxa de cobertura vacinal em Portugal, em agosto de 2021, era de 70% da população total, superando a meta definida pela CE aos Estados-Membros para o verão desse ano, a qual consistia em vacinar pelo menos 70% da sua população adulta.
308. Para estes resultados terão contribuído não só a disponibilidade de vacinas, mas também o ritmo e a escala de administração de vacinas implementados: entre abril e agosto de 2021 (para o esquema inicial completo), e entre dezembro do mesmo ano e janeiro de 2022 (para doses adicionais ou de reforço) foram vacinadas mais de 1,5 milhões de pessoas por mês, cumprindo a meta traçada pela *Task Force*.
309. No último trimestre de 2021, Portugal apresentava uma taxa de vacinação superior à média da UE em 15,4 pontos percentuais (p.p.), entre pessoas com 60 ou mais anos (99,3%), e em 16,6 p.p., entre pessoas com 18 ou mais anos (93,6%). Por sua vez, a taxa média da população portuguesa que tinha tomado pelo menos uma dose adicional ou de reforço também se situava acima da média registada na UE/EEE, em cerca de 8,5 p.p., à data de 13 de abril de 2022 (61,4% face a 52,9%). (Gráfico 5 e Gráfico 6)
310. Os resultados obtidos quanto aos indicadores de impacto da vacina sobre os efeitos da doença e prevenção da sobrecarga do SNS vão ao encontro das conclusões dos estudos acerca da efetividade da vacina.
311. Em Portugal, o aumento do ritmo de vacinação a partir de abril de 2021 fez-se acompanhar pela diminuição da taxa de mortalidade de casos confirmados da doença, a partir de junho do

mesmo ano. No final de março de 2022, situava-se nos 0,6%, quando no pico atingido em maio de 2020, era de 4,5%. (Gráfico 11)

312. Verifica-se a mesma tendência para os casos confirmados de COVID-19 que conduziram a internamento hospitalar e também no excesso de mortalidade semanal em Portugal. (Gráfico 12, Gráfico 13 e Gráfico 14)

A despesa autorizada e realizada revelou-se suficiente para a implementação do programa de vacinação, destinando-se, maioritariamente, a suportar os custos de aquisição de vacinas, ao abrigo do procedimento europeu centralizado de aquisição, desenvolvido pela UE. (Ponto 9)

313. Entre dezembro de 2020 e novembro de 2022 foi autorizada a realização de despesa no valor de 819 milhões de euros, dos quais 797,5 milhões de euros (97,4%) respeitavam aos procedimentos aquisitivos no âmbito do procedimento europeu de aquisição centralizada de vacinas. O valor remanescente repartia-se entre despesa associada à receção, armazenamento e distribuição de vacinas e à participação portuguesa no reforço do Instrumento de Apoio de Emergência (IAE) da UE (Quadro 9).
314. A Direção-Geral da Saúde (DGS) foi a entidade incumbida de realizar todos os atos necessários à aquisição de vacinas, ao seu armazenamento e à sua administração. A fim de fazer face àquelas despesas, em 2021 o seu orçamento foi reforçado em 383,5 milhões de euros. (Ponto 5 e 9.1)
315. A 31 de março de 2022, Portugal tinha encomendado 61,2 milhões de doses de vacinas, no valor total de 991,6 milhões de euros. Deduzindo os 41,3 milhões de euros pagos pela UE pelas doses iniciais, a título de adiantamento, o montante final a cargo de Portugal era de 950,3 milhões, valor este que ainda poderia ser alvo de financiamento através do REACT-EU, até ao montante de 232,4 milhões de euros. (Quadro 12 e Quadro 14)
316. No final do período em análise, o total da despesa realizada (paga) ascendia a 359,4 milhões de euros, e respeitava à aquisição de vacinas (352,0 milhões de euros; 97,9%), de materiais necessários à sua administração (3,2 milhões de euros; 0,9%) e à contratação de serviços logísticos de armazenamento e distribuição (4,2 milhões de euros; 1,2%). A maioria da despesa foi realizada em 2021 (343,2 milhões de euros; 95,5%). (Quadro 10 e Gráfico 15)
317. O valor médio pago por dose de vacina administrada foi de 15,19 euros, até 31 de março de 2022, apurado considerando o número total de doses administradas e a totalidade da despesa realizada com a aquisição de vacinas, do material necessário à sua administração e ao processo logístico associado. Já o valor médio pago por dose de vacina recebida, àquela data, foi de 11,14 euros, calculado com base no número de doses recebidas e na despesa total realizada com a sua aquisição.

Globalmente, foram tidas em conta as recomendações e orientações internacionais relativas ao processo de vacinação, tanto ao nível do seu planeamento estratégico e operacional, como da respetiva coordenação e gestão, nas suas múltiplas dimensões. (Ponto 10)

318. Entidades como a OMS, a UNICEF, o Banco Mundial, a CE e o ECDC emitiram, ao longo do tempo, recomendações e orientações relativas ao processo de vacinação contra a COVID-19. Portugal adotou a sua larga maioria, nomeadamente nas dimensões da governação, da logística, da definição de grupos prioritários, da avaliação da segurança e efetividade das vacinas, dos sistemas de informação e da comunicação.

V. RECOMENDAÇÕES

Atentas as observações e conclusões da auditoria recomenda-se:

Ao Ministro da Saúde

- R.1. Diligenciar para que as autoridades de saúde, no âmbito da gestão da COVID-19 já enquanto doença endémica, e na sequência da declaração do fim da pandemia da COVID-19 feita pela OMS, em 5 de maio de 2023, assegurem que futuras campanhas de vacinação sejam acompanhadas de planos de comunicação eficazes.
- R.2. Desenvolver uma estratégia de gestão da COVID-19 no contexto geral de prevenção e controlo de doenças respiratórias, considerando a sua eventual articulação com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias.
- R.3. Assegurar a divulgação pública dos principais resultados finais dos controlos externos e internos ao cumprimento dos critérios de vacinação e priorização definidos, assim como do tratamento dado a queixas e denúncias relativas a essas matérias, de modo a aumentar a confiança dos cidadãos na equidade do processo de vacinação e por conseguinte a sua adesão a eventuais campanhas de vacinação futuras.
- R.4. Garantir a resiliência do Sistema de Saúde¹⁷¹, desenvolvendo a sua preparação e capacidade de resposta a futuras emergências de saúde pública, a sua capacidade para minimizar os seus impactos negativos e promover a sua rápida recuperação, bem como a sua capacidade de adaptação, assente nas lições aprendidas. Para este efeito, em linha com as recomendações de organizações internacionais, devendo promover-se, designadamente¹⁷²:
 - a saúde da população em geral;
 - o recrutamento e retenção de profissionais de saúde;
 - a recolha e análise sistemática de dados de forma completa e consistente;
 - a cooperação com organismos europeus e internacionais;
 - o reforço das cadeias logísticas de produtos médicos;
 - estruturas de governação que contemplem respostas integradas e promovam a confiança dos cidadãos.
- R.5. Providenciar pela modernização dos sistemas de informação do SNS, assegurando a boa execução do Plano de Recuperação e Resiliência no domínio da transição digital do SNS.

À Presidente do Conselho de Administração da SPMS, EPE

- R.6. Providenciar pela progressiva melhoria na comunicação entre as bases de dados de saúde locais e as bases de dados de saúde centrais, e pela progressiva melhoria da qualidade dos dados das bases de dados de saúde existentes, especialmente do Registo Nacional de Utentes, de modo a facilitar futuras campanhas de vacinação.
- R.7. Promover e garantir a integral execução e o correto cumprimento dos objetivos e metas do projeto de investimento “Transição Digital na Saúde”, financiado ao abrigo do Plano de

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

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

Recuperação e Resiliência português, tendo em conta as responsabilidades assumidas pela SPMS, EPE, na sua qualidade de beneficiária e executora do mesmo.

Ao Ministro da Saúde e à Presidente do Conselho de Administração da SPMS, EPE

R.8. Assegurar que o investimento feito no desenvolvimento de aplicações e sistemas para resposta a necessidades emergentes do contexto específico da vacinação em massa contra a COVID-19, seja capitalizado, promovendo a sua adaptação e/ou implementação em outros contextos na área da saúde, onde sejam identificados como relevantes.

Ao Diretor-Geral da Saúde

R.9. Providenciar pela elaboração de um plano de vacinação em massa, a aplicar em futuras emergências de saúde pública nas quais a vacinação constitua um instrumento de combate à doença, a submeter ao Ministro da Saúde para aprovação e posterior publicação. Este deve atender às lições aprendidas com o processo de vacinação contra a COVID-19, de modo a preservar a memória futura. Deverá conter orientações em matérias de governação, de logística, operacionais e de financiamento. Em especial, recomenda-se que contemple os seguintes elementos:

- Elaboração de um plano de comunicação para a campanha de vacinação que potencie a adesão da população e combata a desinformação;
- Mecanismos de reforço das equipas de vacinação que mitiguem o desvio de recursos humanos dos cuidados de saúde primários;
- Implementação de um sistema integrado de gestão de existências e materiais, desde o seu fornecimento e integrando toda a cadeia logística, que preveja mecanismos de prevenção e deteção de perdas, de modo a minimizar o desperdício;
- Soluções eficazes de monitorização dos tempos de espera para a vacinação e mecanismos ágeis de ajustamento da oferta à procura, bem como a utilização de instrumentos de recolha da opinião dos utentes sobre a sua experiência.

R.10. Diligenciar pela elaboração de um estudo sobre os motivos para a substancial menor adesão à vacinação com o esquema inicial completo da faixa etária da população entre os 5 e os 11 anos, procedendo do mesmo modo quanto à menor adesão da população em geral às doses de reforço, de forma a gerar lições úteis para possíveis situações futuras semelhantes.

R.11. Providenciar pela implementação de medidas com vista a preservar a confiança nas autoridades e no sistema de saúde pública, promovendo e reforçando a adesão da população residente em Portugal aos planos de vacinação, especialmente num contexto de mudanças demográficas e de rápida circulação de desinformação.

VI. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

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

VII. EMOLUMENTOS

Nos termos dos artigos 1.º, 2.º, 10.º, n.º 1, e 11.º, n.º 2 e n.º 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs. 139/99, de 28 de agosto, e 3-B/2000, de 4 de abril, são devidos emolumentos, no montante global de 17.164,00 €, a suportar, em partes iguais, pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., pela Direção-Geral da Saúde, pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., pelo Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., e pelas cinco Administrações Regionais de Saúde, I.P.

VIII. DECISÃO

Os juízes do Tribunal de Contas, em subsecção da 2.ª Secção, decidem:

1. Aprovar o presente Relatório;
2. Que o Relatório seja remetido às seguintes entidades:
 - Ministro da Saúde;
 - Presidente da Assembleia da República;
 - Direção-Geral da Saúde;
 - Coordenador da *Task Force* para a elaboração do Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal;
 - Coordenador do Núcleo Coordenador de Apoio ao Ministério da Saúde;
 - Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Alentejo, I. P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Algarve, I.P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Centro, I. P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte, I.P.;
 - Conselho Diretivo da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.;
 - Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.;
 - Conselho de Administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais;
 - Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.;
 - Conselho Diretivo da Associação Nacional de Municípios Portugueses.
3. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29.º, n.º 4, 54.º, n.º 4, 55.º n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na versão atual;

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

4. Determinar que as entidades destinatárias das recomendações informem o Tribunal de Contas, no prazo de três meses após a receção deste Relatório, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, acerca da sequência dada às recomendações;
5. Fixar o valor global dos emolumentos em 17.164,00 €, nos termos dos artigos 2.º, 10.º e 11.º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas¹⁷⁴, a pagar, em partes iguais, pelo Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., pela Direção-Geral da Saúde, pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., pelo Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., e pelas cinco Administrações Regionais de Saúde, I.P.;
6. Que, após as notificações e comunicações necessárias, o Relatório seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e publicado no sítio do Tribunal de Contas na *Internet*.

Tribunal de Contas, em 14 de setembro de 2023

O Juiz Conselheiro Relator



(Luís Filipe Cracel Viana)

As Juízas Conselheiras Adjuntas

Votou o relatório, mas não assina por ter participado por videoconferência.

(Helena Maria Mateus de Vasconcelos Abreu Lopes)



(Maria da Luz Carmezim Pedroso de Faria)

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



ANEXOS



Anexo I – Metodologia

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

As evidências de auditoria estão documentadas e as observações e conclusões formuladas estão fundamentadas.

PLANEAMENTO

A fase de Planeamento incluiu a análise dos sistemas implementados e dos resultados publicamente disponíveis relativos ao objeto da auditoria, e a recolha de informação internacional sobre o tema, incluindo trabalhos de avaliação desenvolvidos por outras instituições superiores de controlo¹⁷⁵. Também foi solicitada informação sobre estudos/pareceres, relatórios de ações de auditoria, inspeção, esclarecimento, fiscalização ou inquérito, bem como outras ações de controlo, eventualmente realizadas, à Inspeção-Geral das Finanças e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. Foi, igualmente, solicitado ao Ministério da Saúde diversa documentação elaborada pela *Task Force*/NCAMS.

Destaca-se a seguinte informação recolhida:

- Legislação nacional e comunitária relacionada;
- Publicações oficiais com dados físicos e financeiros relacionados com o programa de vacinação, com destaque, de forma não exaustiva, para a Direção-Geral do Orçamento, a Direção-Geral da Saúde e a Comissão Europeia;
- Publicações sobre o tema feitas por organismos internacionais, designadamente, a Organização Mundial de Saúde, a Agência Europeia de Medicamentos e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças;
- Relatórios de auditoria com objetos semelhantes de outras instituições superiores de controlo;
- Contratos públicos relacionados, publicados no Portal Base;
- Documentos públicos e não públicos elaborados pela *Task Force* para a vacinação contra a COVID-19;
- Artigos da comunicação social.

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

EXECUÇÃO DA AUDITORIA

A fase de execução da auditoria decorreu de julho de 2022 até fevereiro de 2023.

O desenvolvimento da ação foi apoiado, sobretudo, em informação recolhida junto das entidades responsáveis pelo desenho e pela implementação da estratégia de vacinação, bem com das

¹⁷⁵ National Audit Office (2020). [Investigation into preparations for potential COVID-19 vaccines](#).

Tribunal de Contas Europeu (2021). [Contributo inicial da UE para a resposta de saúde pública à COVID-19](#).

US Government Accountability Office (2022). [COVID-19: Federal Efforts to Provide Vaccines to Racial and Ethnic Groups](#).

National Audit Office (2022). [The rollout of the COVID-19 vaccination programme in England](#).

¹⁷⁶ Informação n.º 05/2022 - DA V – Setor Social, de 07 de julho de 2022.

entidades centrais com funções de financiamento e de serviços partilhados no Ministério da Saúde, nomeadamente:

- a Direção-Geral da Saúde;
- as Administrações Regionais de Saúde, IP;
- a Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
- o SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais;
- o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, IP; e
- o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

Pela sua importância para os trabalhos de auditoria, destacam-se os documentos “Plano Logístico de Vacinação COVID-19 – anotado” e “Lições aprendidas: Coordenador da *Task Force* para a Vacinação”¹⁷⁷.

Foram analisados também relatórios de outras instituições superiores de controlo¹⁷⁸.

Procedeu-se, igualmente, à consulta de bases de dados internacionais. De salientar, a plataforma “*Our World in Data*”, que agrega dados de diversas fontes, incluindo organizações internacionais (e.g. Banco Mundial, OCDE e agências das Nações Unidas), agências estatísticas e também fontes governamentais oficiais¹⁷⁹, como é o caso dos dados acerca da testagem e da vacinação contra a COVID-19.

Para controlo da informação financeira recolhida, foram analisadas as faturas pagas até 31 de março de 2022, e respetivos comprovativos de pagamento. Para efetuar essa seleção, optou-se por testar as faturas de maior valor, cujo somatório perfizesse, pelo menos, 50% do valor total.

Foram auscultados os municípios, por terem colaborado com o esforço da vacinação ao disponibilizarem vários recursos próprios. Para tal, foi elaborado um inquérito sobre o apoio prestado pelos municípios ao funcionamento dos CVC da sua área de influência.

O universo abrangido respeitou a todos os municípios do continente, embora três não tenham respondido¹⁸⁰, apesar das várias insistências do TdC. O preenchimento do inquérito era feito *online*. Os resultados foram alvo de tratamento estatístico.

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

¹⁷⁷ *Task Force* (2020). *Plano Logístico de Vacinação COVID-19*, de 11 de dezembro de 2020. Versão anotada. Remetida pelo Ministério da Saúde, através do ofício ENT. n.º 3852, enviado por correio eletrónico, a 28 de abril de 2022.

Gouveia e Melo, H. E. P. (2021). *Lições aprendidas: Coordenador da Task Force para a Vacinação*. 22 de setembro de 2021. Remetida pelo Ministério da Saúde, através do ofício ENT. n.º 3852, enviado por correio eletrónico, a 28 de abril de 2022.

¹⁷⁸ Além das referidas em cima, analisou-se as seguintes: Tribunal de Contas Europeu (2021). [Documento de análise n.º 01: Contributo inicial da UE para a resposta de saúde pública à COVID-19](#). | National Audit Office (2021). [Lessons learned: Delivering programmes at speed. September 2021](#). | Tribunal de Contas Europeu (2022). [Relatório Especial Aquisição de vacinas contra a COVID-19 pela UE: Doses suficientes após dificuldades iniciais, mas avaliação insuficiente do desempenho do processo](#). | UK National Audit Office (2021). [Investigation into preparations for potential COVID-19 vaccines](#), 16.12.2020. | Cour des comptes (2022). [La vaccination contre la COVID 19: Des résultats globaux favorables, des disparités persistantes](#). Décembre 2022. | Instituições superiores de controlo da Bielorrússia, Hungria, Polónia e Eslováquia (sd). [Joint Report on: Protecting the population against infectious diseases](#).

¹⁷⁹ A plataforma [Our World in Data](#) resulta da colaboração de investigadores da Universidade de Oxford com a organização sem fins lucrativos Global Change Data Lab, sediada no Reino Unido. Agrega dados de quatro fontes principais: institutos especializados, artigos científicos, instituições ou agências estatísticas internacionais, e de fontes governamentais oficiais.

¹⁸⁰ Designadamente: os municípios de Aljustrel, Avis, e Sobral de Monte Agraço.

RELATO

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



Anexo II – Instrumentos e programas europeus

Instrumento de Apoio de Emergência

- 1 O IAE da UE está previsto, desde o Regulamento (UE) 2016/369 do Conselho de 15 de março, para conceder apoio a Estados-Membros, em caso de uma atual ou potencial catástrofe, seja ela natural ou de origem humana. Este apenas deve ser ativado quando haja consequências humanitárias excepcionalmente graves e abrangentes em um ou mais Estados-Membros, e se os outros instrumentos da UE não foram suficientes. Mais, este apoio deve apoiar e complementar as intervenções feitas pelos Estados-Membros afetados, sendo este instrumento financiado pelo Orçamento Geral da UE, bem como através de contribuições de Estados-Membros e de outros doadores, públicos ou privados¹⁸¹.
- 2 Este apoio viria a ser ativado pelo Regulamento (UE) 2020/521 do Conselho de 14 de abril, com o objetivo de financiar as despesas necessárias para combater a pandemia, entre 1 de fevereiro de 2020 e 31 de janeiro de 2022¹⁸²,
- 3 No âmbito deste apoio podem ser financiadas pela UE “(...) ações de assistência, ajuda de emergência e, se necessário, de proteção para salvar e preservar vidas em caso de catástrofes ou das suas consequências imediatas”. Porém, também podem ser financiadas, em “(...) caso de uma pandemia com impacto em larga escala” ações como o “reforço temporário da equipa médica”, a “criação de instalações temporárias de cuidados de saúde”, ou o “desenvolvimento, produção ou aquisição e distribuição de produtos médicos”, entre outras. O financiamento da UE pode chegar a 100% das despesas elegíveis¹⁸³.
- 4 A CE é responsável por executar este apoio financeiro, que pode ser concedido de três formas:
 - Através da contratação conjunta com os Estados-Membros, mediante a qual estes “(...) podem adquirir, alugar ou tomar em locação na íntegra as capacidades conjuntamente contratadas”;
 - Por meio da “contratação pública pela Comissão, como grossista, para aquisição, armazenamento, revenda e doação de produtos e serviços, incluindo alugueres, a Estados-Membros ou a organizações parceiras que seleccione”; ou
 - Por intermédio da “contratação pública pela Comissão, em nome dos Estados-Membros, com base num acordo entre a Comissão e os Estados-Membros”¹⁸⁴.

REACT-EU

- 5 O REACT-EU (Programa da Assistência à Recuperação para a Coesão e os Territórios da Europa) insere-se no âmbito do Instrumento de Recuperação da UE (*NextGenerationEU*). Este instrumento foi criado para apoiar a recuperação na sequência da crise da COVID-19, visando

¹⁸¹ Cfr. artigo 1º, e 4º, n.º 2, do [Regulamento \(UE\) 2016/369 do Conselho, de 15 de março de 2016](#), relativo à prestação de apoio de emergência na União, alterado pelo Regulamento (UE) 2020/521 do Conselho de 14 de abril de 2020.

¹⁸² Cfr. artigo 1º, do [Regulamento \(UE\) 2020/521 do Conselho de 14 de abril de 2020](#) que ativa o apoio de emergência nos termos do Regulamento (UE) 2016/369 e que altera as suas disposições tendo em conta o surto de COVID-19.

¹⁸³ Cfr. artigo 5º, e anexo do [Regulamento \(UE\) 2016/369 do Conselho, de 15 de março de 2016](#), relativo à prestação de apoio de emergência na União, alterado pelo Regulamento (UE) 2020/521 do Conselho de 14 de abril de 2020.

¹⁸⁴ Cfr. artigo 4º, do [Regulamento \(UE\) 2020/521 do Conselho de 14 de abril de 2020](#) que ativa o apoio de emergência nos termos do Regulamento (UE) 2016/369 e que altera as suas disposições tendo em conta o surto de COVID-19.

suportar especialmente medidas para combater as consequências económicas adversas da crise da COVID-19 ou para colmatar necessidades imediatas de financiamento de modo a prevenir um ressurgimento dessa crise, as quais seriam executadas no contexto de programas específicos da UE.

- 6 Este Instrumento tem um financiamento que pode chegar aos 750.000 milhões de euros a preços de 2018, dos quais 47.500 milhões de euros podem ser atribuídos através programas estruturais e de coesão do quadro financeiro plurianual 2014-2020, que foram reforçados até 2022 (REACT-EU).
- 7 Nas operações apoiadas pelo REACT-EU, são elegíveis despesas feitas partir de 1 de fevereiro de 2020. Não é exigido cofinanciamento nacional e permite-se flexibilidade de transferências entre os fundos regionais e sociais durante o período de execução¹⁸⁵.
- 8 A Portugal, foram atribuídos 1.600 milhões de euros para 2021 e 545 milhões de euros para 2022, a preços correntes¹⁸⁶.

Contratação centralizada de vacinas - informação complementar

- 9 Para além da informação referida no corpo do relato, tendo em conta o facto destes contratos não serem públicos, considera-se pertinente fornecer informação e esclarecimentos adicionais sobre os mesmos.
- 10 A contratualização centralizada para a aquisição de vacinas teve por base acordo celebrado com os Estados-Membros, cujo modelo consta da [Decisão da Comissão Europeia, de 18 de junho de 2020](#) [C (2020) 4192 final].
- 11 Este processo de contratação e aquisição de vacinas centralizado visava, através da partilha de riscos e da agregação de investimentos, de modo a alcançar economias de escala, atingir uma melhor proteção contra eventuais perdas de capitais.
- 12 Além destes acordos, a Comissão também auxiliou os produtores de vacinas através da prestação, a seu favor, de “(...) *garantias ao Banco Europeu de Investimento (BEI) no âmbito dos seus instrumentos financeiros, tais como a iniciativa InnovFinIn do programa Horizonte 2020, o Fundo Europeu para Investimentos Estratégicos (FEIE) e o futuro programa InvestEU*”¹⁸⁷.
- 13 Em aditamento ao já referido sobre a partilha de riscos, mencionam-se ainda os seguintes pontos infra.
- 14 Sobre o risco das vacinas já não serem relevantes quando chegassem aos países, temos o exemplo da vacina Nuvaxovid. Esta foi autorizada a 20 de dezembro de 2021, sendo apenas considerada para a vacinação primária de adultos com contra-indicação para uma vacina de

¹⁸⁵ Cfr. artigo 1º e 2º, n.º 2, [do Regulamento \(UE\) 2020/2094 do Conselho de 14 de dezembro de 2020](#) que cria um Instrumento de Recuperação da União Europeia para apoiar a recuperação na sequência da crise da COVID-19; o [Regulamento \(UE\) 2020/2221 do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de dezembro de 2020](#) que altera o Regulamento (UE) n.º 1303/2013 no que respeita aos recursos adicionais e às disposições de execução a fim de prestar assistência à promoção da recuperação da crise no contexto da pandemia de COVID-19 e respetivas consequências sociais e à preparação de uma recuperação ecológica, digital e resiliente da economia (REACT-EU).

¹⁸⁶ Comissão Europeia (2021). [Allocations under REACT-EU for 2021 per Member State](#); e Comissão Europeia (2021). [REACT-EU - 2022 Allocation \(in EUR\)](#). Consultado a 17-03-2022.

¹⁸⁷ Cfr. Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho Europeu, ao Conselho e ao Banco Europeu de Investimento [Estratégia da UE para as Vacinas Contra a COVID-19 Bruxelas, 17.6.2020 COM \(2020\) 245 final](#)

- tecnologia mRNA, quando em Portugal, àquela data, o foco da campanha de vacinação era a vacinação primária da faixa dos 5 aos 11 anos e a dose de reforço para os adultos¹⁸⁸.
- 15 Quanto à responsabilidade perante terceiros, assumida pelos países participantes, são consideradas pessoas indemnizáveis: empresas contratantes, seus afiliados presentes ou futuros, colaboradores, fornecedores, subcontratados, diretores, funcionários, entre outros.
 - 16 Estas têm o direito a serem ressarcidas pelos Estados-Membros pelos valores e custos que venham a ter por ações intentadas por partes terceiras contra si, devido a danos causados pela administração ou utilização das vacinas fornecidas ao Estados-Membros, no âmbito do respetivo VOF (*vaccine order form* – contratos de aquisição de vacinas).
 - 17 Os danos cobertos estão relacionados normalmente com morte, danos físicos, mentais ou emocionais, doenças ou incapacidades, ou o medo de que estes aconteçam, perdas ou danos patrimoniais, e interrupção de negócio. Em regra, estão excluídos os danos resultantes de conduta dolosa ou falha no cumprimento das boas práticas de fabrico. Em alguns casos, também estão excluídos os danos causados por negligência grosseira.
 - 18 Os custos com a defesa e com o processo judicial estão igualmente garantidos, assim como os de uma possível transação, desde que o Estado-Membro dê o seu consentimento prévio. Em alternativa, as pessoas indemnizáveis podem pedir ao Estado-Membro que as substitua na sua defesa. Num dos últimos contratos assinados pela CE foi instituído um teto para esta indemnização. Como assinala o Tribunal de Contas Europeu no seu *Relatório Especial Aquisição de Vacinas Contra a COVID-19 pela UE*, esta conseguiu condições contratuais mais favoráveis nos contratos mais recentes¹⁸⁹.
 - 19 No referido relatório pode ser encontrada mais informação acerca da negociação das cláusulas de indemnizações de terceiros com as empresas contratantes, assim como sobre as tecnologias contratadas.

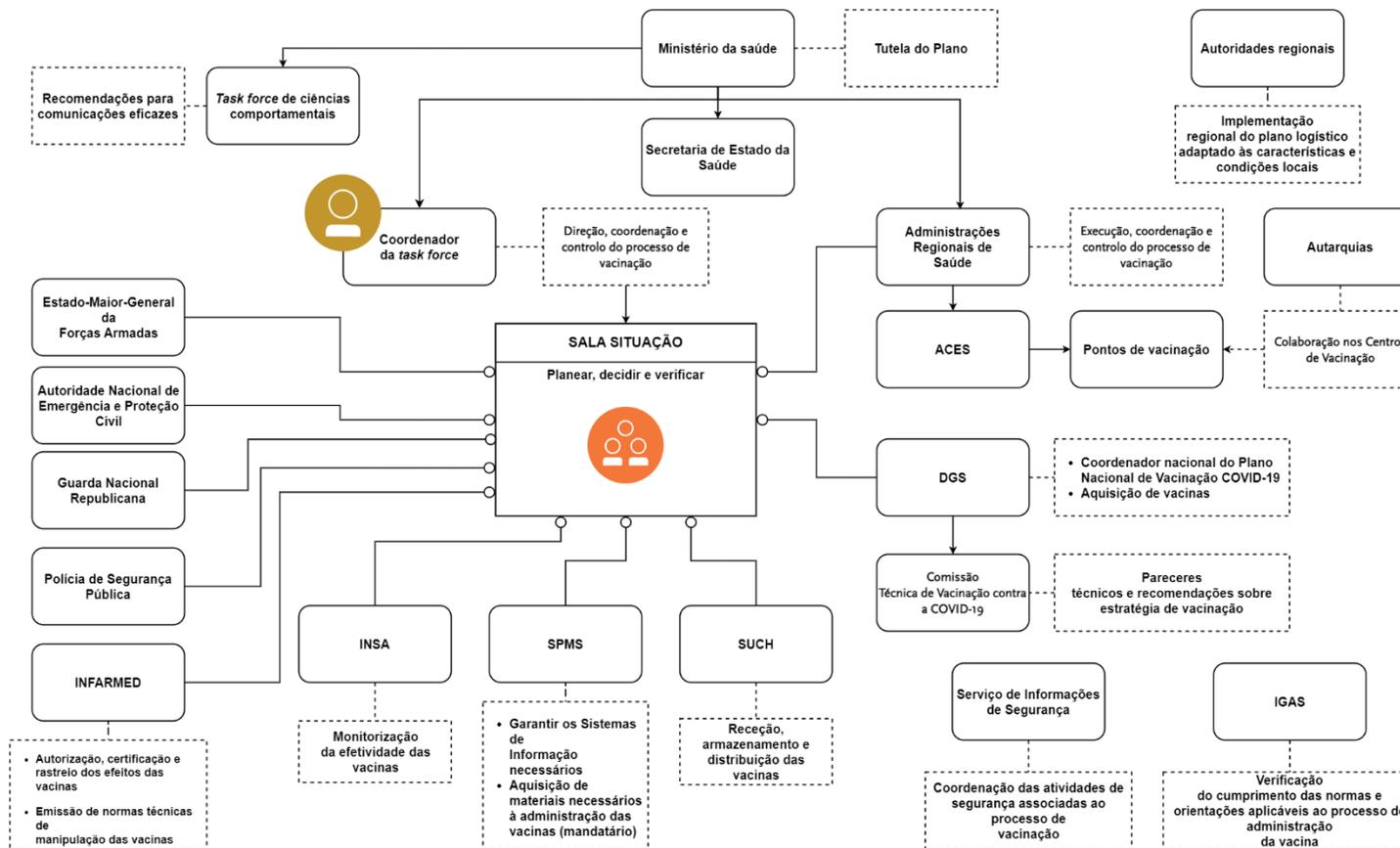
¹⁸⁸ Vide Comissão Técnica de Vacinação contra a COVID-19 (2022). [Recomendações sobre a utilização de NUVAXOVID \(24.02.2022\)](#)

¹⁸⁹ Cfr. Tribunal de Contas Europeu (2022). [Relatório Especial Aquisição de Vacinas Contra a COVID-19 pela UE. Doses suficientes após dificuldades iniciais, mas avaliação insuficiente do desempenho do processo.](#)



Anexo III – Modelo de governação

Figura 5 - Modelo de governação do processo de vacinação, durante o período da *Task Force*



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



Anexo IV - Análise das respostas do inquérito aos municípios

Ficha técnica

1. Inquérito realizado pela equipa de auditoria ao universo de 278 municípios do continente, para recolher informação sobre o apoio prestado ao funcionamento dos Centros de Vacinação contra a COVID-19 das suas áreas de influência, desde o seu início até 31 de março de 2022.
2. Os municípios foram notificados por correio eletrónico, no dia 16 de agosto, para o preenchimento do inquérito *online*, através da plataforma *Google Forms*.
3. Foram recebidas respostas válidas de 275 municípios, 98,9% do universo do inquérito.
4. Os dados recebidos foram homogeneizados, quando possível, sendo feitos pedidos de esclarecimento quando pertinente, por correio eletrónico ou por telefone.
5. No tratamento dos dados, optou-se por excluir as questões 4.1 e 4.2 sobre o número de CVC e respetiva identificação, por não terem sido usados critérios uniformes nas respostas recebidas.
6. Os dados tratados foram alvo de análise estatística.

Análise das respostas

7. De acordo com as respostas obtidas ao inquérito, 89,8% dos municípios tiveram pelo menos um CVC na sua área de influência. Do total destes municípios, 95,1% afirmaram ter prestado algum tipo de apoio aos mesmos (financeiro, recursos humanos, recursos materiais, ou outros tipos de apoio). É sobre estes que a análise seguinte irá incidir.

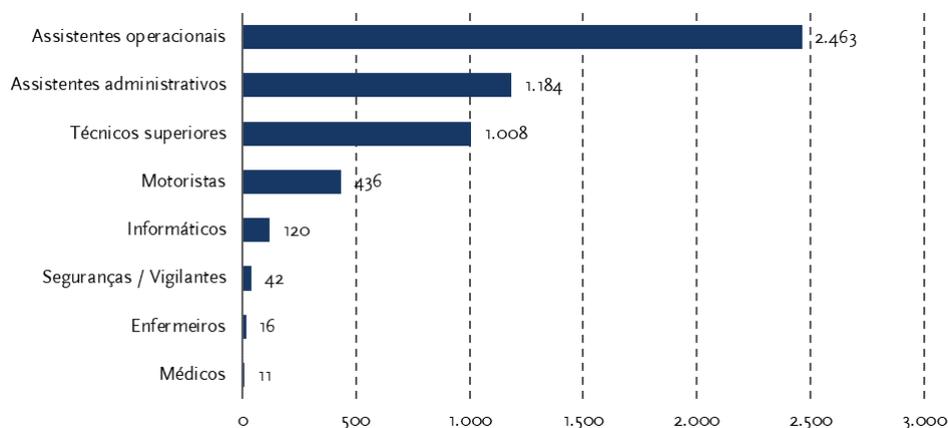
Despesa realizada

8. Dos municípios que apoiaram os CVC da sua área de influência, 95,3% indicaram ter realizado despesa associada à prestação desse apoio. No total, reportaram um montante de despesa de 46.265.548 euros, até 31 de março de 2022, como é possível observar no Gráfico 2.
9. A maior parte da despesa realizada esteve relacionada com recursos humanos, sendo o somatório da despesa com profissionais de saúde e com outros recursos humanos de 23.133.884 euros – cerca de 50% do total da despesa realizada.

Recursos Humanos

10. Cerca de 88% (207) dos municípios que apoiaram os CVC da sua área de influência responderam ter tido trabalhadores dos seus quadros a prestarem atividade nos mesmos.
11. Os municípios quantificaram 5.280 trabalhadores nas categorias profissionais especificadas pelo inquérito. Com destaque para os assistentes operacionais com 2.463 trabalhadores (46,6% do total) (cfr. Gráfico 16).

Gráfico 16 - Trabalhadores do quadro dos municípios a prestarem atividade nos CVC, por categoria profissional



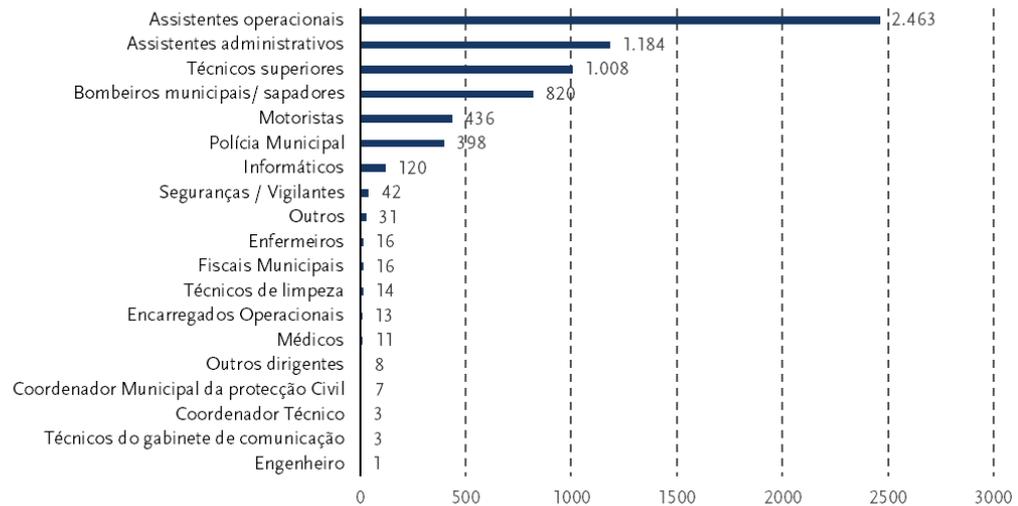
Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos resultados do inquérito aos municípios sobre os apoios prestados aos CVC.

Notas: No inquérito enviado também constava a categoria “farmacêuticos”, mas nenhum município indicou profissionais nessa categoria. Foram dadas indicações de que fosse indicada a média diária por categoria, mas, no entanto, podem ter existidos outros entendimentos no preenchimento pelos municípios.

12. Adicionalmente, 44 municípios referiram ainda a cedência de trabalhadores de outras categorias profissionais. Tendo mencionado, principalmente, os polícias municipais, os bombeiros municipais ou sapadores, os coordenadores municipais da proteção civil e os encarregados operacionais, entre outros¹⁹⁰.
13. Assim, se considerarmos a totalidade dos profissionais indicados pelos municípios, para lá do universo restrito de categorias profissionais identificadas no inquérito, verificamos que pelo menos 6.594 profissionais foram cedidos por estes. Nos três primeiros lugares mantêm-se as mesmas categorias, mas os bombeiros municipais/sapadores aparecem agora em quarto lugar, com 820 profissionais cedidos.

¹⁹⁰ Nota: no inquérito foi incluída uma categoria “outros” onde se pedia para especificar quais e a quantidade. Porém como existiram muitas respostas que não especificaram a quantidade, mas apenas a categoria, optou-se por não contabilizar os valores recebidos nessa resposta.

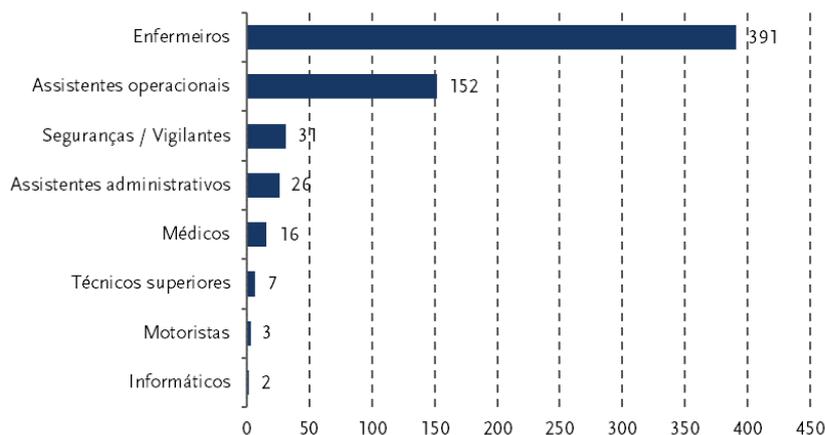
Gráfico 17 - Trabalhadores do quadro dos municípios a prestarem atividade nos CVC, considerando todas as categorias especificadas



Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos resultados do inquérito aos municípios sobre os apoios prestados aos CVC.

14. Existiram, igualmente, 71 municípios que contrataram profissionais, a título individual ou através de prestação de serviços, especificamente para a prestação de serviços nos CVC da sua área de influência. Aquele universo representa 30% dos municípios que indicaram terem apoiado os CVC.
15. Das categorias especificadas no inquérito, os municípios declararam ter contratado 628 profissionais. Destes, a maioria são enfermeiros (391; 62,3% do total) (cfr. Gráfico 18).

Gráfico 18 – Número de profissionais contratados pelos municípios especificamente para os CVC, por categorias profissionais

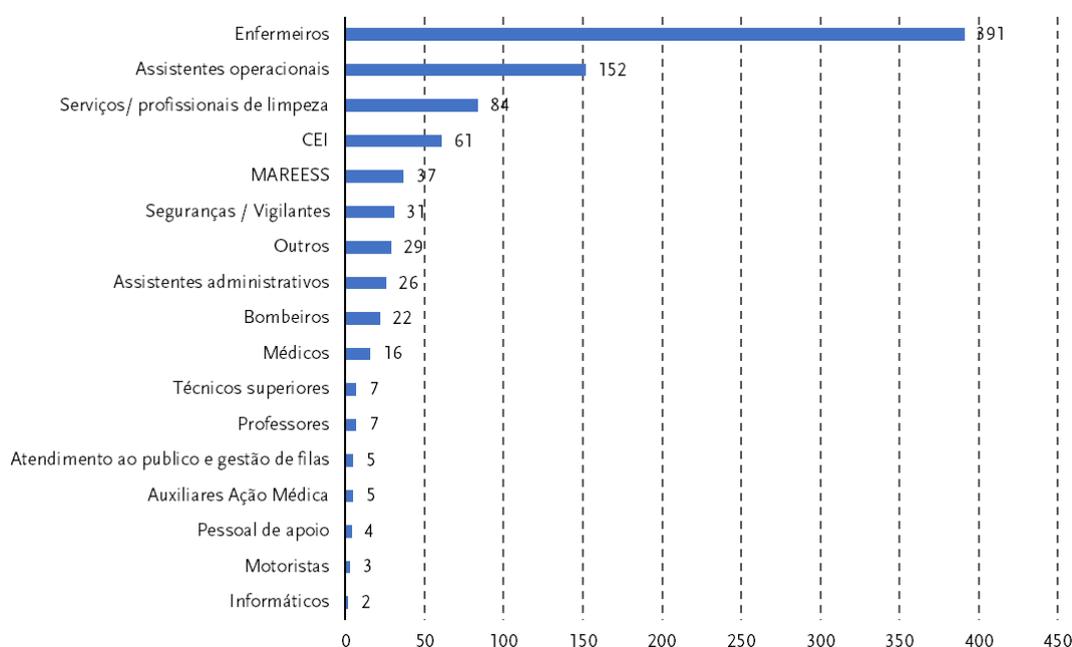


Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos resultados do inquérito aos municípios sobre os apoios prestados aos CVC.

Nota: No inquérito enviado também constava a categoria “farmacêuticos”, mas nenhum município indicou profissionais nessa categoria. Foram dadas indicações para, nos casos em que a contratação tivesse sido em horas, estas fossem convertidas na média diária de profissionais.

16. Acrescente-se que 36 municípios também declararam ter contratado outras categorias de profissionais ou serviços. Muitos referiram-se à contratação de serviços/profissionais de limpeza, e outros serviços de vigilância/segurança. Vários referiram a contratação de bombeiros.
17. Por outro lado, diversos municípios afirmaram ter recorrido à Medida de apoio ao reforço de emergência de equipamentos sociais e de saúde (MAREESS) e aos Contrato Emprego-Inserção (CEI), do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), para recrutar pessoal para os CVC¹⁹¹.
18. Se contabilizarmos também estes outros profissionais que foram especificados e quantificados pelos municípios, observamos que, no mínimo, foram contratados 882 profissionais. Em terceiro lugar aparecem agora os profissionais de limpeza.

Gráfico 19 - Número de profissionais contratados pelos municípios especificamente para os CVC, considerando todas as categorias especificadas



Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos resultados do inquérito aos municípios sobre os apoios prestados aos CVC.

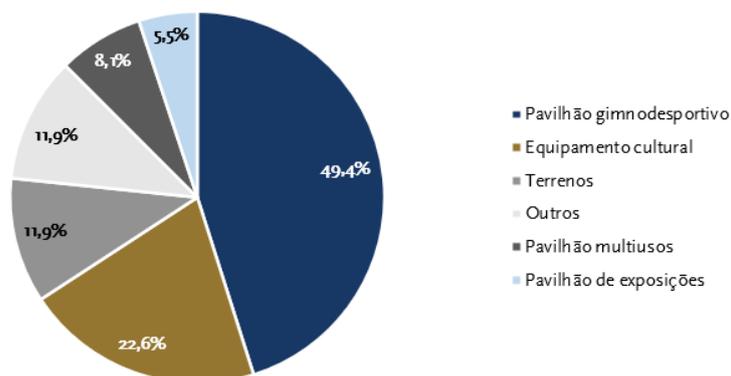
19. Questionou-se os 25 municípios que declaram ter contratado enfermeiros e/ou médicos para os CVC, se foram estabelecidos mecanismos de controlo pelo município para garantir que os contratados tinham as devidas habilitações e a inscrição ativa nas respetivas ordens profissionais. Quase todos responderam positivamente.
20. A maioria fez esse controlo verificando a inscrição na respetiva ordem profissional, ou contando com a colaboração dos centros de saúde ou ACES nessa tarefa.

¹⁹¹ Nota: no inquérito foi incluída uma categoria “outros” onde se pedia para especificar quais e a quantidade. Porém como existiram muitas respostas que não especificaram a quantidade, mas apenas a categoria, optou-se por não contabilizar os valores recebidos nessa resposta.

Espaços e/ou edifícios dos municípios cedidos para instalação dos CVC

21. Apurou-se que 72,3% dos municípios que prestaram algum tipo de apoio aos CVC cederam espaços e/ou edifícios próprios para instalação dos mesmos.

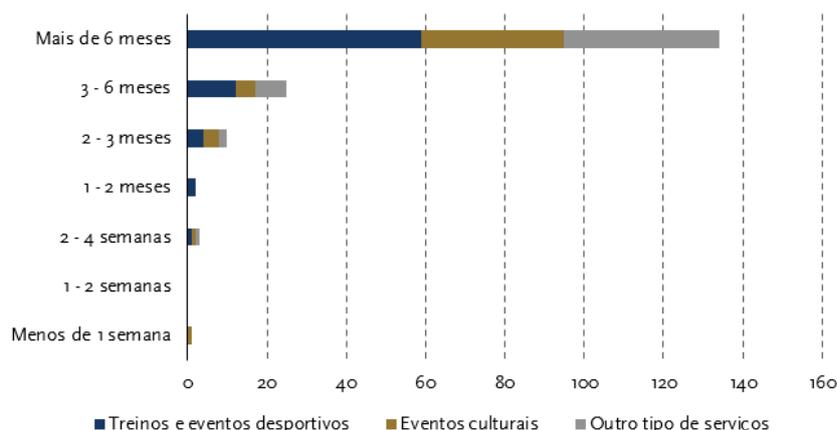
Gráfico 20 – Espaços e/ou edifícios dos municípios cedidos para instalação dos CVC, por categoria, até 31-03-2022 (em % do total)



Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos resultados do inquérito aos municípios sobre os apoios prestados aos CVC.

22. Como se verifica no gráfico acima, mais de dois terços dos espaços cedidos pelos municípios corresponderam a pavilhões gimnodesportivos (49,4%) e equipamentos culturais (22,6%).
23. Constatou-se ainda que 55,9% dos municípios que cederam espaços aos CVC tiveram de desviar esses recursos da prestação de outros serviços públicos, e 31,6% destes municípios reportaram terem tido receitas não realizadas, devido à cedência destes espaços. Dos municípios que efetuaram uma estimativa dessa receita não realizada, foi reportado um total de 700.772 euros, a que correspondeu uma média de 87.597 euros, por município.

Gráfico 21 – Número de municípios que reportaram ter desviado os espaços e/ou edifícios próprios, cedidos para instalação dos CVC, face à prestação de outros serviços públicos, por tipo de serviço público, até 31-03-2022



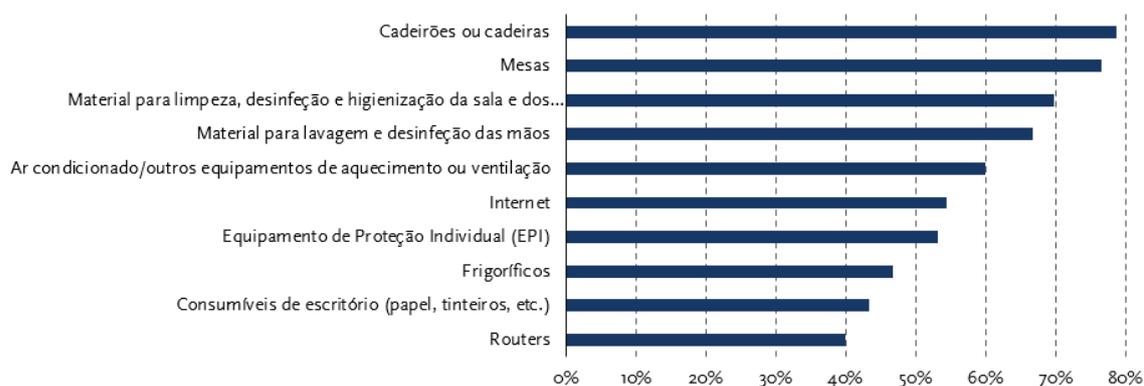
Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos resultados do inquérito aos municípios sobre os apoios prestados aos CVC.

24. O impedimento de utilização destes espaços para estes tipos de serviços durou, na larga maioria dos casos, mais de seis meses (cfr. Gráfico 21).

Recursos materiais – equipamentos

25. Nos municípios que apoiaram CVC, 88,9% afetaram aos mesmos equipamentos do município. As categorias de equipamentos mais cedidos estão representadas no Gráfico 22.

Gráfico 22 – Top 10 das categorias de equipamentos afetados aos CVC pelos municípios, até 31-03-2022 (em % do total de municípios que prestaram algum tipo de apoio aos CVC)

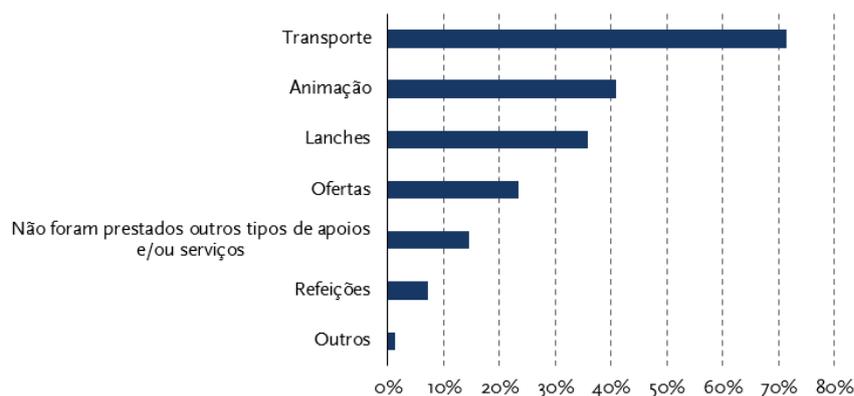


Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos resultados do inquérito aos municípios sobre os apoios prestados aos CVC.

Outros tipos de apoios e/ou serviços

26. Além dos apoios mencionados anteriormente, 86% dos municípios referem ter prestado um outro tipo de apoio e/ou serviço, nomeadamente ao nível de animação, fornecimento de lanches, ofertas, transporte, refeições para os recursos humanos afetados aos CVC, entre outros.

Gráfico 23 – Outros tipos de apoios e/ou serviços prestados pelos municípios aos CVC, até 31-03-2022 (em % do total de municípios que prestaram algum tipo de apoio aos CVC)



Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos resultados do inquérito aos municípios sobre os apoios prestados aos CVC.

27. O serviço de transporte destacou-se, identificado por 71% dos municípios que prestaram algum tipo de apoio aos CVC (cfr. Gráfico 23).

Dificuldades na articulação com entidades tuteladas pelo Ministério da Saúde

28. Apenas 15 municípios relataram dificuldades na articulação com as entidades tuteladas pelo Ministério da Saúde (em particular, as ARS e os ACES).
29. A maioria dos municípios queixou-se de falta de informações ou de comunicações não feitas atempadamente, tanto ao município como à população. Alguns referiram, igualmente, nas suas respostas, a falta de recursos humanos nos CVC, com implicações nos agendamentos e nos tempos de espera. Outros apontaram a falta de meios para prestação de apoio à população migrante.





h

Anexo V – Critérios de Vacinação

Quadro 16 – Evolução dos critérios de vacinação contra a COVID-19 (I)

Fases	Plano de Vacinação contra a COVID-19. 03-12-2020	Plano de Vacinação contra a COVID-19. Atualização 28 de janeiro de 2021	DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021		DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021 atualizada a 10-03-2021	
					Salvar Vidas	Preservar a Resiliência
1ª Fase	Profissionais e residentes em lares e instituições similares		Profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de cuidados a doentes		Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares, e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	
	Profissionais e internados em unidades de cuidados continuados		Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares, e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)		Pessoas entre os 50 e os 79 anos de idade, com patologias de risco acrescido	Pessoas com ≥ 80 anos
	Pessoas ≥ 50 anos, com patologias de risco acrescido	Profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de cuidados a doentes, dos contextos prioritários	Pessoas ≥ 50 anos, com patologias de risco acrescido	Pessoas com ≥ 80 anos	Pessoas com Trissomia 21, $\geq a 16$ anos de idade	
	Profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de cuidados a doentes	Profissionais essenciais das forças armadas, forças de segurança e serviços críticos, com destaque para órgãos de soberania	Profissionais das forças armadas, forças de segurança, serviços críticos e titulares de órgãos de soberania e altas entidades públicas.		<ul style="list-style-type: none"> Profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de cuidados a doentes, em contexto prioritário Profissionais envolvidos no transporte de doentes e socorro Restantes profissionais de saúde Restantes profissionais de respostas sociais Titulares de órgãos de soberania e altas entidades públicas Forças de Segurança, em serviços críticos (atuando em contexto público ou operando em ambientes de elevado risco epidemiológico) Forças Armadas, em serviços críticos (atuando em contexto público ou operando em ambientes de elevado risco epidemiológico ou apoio sanitário exigido) Profissionais dos estabelecimentos de educação e de ensino e respostas sociais de apoio à infância 	
	Profissionais das forças armadas, forças de segurança e serviços críticos	Titulares de órgãos de soberania				
		Altos cargos com funções no quadro do Estado de Emergência				
	Responsáveis da Proteção Civil					
	PCR e Ministério Público					
	Pessoas dos 50 aos 79 anos, com patologias de risco acrescido					
	Pessoas com ≥ 80 anos					
2ª Fase	Pessoas ≥ 65 anos com ou sem patologias (não vacinadas antes)		Pessoas entre os 65 e os 79 anos de idade, inclusive, que não tenham sido vacinadas previamente			
	Pessoas entre os 50 e os 64 anos, com patologias de risco acrescido					
3ª Fase	Toda a restante população elegível					
4ª Fase						

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos identificados no cabeçalho.

Nota: A 4ª Fase só passou a estar prevista a partir de 14 de dezembro de 2021.



h

Quadro 17– Evolução dos critérios de vacinação contra a COVID-19 (II)

Fases	DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021 atualizada a 21-04-2021		DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021 atualizada a 03-07-2021		DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021 atualizada a 20-08-2021		DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021 atualizada a 08-10-2021	
	Salvar Vidas	Preservar a Resiliência	Salvar Vidas	Preservar a Resiliência	Salvar Vidas	Preservar a Resiliência	Salvar Vidas	Preservar a Resiliência
1ª Fase	Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares, e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).	Profissionais envolvidos na resiliência do sistema de saúde e de resposta à pandemia, e do Estado	Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares (nos termos da Orientação 009/2020 da DGS), e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).	Profissionais envolvidos na resiliência do sistema de saúde e de resposta à pandemia, e do Estado Outros profissionais e cidadãos, a definir pelo órgão do governo, sobre proposta da Task-Force	Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares, e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).	Profissionais envolvidos na resiliência do sistema de saúde e de resposta à pandemia, e do Estado	Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares, e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).	Profissionais envolvidos na resiliência do sistema de saúde e de resposta à pandemia, e do Estado
	Pessoas entre os 50 e os 79 anos de idade, com patologias de risco acrescido		Pessoas com ≥ 80 anos		Pessoas entre os 50 e os 79 anos de idade, com patologias de risco acrescido		Pessoas com ≥ 80 anos	
2ª Fase	Pessoas com idade ≥ 16 anos, com patologias de risco acrescido	Pessoas entre 79 e 16 anos, por faixas etárias decrescentes	Pessoas com idade ≥ 16 anos, com patologias de risco acrescido	Pessoas entre 79 e 16 anos, por faixas etárias decrescentes	Pessoas com idade ≥ 12 anos, com patologias de risco acrescido	Pessoas entre 79 e 12 anos, por faixas etárias decrescentes	Pessoas com idade ≥ 12 anos, com patologias de risco acrescido	Pessoas entre 79 e 12 anos, por faixas etárias decrescentes
			Grávidas com idade ≥ 16 anos		Grávidas com idade ≥ 16 anos		Grávidas com idade ≥ 16 anos	
3ª Fase							Dose de Reforço: •Residentes e utentes em ERPI, instituições similares, e RNCCI. •Bessos ≥ 80 anos de idade. •Bessos ≥ 65 anos de idade.	
4ª Fase								

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos identificados no cabeçalho.

Nota: A 4ª Fase só passou a estar prevista a partir de 14 de dezembro de 2021



Quadro 18– Evolução dos critérios de vacinação contra a COVID-19 (III)

Fases	DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021 atualizada a 09-11-2021		DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021 atualizada a 18-11-2021		DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021 atualizada a 14-12-2021		DGS - Norma n.º 002-2021 de 30-01-2021 atualizada a 17-02-2022	
	Salvar Vidas	Preservar a Resiliência	Salvar Vidas	Preservar a Resiliência	Salvar Vidas	Preservar a Resiliência	Salvar Vidas	Preservar a Resiliência
1ª Fase	Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares, e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).		Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares, e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).		Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares, e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).		Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares, e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).	
	Pessoas entre os 50 e os 79 anos de idade, com patologias de risco acrescido	Profissionais envolvidos na resiliência do sistema de saúde e de resposta à pandemia, e do Estado	Pessoas entre os 50 e os 79 anos de idade, com patologias de risco acrescido	Pessoas com ≥ 80 anos	Pessoas entre os 50 e os 79 anos de idade, com patologias de risco acrescido	Pessoas com ≥ 80 anos	Pessoas entre os 50 e os 79 anos de idade, com patologias de risco acrescido	Pessoas com ≥ 80 anos
	Pessoas com Trissomia 21, \geq a 16 anos de idade		Pessoas com Trissomia 21, \geq a 16 anos de idade		Pessoas com Trissomia 21, \geq a 16 anos de idade		Pessoas com Trissomia 21, \geq a 16 anos de idade	
Outros profissionais e cidadãos, a definir pelo órgão do governo, sobre proposta da Task-Force		Outros profissionais e cidadãos, a definir pelo órgão do governo, sobre proposta da Task-Force		Outros profissionais e cidadãos, a definir pelo órgão do governo, sobre proposta da Task-Force		Outros profissionais e cidadãos, a definir pelo órgão do governo, sobre proposta da Task-Force		
2ª Fase	Pessoas com idade ≥ 12 anos, com patologias	Pessoas entre 79 e 12 anos, por faixas etárias decrescentes	Pessoas com idade ≥ 12 anos, com patologias de risco acrescido	Pessoas entre 79 e 12 anos, por faixas etárias decrescentes	Pessoas com idade ≥ 12 anos, com patologias de risco	Pessoas entre 79 e 12 anos, por faixas etárias decrescentes	Pessoas com idade ≥ 12 anos, com patologias	Pessoas entre 79 e 12 anos, por faixas etárias decrescentes
	Grávidas com idade ≥ 16 anos		Grávidas com idade ≥ 16 anos		Grávidas com idade ≥ 16 anos		Grávidas	
3ª Fase	Dose de Reforço: •Residentes e utentes em ERPI, instituições similares, e RNCCI. •Bessos ≥ 80 anos de idade. •Bessos ≥ 65 anos de idade. •Profissionais de saúde, em exercício profissional, envolvidos na prestação direta de cuidados de saúde •Profissionais de ERPI, instituições similares, e RNCCI, envolvidos na prestação direta de cuidados •Bombeiros envolvidos no transporte de doentes		Dose de Reforço: •Residentes e utentes em ERPI, instituições similares, e RNCCI. •Bessos ≥ 80 anos de idade. •Bessos ≥ 65 anos de idade. •Profissionais de saúde, em exercício profissional, envolvidos na prestação direta de cuidados de saúde •Profissionais de ERPI, instituições similares, e RNCCI, envolvidos na prestação direta de cuidados •Bombeiros envolvidos no transporte de doentes •Bessos ≥ 18 anos de idade com esquema vacinal primário com COVID-19 Vaccine Janssen		Dose de Reforço: •Residentes e utentes em ERPI, instituições similares, e RNCCI. •Bessos ≥ 50 anos de idade. •Profissionais dos serviços de saúde (públicos e privados) e de outros serviços prestadores de cuidados •Profissionais de ERPI, instituições similares, e RNCCI •Bombeiros envolvidos no transporte de doentes •Bessos ≥ 18 anos de idade com esquema vacinal primário com COVID-19 Vaccine Janssen		Dose de Reforço: •Profissionais, residentes e utentes em ERPI, instituições similares, e RNCCI; profissionais dos serviços de saúde (públicos e privados) e de outros serviços prestadores de cuidados; e bombeiros envolvidos no transporte de doentes •Bessos com ≥ 40 anos de idade, por faixas etárias decrescentes, pessoas entre 18 e 39 anos de idade, com patologias de risco acrescido e Grávidas com idade ≥ 18 anos. •Bessos ≥ 18 anos de idade com esquema vacinal primário com COVID-19 Vaccine Janssen •Bessos entre os 18 e os 39 anos de idade, por faixas etárias decrescentes	
	4ª Fase				•Bessos entre os 5 e os 11 anos de idade com patologias de risco acrescido •Bessos entre os 5 e os 11 anos de idade por faixas etárias decrescentes			

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos identificados no cabeçalho.



Anexo VI – Desenvolvimento do ponto 7.2

Estratégias de vacinação: recomendações do ECDC

O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (*European Center for Disease Prevention and Control* – ECDC), ainda antes de haver vacinas disponíveis, sugeria várias estratégias de vacinação possíveis¹⁹²:

- Foco em grupos selecionados (*e.g.* indivíduos com risco de doença severa, trabalhadores essenciais, grupos vulneráveis);
- Vacinação por faixas etárias;
- Foco em grupos com maior risco de exposição e logo transmissão do vírus (*e.g.* exposição em contexto profissional, jovens adultos);
- Priorização de regiões geográficas com maior nível de incidência do vírus;
- Uso da vacinação para controlar surtos ativos;
- Realização de abordagens adaptativas de modo a modelarem-se em função das circunstâncias;
- Vacinação universal.

Posteriormente, no final de 2020, com base em simulações de modelos matemáticos, concluiu o seguinte¹⁹³:

- A escolha da estratégia de vacinação ideal depende do seu objetivo (como seja, reduzir a mortalidade, salvar anos de vida ou reduzir a pressão sobre o sistema de saúde);
- A priorização ideal também depende das características da vacina, especialmente a sua eficácia contra a infeção e posterior transmissão;
- Se a vacina não proteger contra a transmissão, a abordagem mais efetiva e eficiente será priorizar aqueles grupos com maior risco de doença severa e morte;
- Podem ser alcançadas reduções substanciais na mortalidade e na pressão sobre o sistema de saúde através da proteção direta dos grupos de maior risco, mesmo se o vírus continuar a circular entre a população;
- A vacinação dos profissionais de saúde é benéfica por melhorar a resiliência do sistema de saúde;
- Num contexto de oferta limitada de vacinas, vacinar os adultos entre os 18 e os 59 anos não é a estratégia mais efetiva ou eficiente.

¹⁹² ECDC (2020). [Key aspects regarding the introduction and prioritization of COVID-19 vaccination in the EU/EEA and the UK](#). 26 de outubro de 2020. Estocolmo: ECDC.

¹⁹³ ECDC (2020). [COVID-19 vaccination and prioritisation strategies in the EU/EEA](#). 22 de dezembro de 2020.

Quadro 19 - OMS - Quadro de valores para a alocação e priorização da vacinação COVID-19

Objetivo geral	As vacinas contra a COVID-19 devem ser um bem público global. Assim o objetivo é: contribuir significativamente para uma proteção equitativa e para a promoção do bem-estar humano de todas as pessoas do mundo.
Princípios	Objetivos
Bem-estar humano	<p>Reduzir as mortes e as infeções causadas pela pandemia do COVID-19</p> <p>Reduzir as perturbações sociais e económicas, através da contenção das transmissões, da redução dos casos de doença grave e de morte, ou uma combinação destas estratégias.</p> <p>Proteger o funcionamento contínuo dos serviços essenciais, incluindo os serviços de saúde.</p>
Respeito igual	<p>Tratar com igual consideração os interesses de todos os indivíduos e grupos, aquando da tomada de decisão e implementação da alocação e priorização das vacinas.</p> <p>Oferecer uma oportunidade válida de ser vacinado a todos os indivíduos e grupos que sejam elegíveis no âmbito dos critérios de priorização.</p>
Equidade global	<p>Garantir que a alocação de vacinas tem em conta os riscos de epidemia específicos e necessidade de todos os países, especialmente nos países de rendimento baixo e médio.</p> <p>Garantir que todos os países estão comprometidos com o objetivo de assegurar as necessidades das pessoas que vivem em países que não têm condições para obter vacinas para a sua população, especialmente os países de baixo e médio rendimento.</p>
Equidade nacional	<p>Garantir que a priorização das vacinas dentro dos países tem em conta as vulnerabilidades, os riscos e as necessidades dos grupos que, por fatores sociais, geográficos ou biomédicos subjacentes, estão em risco de arcar com maiores encargos com a pandemia de COVID-19.</p> <p>Desenvolver um sistema de distribuição e as infraestruturas necessárias para garantir o acesso à vacina pela população prioritária e atuar proactivamente de modo a assegurar acesso equitativo a toda as pessoas elegíveis para vacinação dentro de um grupo prioritário, especialmente se oriundos de comunidades socialmente desfavorecidas.</p>
Reciprocidade	Proteger aqueles que enfrentam significativos e adicionais riscos e encargos com a COVID-19 para salvaguardar o bem-estar dos outros, incluindo os profissionais da saúde e de outros serviços essenciais.
Legitimidade	<p>Envolver todos os países num processo de consulta transparente para determinar quais os critérios científicos, de saúde pública e de valores que devem ser usados para tomar as decisões de alocação de vacinas entre países.</p> <p>Empregar, na priorização das vacinas dentro dos vários grupos dentro de cada país, a melhor evidência científica disponível e conhecimentos especializados, envolvendo significativamente as partes interessadas mais relevantes, através de um processo transparente, <i>accountable</i> e imparcial, de modo a dar confiança às decisões tomadas nesta matéria.</p>

Fonte: Tradução da tabela 1, da OMS (2020). [WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination](#). 14 de setembro de 2020.

Quadro 20 – Recomendação internacionais sobre os grupos-alvo a priorizar na vacinação (COVID-19)

Categorias	OMS (14-09-2020)	OMS (13-10-2020)	Comissão Europeia (15-10-2020)	ECDC (26-10-2020)
Idosos	Adultos idosos definidos pelo risco baseado na idade. Adultos idosos que vivam em situações de alto risco.	Idosos definidos com base do risco da idade específico para cada país.	Pessoas com idade superior a 60 anos.	Idosos.
Profissionais de saúde	Profissionais de saúde.	Profissionais de saúde.	Trabalhadores dos estabelecimentos de cuidados de saúde e de cuidados continuados.	Profissionais de saúde.
Grupos com comorbidade ou em certos estados de saúde	Grupos com comorbidade ou em certos estados de saúde.	Grupos com comorbidades ou com estados de saúde avaliados como sendo de considerável alto risco de doença severa ou morte.	População vulnerável devido a doenças crónicas, comorbidades e outras patologias preexistentes.	Pessoas com morbilidades.
Trabalhadores essenciais ou de setores críticos	Trabalhadores essenciais, que não profissionais de saúde. Chefes de Estado e de Governo e o pessoal administrativo e técnico necessário crucialmente para as funções do Estado indispensáveis. Trabalhadores não essenciais, mas pertencentes a setores críticos.	Professores e pessoal não docente. Outros trabalhadores essenciais fora do setor da saúde e da educação. Trabalhadores necessários para a produção de vacinas e outros profissionais de laboratório com alto risco.	Trabalhadores essenciais, que não os do setor da saúde.	Trabalhadores de serviços essenciais.
Grupos ou profissionais que não conseguem cumprir a distância física	Categorias profissionais que não conseguem cumprir a distância física. Grupos que vivem em bairros muito populosos. Grupos que vivem em casas multigeracionais.	Grupos profissionais ou sociais com elevado risco de adquirirem ou transmitirem a infeção por não conseguirem manter efetivamente o distanciamento físico.	Trabalhadores que não podem manter o distanciamento físico.	

Categorias	OMS (14-09-2020)	OMS (13-10-2020)	Comissão Europeia (15-10-2020)	ECDC (26-10-2020)
<p>Grupos socioeconómica mente vulneráveis</p>	<p>Grupos sociais que não conseguem cumprir a distância física.</p> <p>Grupos sociodemográficos com desproporcional alto risco de sofrer doença severa ou morte.</p> <p>Grupos étnicos, raciais, de género ou religiosos desfavorecidos ou perseguidos, minorias sexuais e pessoas com deficiências.</p> <p>Pessoas que vivem na pobreza, especialmente na pobreza extrema.</p> <p>Sem abrigos e pessoas que vivem em espaços ilegais ou bairros de lata.</p> <p>Trabalhadores imigrantes de baixo rendimento, refugiados, pessoas deslocadas internamente, candidatos a asilo, populações em zonas de conflito ou afetadas por emergências humanitárias, migrantes vulneráveis em situação irregular e populações nómadas.</p>	<p>Grupos sociodemográficos com considerável risco elevado de doença severa ou morte.</p>	<p>Comunidades em que não é possível manter o distanciamento físico.</p> <p>Grupos socioeconómicos vulneráveis e outros grupos de risco mais elevado.</p>	<p>Grupos socialmente vulneráveis.</p>
<p>Grupos baseados no maior risco de infeção e de transmissão</p>	<p>Grupos populacionais de difícil alcance.</p> <p>Grupos etários com elevado risco de transmitirem o vírus.</p> <p>Grupos identificados como parte de uma resposta de emergência a um surto.</p> <p>Grupos populacionais não baseados na idade com considerável elevado risco de infeção e de transmissão.</p>			<p>Grupos etários específicos com maior risco de contrair/ transmitir a doença.</p> <p>Pessoas em contacto com os casos.</p> <p>Pessoas que vivem numa área com um surto ativo.</p> <p>Pessoas em locais com risco de surto.</p>



Categorias	OMS (14-09-2020)	OMS (13-10-2020)	Comissão Europeia (15-10-2020)	ECDC (26-10-2020)
Crianças	Crianças em idade escolar para minimizar a perturbação dos seu desenvolvimento educativo e sócio emocional.			Crianças.
Mulheres Grávidas		Mulheres grávidas.		Mulheres grávidas.

Fonte: Elaboração própria com base em: OMS (2020). [WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination](#). (14 de setembro de 2020); OMS (2020). [WHO SAGE roadmap for prioritizing the use of COVID-19 vaccines in the context of limited supply: an approach to inform planning and subsequent recommendations based upon epidemiologic setting and vaccine supply scenarios](#). 13 de outubro de 2020. Versão 1.1; Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho. [Preparação para as estratégias de vacinação contra a COVID-19 e a disponibilização das vacinas](#). Bruxelas, 15.10.2020 COM (2020) 68o final; ECDC (2020). [Key aspects regarding the introduction and prioritization of COVID-19 vaccination in the EU/EEA and the UK](#). 26 de outubro de 2020. Estocolmo: ECDC.

Anexo VII – Sistemas de informação

Quadro 21 – Sistemas de informação/ferramentas usadas durante o processo de vacinação

Sistemas de informação/Ferramentas	Descrição	Entidade gestora	Novo
Afluência	Sistema de informação que facultava aos utentes a consulta <i>online</i> de informação sobre o estado de lotação dos CVC e tempos de espera indicativos, através de um sistema de semáforos (verde, amarelo e vermelho).	Empresa privada	Não
Bases de Dados de Morbilidade Hospitalar	Base de dados com os dados inseridos pelos hospitais após alta dos doentes. Permitiu ao INSA obter estimativas rápidas, embora sobre dados secundários.	ACSS	Não
BI Vacinas	Ferramenta de <i>Business Intelligence</i> . Disponibilizava 2 <i>dashboards</i> com informação nacional e regional: » <i>Dashboard</i> de Monitorização da Administração Vacinas; » <i>Dashboard</i> de aferição de qualidade de dados;	SPMS	Adaptado
Captemp	Programa informático que permite monitorizar as temperaturas das vacinas em armazém e definir alarmes no caso de ultrapassagem dos limites definidos.	Empresa privada	Não
Circuito Integrado do Medicamento da Glintt	Aplicação de gestão de <i>stocks</i> , permitia rastreabilidade dos lotes e controlo das datas de validade. Usada pela ARS LVT.	Empresa privada	Não
Dashboard BI GREV	<i>Share Point</i> que agregava informação de diferentes fontes. Usada pela ARS LVT.	ARS LVT	Sim
Dashboard Operacional	Atualizava de 2 em 2 horas os dados sobre as vacinas administradas	SPMS	Sim
Ficheiro "Acompanhamento"	Ficheiro para registo e monitorização de informação sobre a vacinação de grupos especiais. Usado pela ARS Norte.	ARS Norte	Sim
Plataforma de Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM)	Nova funcionalidade: declarações de elegibilidade. Permite ao médico assistente emitir declarações da elegibilidade do utente para a vacinação.	SPMS	Adaptado
Plataforma Vacinação SUCH COVID-19 Tracker	Plataforma que permitia às entidades autorizadas fazer requisições de vacinas. Também permitia seguir as rotas das viaturas com sistema de GPS instalado.	SUCH	Sim
Portal COVID-19 - Formulário Atualização de Contactos	Permitiu aos utentes atualizar os seus dados de contactos no RNU	SPMS	Sim
Portal COVID-19 - Formulário "Carro Vassoura"	Permitiu a inscrição de utentes elegíveis ainda não convocados	SPMS	Sim
Portal COVID-19 - Formulário Inscrição Utentes sem SNS	Permitiu o registo de cidadãos sem Número Nacional de Utente. Facilitou a vacinação de cidadãos estrangeiros.	SPMS	Sim

Sistemas de informação/Ferramentas	Descrição	Entidade gestora	Novo
Portal COVID-19 – Formulário Vacinação de Utentes por Fase	Permitiu ao cidadão saber se se encontrava ou não elegível para a vacinação. Bastava inserir o número de utente e do telemóvel.	SPMS	Sim
Portal de Agendamento Online	Permitia que o cidadão fizesse o seu auto agendamento online	SPMS	Sim
Portal do Coordenador da Task Force	Permitia consultar todas as instruções de coordenação e normas de vacinação. Também permitia consultar e alterar matriz de capacidades	Task Force NCAMS	Sim
Power BI da ARS Norte	Permitia monitorizar a administração de vacinas por ACES. Usado pela ARS Norte.	ARS Norte	Sim
Programa Informático Manage Vacinas	Programa interno do SUCH de gestão do processo de vacinação. Permitia a gestão de <i>stocks</i> , encomendas, entregas e prazos de validade.	SUCH	Sim
Registo Nacional de Utentes (RNU)	Base de dados para a identificação dos Utentes do SNS	SPMS	Não
SCG – Sistema de Controlo e Gestão da ARS LVT	Permitiu extrair métricas relacionadas com a vacinação, para dar respostas a pedidos dos ACES. Usado pela ARS LVT.	ARS LVT	Não
SCLínico CSP	<p>» Nova funcionalidade Lista de utentes elegíveis para a vacinação:</p> <p>Servia de apoio para identificar os utentes elegíveis consoante critérios de vacinação.</p> <p>» Nova funcionalidade Agendamentos locais e centrais: permite a gestão de agendamentos e convocatórias.</p>	SPMS ARS	Adaptado
SCLínico central	Ferramenta para gestão e controlo da lista de pessoas elegíveis para vacinação, nas suas diversas fases. Possibilita o agendamento automatizado de acordo com as regras previamente definidas.	SPMS	Sim
SICO- Sistema de Informação de Certificados de Óbito	Sistema de Informação de Certificados de Óbito	SPMS	Não
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Utilizado para a notificação eletrónica de doenças de declaração obrigatória	SPMS	Não
Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM)	Permite a requisição, registo e distribuição de medicamentos, emitidos a partir de prescrição médica eletrónica, e produtos de saúde de forma informatizada	INFARMED	Não
Sistema de Informação (S.I.) VACINAS	Permite o registo de vacinas administradas e está disponível para entidades dentro e fora do SNS. Permite monitorizar a taxa de cobertura vacinal por faixa etária	SPMS	Adaptado
Sistema de Informação VACINAS - Capacitação dos Profissionais de Saúde	Plataforma de estudo da Academia SPMS que possibilitava formação <i>e-learning</i> aos profissionais de saúde, sobre o uso do S.I. VACINAS	SPMS	Sim
SMS de Convocatória	Sistema de envio de SMS interativo de forma centralizada. Permite que cidadão responda à sugestão de data de agendamento da vacinação.	SPMS ARS	Sim
Sistema de senhas digitais	Disponibilizadas em CVC em regime de casa aberta.	SPMS	Sim

Sistemas de informação/Ferramentas	Descrição	Entidade gestora	Novo
	O utente dentro de determinada faixa etária podia solicitar <i>online</i> ser vacinado no local pretendido.		
Trace-COVID-19	Ferramenta de acompanhamento de doentes em vigilância e autocuidados, e de rastreio de contactos.	SPMS	Sim
<i>Vigie</i>	Sistema de monitorização de temperatura, com um sistema de alarmes. Usada pela ARS Norte.	Empresa privada	Não
WEBRNU	Aplicação do Registo Nacional de Utentes. Utilizado para a consulta, edição e criação de novos números de utentes. Também permitiu pesquisar por familiares de utentes sem registo de número telefónico.	SPMS	Adaptado

Fonte: Elaboração própria com base na informação transmitida, por correio eletrónico, pelas seguintes entidades: INSA, a 22 de agosto de 2022; DGS, a 9 de agosto de 2022; SPMS, a 31 de agosto de 2022; SUCH, a 19 de agosto e a 14 de setembro de 2022; ARS Alentejo, a 26 de setembro, e a 3 e a 9 de novembro de 2022; pela ARS LVT, a 14 de outubro de 2022; pela ARS Norte, a 11 de outubro de 2022; pela ARS Algarve, a 30 de setembro de 2022; e pela ARS Centro, a 23 de setembro de 2022.

Anexo VIII – Recomendações internacionais

Quadro 22 - Avaliação do acolhimento de recomendações internacionais

Dimensões e áreas identificadas	Status
1. Modelo de governação	
Criação de 1 estrutura de governação do processo de vacinação adequada à finalidade, a nível estratégico e operacional.	✓
Orientação política de alto nível e obtenção de compromissos políticos e apoio, para mobilização dos recursos adequados.	✓
Operacionalização da estrutura de governação com peritos técnicos de cada uma das áreas programáticas.	✓
Adoção de abordagem intersectorial, de colaboração e parcerias com entidade governamentais e não governamentais.	✓
Criação de mecanismos nacionais para o aconselhamento técnico sobre a vacinação.	✓
Designação clara da entidade responsável pela monitorização do processo de vacinação.	✓
2. Logística	
Inclusão no PV da componente de gestão do sistema logístico de armazenamento e distribuição das vacinas e consumíveis.	✓
Utilização de 1 sistema nacional de localização e acompanhamento das vacinas e dos seus lotes, em tempo real.	✓
Criação de planos de segurança para salvaguarda dos <i>stocks</i> durante o armazenamento e durante a distribuição.	✓
Avaliação da capacidade nacional de armazenamento, transporte, distribuição, cadeia de frio, e sistema de manuseamento.	✓
Prever um plano de gestão de resíduos seguro e eficaz.	–
Criação ou reforço de 1 Grupo de Trabalho de Logística Nacional.	✓
Existência de 1 mecanismo de coordenação dos grupos de trabalho de logística, a cada nível da cadeia de abastecimento.	✓
Realização de auditorias internas ao sistema de gestão e logística.	✓
3. Grupos prioritários	
Definição de grupos prioritários e decisão sobre prioridades no acesso às vacinas, com base em processo legítimo e transparente, assente na análise da melhor evidência disponível e outros fatores relevantes.	✓
Ter peritos de saúde nacionais/grupos consultivos de técnicos em imunização a liderar o processo de decisão nacional, em consulta alargada com as partes interessadas.	✓
Revisão e adaptação das estratégias de vacinação, ao longo do tempo, consoante a evolução da evidência científica, da disponibilização de vacinas e da situação epidemiológica.	✓
Adoção de medidas para garantia da conformidade dos critérios de prioridade no acesso à vacinação.	✓
4. Segurança e efetividade das vacinas	
Prever a realização de estudos sobre a efetividade da vacina, na estratégia de vacinação contra a COVID-19,	✓
Possuir mecanismos de avaliação em tempo real para identificar, investigar e avaliar a relação de qualquer efeito adverso com a vacinação	✓
Utilização de plataforma de monitorização já existente	✓
Reporte de resultados de forma consistente e estandardizada	✓
Partilhar informação através de plataformas globais e regionais	✓
5. Sistemas de informação (SI) e gestão do conhecimento	
Planeamento prévio dos SI: i. identificação das necessidades de informação; ii. revisão dos SI nacionais e avaliação da sua adequação às necessidades; iii. adaptação dos SI existentes e/ou criação de sistemas dedicados.	✓
Utilização de soluções capazes de garantir a rastreabilidade das vacinas	✓
Existência de 1 sistema de registo de vacinação manual ou eletrónico	✓
Estabelecimento de fluxos e procedimentos de informação, a todos os níveis.	✓
Recolha, análise e disseminação de informação sobre a doença, de diferentes fontes, de modo a possibilitar um processo de decisão abrangente.	✓
Capacidade de acesso, receção e partilha de informação, rapidamente, entre os gestores e equipas, a todos os níveis.	✓
6. Comunicação	
Elaboração de plano de comunicação, incluído no plano de vacinação tendo em conta a evidência relacionada com a confiança nas autoridades de saúde, hesitação à vacinação e perceções sobre a doença.	!
Preparação de estratégia de comunicação capaz de explicar os objetivos da campanha de vacinação a diferentes públicos.	✓
Combate à desinformação e às notícias falsas, em coordenação com os outros países da UE e os organismos internacionais.	✓
Atualizações regulares e dados credíveis sobre a cobertura vacinal para aumentar a transparência e a supervisão dos cidadãos.	✓
Garantir uma comunicação clara acerca das vantagens, dos riscos e da importância das vacinas	✓
Estabelecimento de canais para feedback dos cidadãos.	✓

Fonte: Elaboração própria com base nas recomendações da CE, ECDC, OMS, UNICEF e do Banco Mundial.

Notas:

✓ – Acolhida/adotada

X – Não acolhida / Não adotada;

! – Parcialmente acolhida / Parcialmente adotada

– Não aplicável / Não Avaliado

Anexo IX – Respostas remetidas em sede de contraditório

Ministro da Saúde

MS | S 1899/2023 | 30-06-2023 | P 030.01.02 - 207/2022



Exmo. Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Juiz Conselheiro Fernando de Oliveira Silva
Avenida da República, 65
1050-189 Lisboa

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA Nº:	DATA
24401 Proc. 36/2022 - 2ª S-Audit	07/06/2023	ENT.: 7642/2023 PROC. 207/22 030.01.02/22	12.06.2023

ASSUNTO: Auditoria à Vacinação contra a COVID-19

Relativamente às conclusões que resultaram do Processo nº 36/2022-Audit, auditoria efetuada no âmbito da vacinação contra a COVID-19, constatou com agrado o Ministério da Saúde que, no geral, o processo se revelou adequado e conforme às recomendações internacionais emitidas pela União Europeia.

Em particular, congratulamo-nos por saber que o sistema de armazenamento e distribuição de vacinas foi eficiente, permitindo a sua distribuição tempestiva aos pontos de vacinação, minimizando desperdícios e maximizando a capacidade vacinação em massa da população (o que nos permitiu superar as metas traçadas, com taxas de vacinação superiores à média europeia).

Não obstante, tomámos igualmente boa nota das recomendações feitas, relativamente às quais cumpre dizer o seguinte:

R.1 - Diligenciar para que as autoridades de saúde, no âmbito da gestão da COVID-19 já enquanto doença endémica, e na sequência da declaração do fim da pandemia da COVID-19 feita pela OMS, em 5 de maio de 2023, assegurem que futuras campanhas de vacinação sejam acompanhadas de planos de comunicação eficazes.

Concorda-se com a recomendação e será desencadeado, em articulação com a DGS, um plano de comunicação que dissemine informação esclarecedora à população em geral.

R.2 - Desenvolver uma estratégia de gestão da COVID-19 no contexto geral de prevenção e controlo de doenças respiratórias, considerando a sua eventual articulação com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias.

Concorda-se com a recomendação. Em sede de grupo de trabalho, que contará com a participação do Ministério da Saúde e da DGS, em particular, com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, será desenvolvida uma estratégia de gestão da COVID-19.

R.3 - Assegurar a divulgação pública dos principais resultados finais dos controlos externos e internos ao cumprimento dos critérios de vacinação e priorização definidos, assim como do tratamento



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

dado a queixas e denúncias relativas a essas matérias, de modo a aumentar a confiança dos cidadãos na equidade do processo de vacinação e por conseguinte a sua adesão a eventuais campanhas de vacinação futuras.

Concorda-se com a recomendação. O Ministério da Saúde, em articulação com a Direção Geral de Saúde, avaliará qual a forma mais eficaz de divulgação pública dos resultados identificados e definirá um circuito de receção e monitorização das denúncias recebidas quanto a eventuais violações dos critérios de vacinação e priorização definidos.

R.4. - Garantir a resiliência do Sistema de Saúde, desenvolvendo a sua preparação e capacidade de resposta a futuras emergências de saúde pública, a sua capacidade para minimizar os seus impactos negativos e promover a sua rápida recuperação, bem como a sua capacidade de adaptação, assente nas lições aprendidas. Para este efeito, em linha com as recomendações de organizações internacionais, devendo promover-se, designadamente:

- a saúde da população em geral;
- o recrutamento e retenção de profissionais de saúde;
- a recolha e análise sistemática de dados de forma completa e consistente;
- a cooperação com organismos europeus e internacionais;
- o reforço das cadeias logísticas de produtos médicos;
- estruturas de governação que contemplem respostas integradas e promovam a confiança dos cidadãos.

Concorda-se com a recomendação. Atualmente encontra-se em discussão governativa a futura Lei de Proteção em Emergência de Saúde Pública, com o objetivo de revisão do quadro jurídico vigente em função da experiência vivida durante a pandemia da Covid-19.

No que respeita, ao recrutamento e retenção de profissionais de saúde, o novo Estatuto do SNS veio prever um regime excecional de contratação para os estabelecimentos e serviços do SNS, nos casos em que a insuficiência devidamente fundamentada de profissionais de saúde possa comprometer a prestação de cuidados de saúde, dotando os órgãos máximos de gestão dos referidos serviços da competência para a celebração de contratos de trabalho a termo resolutivo certo.

Acresce que o Governo tem desenvolvido processos de negociação com vista à revisão de carreiras dos profissionais de saúde, tendo presente o objetivo de promover a retenção de profissionais. Encontra-se igualmente em curso o processo de negociação com os sindicatos, conducente à criação da carreira de técnico auxiliar de saúde.

Importa ainda sublinhar o processo negocial entre o Governo e os sindicatos dos profissionais do grupo de enfermagem, que permitiu a aprovação do Decreto-Lei n.º 80-B/2022, de 28 de



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

novembro, que estabelece os termos da relevância das avaliações do desempenho dos trabalhadores enfermeiros à data da transição para as carreiras de enfermagem e especial de enfermagem, permitindo a cerca de 17 mil enfermeiros relevar os pontos oportunamente adquiridos.

Finalmente, cremos ser de evidenciar o impacto positivo do investimento do Plano de Recuperação e Resiliência na melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde, e consequentemente na sua retenção, nomeadamente através da construção de 150 novos centros de saúde e requalificação de cerca de 350 unidades de saúde, aumentando assim o conforto, a segurança e a acessibilidade, para profissionais e utentes.

R.5 - Providenciar pela modernização dos sistemas de informação do SNS, assegurando a boa execução do Plano de Recuperação e Resiliência no domínio da transição digital do SNS.

Concorda-se com a recomendação. Até 2024 será disponibilizado um sistema único e integrado aos profissionais do SNS de forma a assegurar a disponibilidade, a simplicidade, a mobilidade e a usabilidade dos Sistemas de Informação, contribuindo para melhorar e inovar os processos de trabalho dos profissionais e, consequentemente, a qualidade na prestação dos serviços. Esta modernização está a cargo dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, sem prejuízo do permanente acompanhamento que é efetuado por este Ministério.

Com os melhores cumprimentos, *e elevada estima*

A Chefe do Gabinete

Sandra Gaspar

Coordenador da Task Force - Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal

Exmo. Senhor Diretor-Geral

Dr. Juiz Conselheiro

Fernando Oliveira Silva

dg@tcontas.pt

Lisboa, 26 de junho de 2023

Assunto: Resposta Auditoria à vacinação contra a COVID-19

V/ Referência: DA V – UAT.1

Proc. N.º 36/2022 – Audit

Acuso a receção do V/ Ofício acompanhado pelo relato de Auditoria à vacinação contra a COVID-19, que tomou a minha melhor atenção.

Na apreciação das conclusões tecidas no relato, é com apreço que verifico, no que concerne à atuação na qualidade de Coordenador da Task Force para a elaboração do Plano de Vacinação contra a COVID-19, o reconhecimento da adequação desse exercício em linha com as recomendações internacionais acerca desta matéria, e a notoriedade do seu desenvolvimento e impacto positivo que teve na luta e controlo da pandemia.

Relativamente às recomendações gizadas, nada tenho a complementar, aproveitando, assim, para me subscrever com os melhores cumprimentos e elevada consideração.



Henrique Eduardo Passaláqua de Gouveia e Melo

Almirante

26/6/2023

Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte, I.P.

ARSN - s_2023_05243_2023-06-27



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Por E-mail

Exmo./a Senhor/a
Auditor-Coordenador
Dr. José António Carpinteiro
Tribunal de Contas - Direção-Geral
Avenida da República, 65
1050-189 Lisboa

Sua referência
DA V - UAT.1

Data
2023-06-07

Nossa referência
GJ/2023/95

Data
2023-06-27

**Assunto: Auditoria à vacinação contra a COVID-19
(P. 299/2022)**

Tendo presente o ofício desse Tribunal de Contas, com a referência 22430/2023 (DAV-UAT.1, P. 36/2022-Audit), de 7 de junho de 2023, subordinado ao assunto mencionado em epígrafe, para apresentação das alegações convenientes relativamente ao salientado no relato de auditoria, em especial quanto às conclusões e recomendações, cumpre levar ao conhecimento desse organismo que, não sendo esta Administração Regional de Saúde destinatária direta do projeto de recomendações ali listadas, não se vislumbram aspetos do salientado que possam ser objeto de observação.

Com os melhores cumprimentos de,

Vice Presidente do Conselho Diretivo

Maria Clara Castro

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD



Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE



Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor Coordenador do Tribunal de Contas
Avenida da República, 65
1050 – 069 Lisboa

c/c

DAV@tcontas.pt

N/ Ref.: S 2701 23.06.26
V/ Ref.: DAV – UAT.1 Proc N.º 36/2022 Audit
Assunto: **Auditoria à vacinação contra a COVID-19**

Através do Ofício n.º DAV – UAT.1 – Proc.º N.º 36/2022-Audit, rececionado na SPMS E.P.E. a 12 de junho de 2023, foi a Senhora Presidente do Conselho de Administração da SPMS, E.P.E., notificada para, no prazo de 10 dias úteis, apresentar as alegações que tiver por convenientes referentes ao salientado no relato de auditoria, em especial, no que concerne às conclusões e recomendações, para efeitos do disposto nos artigos 13.º, 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

Analizado o relato, e face às recomendações feitas à SPMS E.P.E. cumpre referir o seguinte:

- i. *“(R.6.) Providenciar pela progressiva melhoria na comunicação entre as bases de dados de saúde locais e as bases de dados de saúde existentes, especialmente, do Registo Nacional de Utentes, de modo a facilitar futuras campanhas de vacinação.”*

Atualmente, quer ao nível dos cuidados hospitalares, como dos cuidados de saúde primários, a integração com o Registo Nacional de utentes é realizada através de *webservice* (WC12), normalizado a nível nacional, permitindo, desta forma, a consulta de dados de identificação do utente de forma centralizada.

Por sua vez, no que concerne ao apuramento dos utentes elegíveis para vacinação, e dos respetivos indicadores de monitorização, verifica-se por uma elevada interoperabilidade entre sistemas, designadamente, RNU, SINAVE, VACINAS, PEM, Sclínico CSP.

- ii. *“(R.7.) Promover e garantir a integral execução e o correto cumprimento dos objetivos e metas do projeto de investimento “Transição Digital na Saúde”, financiado ao abrigo do Plano de Recuperação e Resiliência português, tendo em conta as responsabilidades assumidas pela SPMS, EPE, na sua qualidade de beneficiária e executora do mesmo.”*



Até 2024 pretende-se disponibilizar um sistema único e integrado aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forma a assegurar a disponibilidade, a simplicidade, a mobilidade e a usabilidade dos Sistemas de Informação, contribuindo para melhorar e inovar os processos de trabalho dos profissionais e, consequentemente, a qualidade na prestação dos serviços.

Para o efeito, esta ação será conduzida através do seguinte:

- a. Sistema transversal, único e integrado dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados, permitindo aos mesmos a mobilidade entre instituições e locais;
- b. Substituição dos sistemas de informação, atualmente disponíveis nos Cuidados de Saúde, de forma a garantir a transversalidade e usabilidade, implementando algoritmos de apoio e suporte à decisão clínica, tendencialmente assentes num paradigma de Software as Service;
- c. Reforço da portabilidade da informação e da integração entre sistemas de informação garantindo a disponibilidade multicanal e o acesso mobile, disponibilizando, de forma integrada, uma plataforma de telemonitorização e telerreabilitação;
- d. Reforço da partilha e agregação de informação sobre o processo clínico do utente, em todos e de todos os planos de cuidados de saúde, permitindo uma visão verdadeiramente centralizada no utente, agilizando o processo de registo da informação que foi criado nos sistemas atuais como uma replicação do registo materializado em papel;
- e. Desburocratização de processos e atos administrativos que, atualmente, são assegurados pelos profissionais clínicos mediante o registo estruturado da informação, que permitirá que o sistema se adapte ao profissional e aos seus atos;
- f. Metodologias de agregação da informação, distribuída e organizada por perfis de acesso, mas centralizada nos sistemas de informação *core* para fazer face às dezenas de sistemas de informação atualmente focados na doença específica;
- g. Módulos que potenciem a partilha de informação e o conhecimento entre os diferentes atores do sistema, suportando os vários processos de trabalho administrativo e clínico dos profissionais de saúde, tendo em vista a melhoria da eficácia, qualidade e segurança na prestação dos cuidados de saúde aos utentes;
- h. Sistemas de Informação Clínica que garantam a adoção de mecanismos de interoperabilidade, técnica e semântica, possibilitando a mobilidade do acesso e registo de informação, potenciando o uso das plataformas *mobile* de registo clínico disponibilizadas aos profissionais de saúde.
- i. Por sua vez, a SPMS encontra-se a desenvolver um conjunto vasto de projetos, onde se inclui: a preparação de uma *framework* conceptual de Sistemas de Informação integrado para os cuidados de saúde primário, cuidados de saúde

hospitalares e cuidados de saúde continuados integrados; a substituição dos sistemas de informação dos cuidados de saúde primários, tendo procedido à migração de Oracle 7 para Oracle 19 de 16 ACES; a substituição dos sistemas de informação dos cuidados continuados integrados, bem como a componente administrativa e de gestão hospitalar, componente clínica dos sistemas de informação dos cuidados de saúde hospitalares.

j. Encontra-se ainda a desenvolver uma nova plataforma central para o registo de vacinas, com evolução tecnológica das bases de dados e do *frontend* aplicacional, da disponibilização de um BackOffice e dos respetivos serviços de interoperabilidade.

iii. *“(R.8.) Assegurar que o investimento feito no desenvolvimento de aplicações e sistemas para resposta a necessidades emergentes do contexto específico da vacinação em massa contra a COVID-19, seja capitalizado, promovendo a sua adaptação e/ou implementação em outros contextos na área da saúde, onde sejam identificados como relevantes.”*

Em contexto específico da vacinação em massa contra a COVID-19, foram implementadas funcionalidades de registo e transcrição de vacinas, registo e consulta de quebras de vacinas, assim como o agendamento através dos canais do SNS24, que podem à data ser utilizados em outros âmbitos de atuação.

Acresce que, a ferramenta de envio de SMS's, amplamente utilizada no processo de vacinação, encontra-se já a ser utilizada noutros âmbitos, nomeadamente, no envio de agendamento de consulta e respetiva recordatória para os utentes de alguns ACES do país. Igualmente, a principal ferramenta do processo de vacinação, o BI Vacinas, encontra-se a ser trabalhada para que possa ser alargada a todas as vacinas do PNV, tendo em conta a aceitação e premência que teve durante o processo de vacinação COVID-19.

Encontramo-nos disponíveis para o que se verifique necessário,

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração



Sandra Cavaca



h

Direção-Geral da Saúde

De: Secretariado.Direcao [REDACTED] >
Enviado: 4 de julho de 2023 16:19
Para: Tribunal de Contas - DAV; Iva Maia
Cc: André Peralta Santos; Diana Costa; Secretariado.Direcao
Assunto: Auditoria à vacinação contra o COVID-19
Anexos: DGS 2021 RelatorioVacinacao1.pdf; DGS 2021 RelatorioVacinacao2.pdf

Exmo. Senhor
Dr. Jose Carpinteiro
Auditor-Coordenador
Tribunal de Contas

Na sequência do ofício do Tribunal de Contas n.º 24406/2023, de 7 junho, referente ao relatório da Auditoria à vacinação contra a COVID-19 – Processo n.º 36/2022, Relato de Junho de 2023 e por indicação do Senhor Subdiretor-Geral da Saúde, Prof. André Peralta Santos, informa-se que a Direção-Geral da Saúde leva em consideração as recomendações consignadas pelo Tribunal de Contas no seu Relatório de Auditoria, nomeadamente:

1. Serão tidas em conta as recomendações referentes à alínea R.9. – *“providenciar pela elaboração de um plano de vacinação em massa, a aplicar em futuras emergências de saúde pública nas quais a vacinação constitua um instrumento de combate à doença”, em articulação com as demais instituições parceiras em matérias de comunicação, recursos humanos, sistemas de informação e cadeia logística.*

Mais informamos que está previsto na campanha de vacinação sazonal para 2023-2024 a vacinação em farmácia de comunitária de forma a preservar os recursos dos cuidados de saúde primários.

2. Será dada continuidade aos estudos que se anexam, desenvolvidos no âmbito das Campanhas de Vacinação contra a COVID-19, estando já a ser trabalhado um estudo que possa gerar lições para possíveis situações futuras semelhantes, tendo em conta a alínea R.10.;
3. Será igualmente tido em conta o referido em R.11 reforçando a articulação com especialistas académicos na área da desinformação de modo a desenvolver estratégias para que o impacto na confiança na vacinação seja minimizado.

Melhores cumprimentos,

Ana Meireles
Secretariado da Direção

No quadro do processo de desmaterialização da DGS, esta mensagem não terá qualquer suporte de papel, pelo que não será enviado ofício.

Direção-Geral da Saúde
Directorate-General of Health
Alameda D. Afonso Henriques, 45, 1049-005 Lisboa, Portugal
Tel: +351 21 843 06 06 | E-mail: anameireles@dgs.min-saude.pt | Website: www.dgs.pt



h

Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Centro, I. P.

De: Secretariado CA [REDACTED]
Enviado: 19 de junho de 2023 12:08
Para: Tribunal de Contas - DAV
Assunto: Auditoria à vacinação contra a COVID-19 | Processo 36/2022 - Audit - Tribunal de Contas (Proposta de Contraditório)
Anexos: Of 24425_2023 7.6.2023 TC.pdf

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador do Departamento de Auditoria V
Tribunal de Contas

Nos termos referidos no V/ Ofício Ref.º 24425/2023, de 7 de junho p.p., e para efeitos de contraditório no âmbito do Processo N.º 36/2022 - Audit, vem esta Administração Regional de Saúde pronunciar-se sobre o respetivo relato de auditoria, não se apontando sobre o mesmo objeção de relevo, antes se sinalizando os resultados positivos transversalmente obtidos no processo de gestão da vacinação contra a COVID-19.

Ao dispor para prestação dos esclarecimentos que se entendam necessários.

Com os melhores cumprimentos.

Rosa Reis Marques
Presidente do Conselho Diretivo
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO IP | REGIONAL HEALTH ADMINISTRATION OF CENTRAL PORTUGAL
Alameda Júlio Henriques
3000-457 Coimbra
Tel.: 239 796 800 | Fax: 239 796 861
www.arscentro.min-saude.pt
PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Esta mensagem e os seus anexos podem conter informação privilegiada e/ou confidencial, destinada exclusivamente ao(s) destinatário(s). Se não for o destinatário, ou a pessoa responsável pela sua entrega ao destinatário, não pode copiar, entregar este documento a terceiros ou revelar o seu conteúdo, e deve eliminar de imediato esta mensagem do seu sistema.

Privileged / Confidential information may be contained in this E-mail and its attachments is intended only for the use of the intended recipient(s). If you are not the recipient, or the person responsible for delivering it to the recipient, you may not copy or disclose this to anyone else and must immediately eliminate this message from your system.



h

Conselho Diretivo da Administração Central dos Sistemas de Saúde

De: Victor Herdeiro
Enviado: 5 de julho de 2023 18:03
Para: Tribunal de Contas - DAV
Cc: Jose Carpinteiro
Assunto: RE: Auditoria à vacinação contra a COVID-19 - Proc. 36/2022-245-Audit

Exmo. Senhor Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador do Departamento de Auditoria V do Tribunal de Contas

Relativamente ao assunto em epígrafe, tendo este Instituto sido notificado do Relato do Processo de Auditoria n.º 36/2022-AUD, através do v/ ofício S-24420/2023, de 06.07.2023, cujo teor mereceu a nossa melhor atenção, serve o presente para informar V/ Ex. que não dispomos de quaisquer observações a formular sobre o mesmo. Ficamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento adicional que seja necessário.

Lamentando desde já o atraso verificado no envio desta comunicação.

Com os melhores cumprimentos,

Victor Herdeiro

Presidente do Conselho Diretivo
President, Executive Board



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Direto: 21 792 55 87 | Fax: 21 792 58 48

www.acss.min-saude.pt
PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Associação Nacional de Municípios Portugueses



AV. MARCO E SOUSA, 52
3004-511 COIMBRA
TEL: 239 404 434
FAX: 239 701 760 / 862
E-MAIL: ANMP@ANMP.PT
PESSOA COLECTIVA DE
UTILIDADE PÚBLICA
D. R. Nº SÉRIE Nº 276 DE 30.11.85
NIF: 501 527 413

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador
Tribunal de Contas
Av. da República, 65
1050-189 Lisboa
DAV@tcontas.pt

OFl- 453/2023/PB

16/06/2023

Assunto: Auditoria à vacinação contra a COVID-19

Recebemos de V.Ex.^a, na Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP), a comunicação com a referência S 24508/2023, de 2023/06/07, relativa ao assunto referido em epígrafe.

Informo V.Ex.^a que a ANMP nada tem a referir relativamente ao relato de auditoria, designadamente no que se refere às conclusões e recomendações.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretário Geral


Rui Solheiro



Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Alentejo, I. P.



Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.



SAI-ARSA/2023/830

EXMO SENHOR
AUDITOR-COORDENADOR
DR. JOSÉ ANTÓNIO CARPINTEIRO
TRIBUNAL DE CONTAS - DIRECÇÃO GERAL
AV. DA REPÚBLICA, 65
1050-189 LISBOA

Sua referência
DAV-UAT.1
PROC. N.º 36/2022 – Audit

Nossa referência
SAI-ARSA/2023/830

Data
05-07-2023

Assunto: Auditoria à vacinação contra a COVID-19

Em resposta ao ofício de V. Exas. sobre o assunto mencionado em *epígrafe*, com referência DAV-UAT.1, Proc. N.º 36/2022 – Audit, de 07/06/2023, que deu entrada nesta Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP, em 12/06/2023, com registo de entrada n.º ENT/ARSA/6535, compete-nos informar que tomámos boa nota das conclusões e recomendações do relatório de auditoria e não temos nenhuma observação quanto ao relatado.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração e respeito pessoal

O Conselho Diretivo

Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho Diretivo da
ARS Alentejo, IP



h

Conselho Diretivo da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.



S: 01158 – 06JUL2023

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador
Tribunal de Contas – Direção-Geral
Av. da República 65,
1050-189 Lisboa

ASSUNTO: Tribunal de Contas-Auditoria à vacinação contra a COVID-19

V/ Ref.:PROC. Nº 36/2022 – AUDIT

V/ Data/Date: 07/06/2023

S | 2446/2023

N/ Ref.: 034/CD/2023

N/ Data/Date: 06/07/2023

Acusamos a receção do Relato da Auditoria do Proc. N.º 36/2022 – Audit remetido para apresentação de alegações ao mesmo.

Informamos que, por lapso, a resposta não foi remetida no prazo solicitado de 10 dias, facto que desde já lamentamos.

No que se refere ao conteúdo do Relato, gostaríamos de assinalar que, após leitura do item 162 (pág. 44 do Relato), verificou-se que a redação suscitou diferentes interpretações, não sendo totalmente clara a conclusão pretendida desse item.

Assim, no sentido de clarificar o mesmo em conformidade com a informação evidenciada no Ponto 4 (pág. 3 do Relato), conforme por Vós identificado, e no item 277 (pág. 57 do relato), com os quais concordamos, tomamos a liberdade de remeter proposta de redação na assunção da interpretação abaixo:

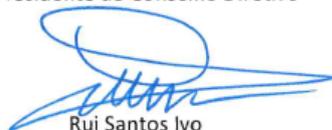
162. Globalmente, o INFARMED verificou que os casos notificados de suspeitas de reações adversas associadas às vacinas têm uma baixa incidência, o que assume particular relevância no contexto em que foi negociada a aquisição de vacinas a nível europeu. Tendo em consideração que esta aquisição implicou a assunção, pelos estados membros, da responsabilidade pelas indemnizações a terceiros decorrentes de reações adversas associadas ao uso das vacinas, esta baixa incidência de reações adversas minimiza o risco potencial de aumento dos custos totais associados à utilização das vacinas. (vide Ponto 4)

No que diz respeito às Conclusões e Recomendações, e não tendo nenhuma sido diretamente dirigida ao INFARMED, entende-se não apresentar alegações sobre as mesmas.

Não obstante esse facto, importa ressaltar que foi realizada a análise do relatório, as suas conclusões e recomendações, de forma integrada e em conjunto com o Ministério da Saúde, para o qual foram prestados contributos.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo



Rui Santos Ivo

TRIBUNAL DE CONTAS

E 6720/2023
2023/07/07





h

Conselho de Administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

De: Paulo Sousa [REDACTED]
Enviado: 7 de julho de 2023 19:30
Para: Tribunal de Contas - DAV
Cc: Jose Carpinteiro; Iva Maia
Assunto: RE: Auditoria à vacinação contra a COVID-19 - Proc. 36/2022-2ªS-Audit

Sinal. de seguimento: Dar seguimento
Estado do sinalizador: Sinalizado

Exma. Senhora Dra. Iva Maia,
Auditor-Chefe do Departamento de Auditoria V do Tribunal de Contas

Atento ao teor do email *infra*, não pode deixar de se esclarecer que a opção de não remeter pronúncia ao teor do Relato de Auditoria à Vacinação contra à COVID-19 – o qual mereceu a nossa melhor atenção – teve subjacente o facto de não se ter identificado qualquer crítica, observação e/ou recomendação relativamente à atuação do SUCH no âmbito do Processo de Vacinação em análise, aliado ao reconhecimento de que o sistema de armazenamento e distribuição de vacinas – pelo qual o SUCH foi responsável – foi eficiente, minimizando desperdícios e maximizando a capacidade de vacinação, reconhecimento com o qual não podemos deixar de nos congratular.

Face ao exposto, resta ao SUCH continuar a desenvolver a sua missão, aplicando o mesmo empenho e dedicação, agora reconhecidos, na defesa do Serviço Nacional de Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

Paulo Sousa
Presidente do Conselho de Administração



Parque de Saúde de Lisboa,
Avenida do Brasil, 53, Pav - 33-A
1749-003 Lisboa
Tel: +351 21 792 34 00
Fax: +351 21 795 46 26

www.such.pt



h

Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

ARSLVT- Saúde - 3718 / GJC-Jurídico / 2023 - 2023-07-07

TRIBUNAL DE CONTAS

E 6867/2023
2023/07/12



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exmo Senhor

Dr. José António Carpinteiro

Auditor-Coordador

Tribunal de Contas

Av. República, nº 65

1050-189 LISBOA

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
DA V – UAT.1 Proc. Nº 36/2022 - Audit	24427/2023 2023-06-07	3718 / GJC-Jurídico / 2023 Procº nº 745/2022SD	06-07-2023

Assunto Auditoria à vacinação contra a COVID-19

Na sequência da notificação acima referenciada, solicitando que seja relevada a falta de resposta no prazo determinado, informa-se V. Exa. que esta Administração Regional de Saúde, acompanha o Relato da Autoria em epígrafe, pelo que dispensa apresentar qualquer alegação.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Diretivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Diretivo da
ARSLVT, I.P.



h

Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.

De: Presidente do Instituto Ricardo Jorge [REDACTED]

Enviada: 14 de julho de 2023 15:50

Para: Tribunal de Contas - DAV <DAV@tcontas.pt>

Cc: Jose Carpinteiro [REDACTED]

Assunto: Auditoria à vacinação contra a COVID-19 - Proc. 36/2022-2ªS-Audit

Exma. Senhora
Auditor-Chefe do Departamento de Auditoria V
Dra. Iva Maia

Acusamos a receção do email infra, que muito agradecemos, confirmando a intenção de não pronúncia às conclusões e recomendações que constam do relatório referente ao Proc. N.º 36/2022.

Mais informamos que nos foi dado conhecimento do Ofício remetido a V. Exas. pelo Gabinete do Senhor Ministro da Saúde (com a referência Ent: 7642/2023, Proc. 207/22 030.01.02/22, de 12/06/2023), ao qual não temos informação a aditar.

Agradecemos o cuidado de V. Exas. em nos terem remetido este email, encontrando-nos ao dispor para o que considerem relevante.

Com os meus respeitosos cumprimentos,

Fernando de Almeida
Presidente do Conselho Diretivo
Chairman of the Executive Board



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge

não paramos
ESTAMOS ON

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE | NATIONAL HEALTH INSTITUTE DOUTOR RICARDO JORGE

Avenida Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, PORTUGAL

TEL (+351) 217 513 979

www.insa.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR