

Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde

Anexo I

Potenciais barreiras no acesso aos cuidados de saúde

Cláudia Furtado
João Pereira

Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

Lisboa
Julho de 2010



Plano Nacional de Saúde
2011-2016



Alto Comissariado
da Saúde



Em Portugal o Estado deve garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação. O acesso aos cuidados de saúde deve ser assegurado através do SNS, o qual se caracteriza por ser universal, geral e tendencialmente gratuito.

No entanto, ao nível da prestação de cuidados tem também co-existido uma importante componente privada, nomeadamente na área dos cuidados especializados e meios de diagnóstico. O sector privado presta alguns cuidados aos beneficiários do SNS através de convenções com o Estado e tem também convenções com os subsistemas públicos e seguros privados. Deste modo, embora o SNS se caracterize por ser universal, parte da população tem seguros de saúde ou subsistemas públicos que funcionam de um modo suplementar ao SNS, o que pode gerar iniquidades no acesso aos cuidados de saúde.

A evidência recolhida neste estudo revela a existência de iniquidades na utilização de cuidados de saúde, pelo que é importante analisar quais as potenciais barreiras que impedem que a distribuição da utilização seja feita apenas em função das necessidades clínicas dos utentes. Ao nível do sistema de prestação de cuidados identificam-se 5 dimensões que podem afectar o acesso: disponibilidade, proximidade, custos, qualidade e aceitação.

Disponibilidade

O SNS deve assegurar a prestação de cuidados de saúde primários, os quais abrangem as consultas com o médico de clínica geral e familiar, os cuidados pré-natais, o planeamento familiar, os cuidados domiciliários e os cuidados preventivos (ex. Plano Nacional de Vacinação ou os rastreios do cancro da mama, colo do útero e cancro do cólon e recto). Estão também incluídos na rede pública os cuidados especializados, atendimentos de urgência e serviços de reabilitação entre outros.

A oferta destes cuidados deve ser adequada às necessidades da população. Um número insuficiente de recursos pode afectar as restantes dimensões do acesso, por exemplo, através do aumento das distâncias geográficas, dos custos ou das listas de espera ou da diminuição da qualidade dos cuidados.

Os cuidados de saúde primários são prestados por médicos de medicina geral e familiar/clínicos gerais e enfermeiros através dos centros de saúde/USF. Apesar de não existirem dados oficiais publicados que permitam caracterizar de um modo rigoroso a situação actual, verifica-se que o número de médicos de medicina geral e familiar/clínicos gerais são insuficientes para assegurar que cada utente inscrito tenha um médico de família que efectue o acompanhamento do seu estado de saúde

De acordo com os dados do ACS¹ a evolução temporal do número de médicos de medicina geral e familiar/clínicos gerais por 100 000 habitantes apresentou algumas oscilações, mas desde 2005 apresenta uma tendência crescente. No entanto, os valores em Portugal estão muito aquém da média dos países da União Europeia¹, verificando-se igualmente variações no território português com a Região Centro a apresentar o maior rácio e a de Lisboa e Vale do Tejo a apresentar a menor densidade destes profissionais.

Os constrangimentos na oferta afectam também a possibilidade de escolha do médico de família por parte do utente, o qual é um direito que lhe assiste.

Ao nível dos cuidados especializados verifica-se também uma desigual distribuição dos recursos. A Região de Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta uma maior concentração de médicos especialistas e a do Alentejo e Algarve as que apresentam um menor rácio¹.

Na rede pública de cuidados os dados referentes aos tempos de espera indicam que existem especialidades médicas cuja oferta não se adequa às necessidades dos utentes do SNS sendo o diferencial entre a procura e a oferta particularmente elevado nas consultas de estomatologia, psiquiatria ou dermatologia.²

A não disponibilização adequada de recursos na rede pública de cuidados, e a disponibilização dos mesmos através do sector privado induz as iniquidades no acesso, pois apenas os grupos socioeconómicos mais favorecidos (indivíduos com capacidade para pagar ou que possuam subsistemas públicos/seguros privados) podem aceder aos cuidados privados.

Proximidade

Para além da oferta de serviços é importante assegurar que estes estão acessíveis em termos geográficos, não devendo existir desigualdades na distribuição dos cuidados, entre zonas rurais e urbanas, e entre o litoral e interior, em função das necessidades das populações. A distância geográfica aos serviços de saúde pode constituir uma barreira no acesso aos cuidados devido às dificuldades na deslocação, nomeadamente os custos e o tempo dispendido na deslocação, especialmente nos grupos mais desfavorecidos da população. São estes grupos que têm mais dificuldade em ter transporte próprio, suportar os custos da deslocação e no caso de serem trabalhadores em ausentarem-se do trabalho para se deslocarem aos serviços de saúde.

Um estudo comparativo refere que na União Europeia (UE – 15) Portugal e Espanha apresentam tempos de deslocação aos centros de saúde superiores aos dos restantes países (mais de 30% dos respondentes refere que demorou mais de 20 minutos na deslocação ao centro de saúde)³.

A Entidade Reguladora da Saúde⁴ (ERS) refere que a população residente fora do alcance de um Centro de Saúde ou extensão (mais de 30 minutos em transporte próprio) não representa mais de 0,03% da população de Portugal Continental. Santana⁵ refere que 70,2% da população reside a menos de 10 minutos de transporte privado de um centro de saúde, valor que em 1997 era de 59,9%. No entanto, há que salientar que indicadores de proximidade que consideram como boa acessibilidade geográfica residir a menos de 30 minutos das unidades de saúde considerando transporte próprio podem enviesar alguns resultados. As populações que residem mais longe dos locais de saúde podem ser simultaneamente as mais desfavorecidas ou mais envelhecidas e não terem, por esse motivo, veículo próprio. De acordo com Santana⁵, os concelhos com menor densidade populacional são os mais envelhecidos, os mais pobres e com baixa escolaridade, ou seja onde provavelmente há maior necessidade de cuidados de saúde.

No que concerne aos cuidados especializados, a necessidade de concentrar conhecimento e prática para assegurar a qualidade dos serviços prestados implica que as distâncias entre os locais de residência e os cuidados especializados sejam superiores às verificadas nos cuidados primários. Na União Europeia (UE-15) cerca de 50% dos cidadãos residem a menos de 20 minutos do hospital por carro, transporte público ou a pé. No entanto, existe uma desigualdade socioeconómica associada à distância entre o local de residência e os serviços de saúde. A desigualdade geográfica (UE-15) entre os quintis de rendimento superior e inferior ultrapassa os 20% em Portugal, à semelhança do que se verifica na Bélgica, França, Itália e Reino Unido. Ou seja, são os grupos populacionais

socioeconomicamente mais desfavorecidos os que residem mais longe dos hospitais, podendo para eles a distância constituir uma importante barreira no acesso, devido aos custos e ao tempo de deslocação.

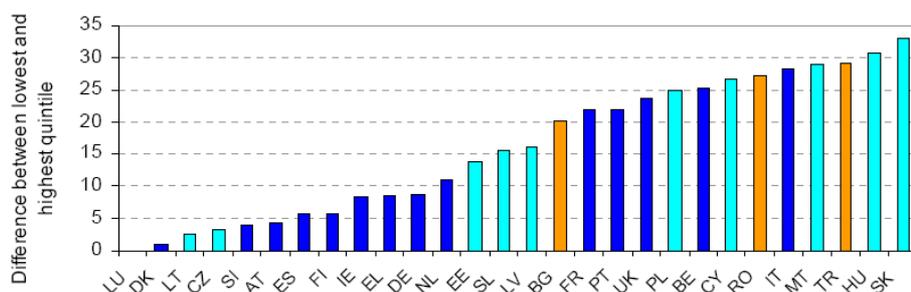


Figura 1 – Proximidade aos hospitais (diferença entre o quintil de rendimento inferior e superior)

Fonte: European Observatory on the Social Situation, 2005

A inexistência, ou a não divulgação, de medidas que possibilitem a deslocação dos indivíduos que têm mais dificuldade de ordem financeira ou física pode tornar a distância geográfica numa barreira significativa no acesso aos cuidados de saúde.

Embora os beneficiários do SNS tenham direito a ser comparticipados das despesas de deslocação quando o serviço de saúde está para além do limite geográfico aceitável, a informação sobre os reembolsos da despesa relativa a transporte para os serviços de saúde, e quais os critérios de aplicação, não está amplamente divulgada nos sites das Administrações Regionais de Saúde*, as quais estão responsáveis pela coordenação do transporte de doentes.

A não divulgação de informação pode conduzir a variações na aplicação e deste modo gerar iniquidades. Por outro lado, os utentes podem desconhecer este direito e deste modo o grau de utilização pode ser insuficiente.

Para além dos serviços prestados pelos cuidados de saúde primários e especializados existem outros serviços de saúde, como as farmácias, cuja localização pode constituir uma barreira no acesso aos medicamentos. Comparativamente aos restantes países da União Europeia, Portugal apresenta uma baixa densidade de farmácias por habitante o que pode significar que existem localidades,

* A ARS Norte tem no disponibilizado no site quais os critérios de aplicabilidade dos reembolsos.

normalmente as áreas de menor densidade populacional nas quais o acesso físico à farmácia pode exigir um maior esforço de deslocação. Do mesmo modo os laboratórios de análises e meios de diagnóstico, cujas convenções com o Estado permitem aumentar a oferta destes serviços, estão também concentrados nas zonas urbanas.

Custos

Esta dimensão refere-se aos custos incorridos no consumo de serviços de saúde os quais podem estar condicionados pela posse de seguros de saúde ou subsistemas públicos. Existem também custos indirectos inerentes à deslocação ou à falta ao trabalho que podem afectar as populações mais desfavorecidas.

Os utentes do SNS estão sujeitos a uma taxa moderadora cujo valor varia consoante o acto prestado. Existe isenção de pagamento para um conjunto de situações dos quais se destacam as grávidas, crianças até aos 12 anos, pensionistas ou doentes crónicos⁶. Tendo em consideração que a isenção se aplica aos utilizadores mais frequentes e aos que têm um nível económico inferior a taxa moderadora pode não constituir uma barreira significativa no acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. No entanto, há que salientar que embora os valores tabelados sejam reduzidos nos actos relativos a consultas (as taxas variam entre 2,20 nos centros de saúde e 4,5 euros nos hospitais centrais), os valores relacionados com a utilização de meios de diagnóstico são em alguns casos elevados⁷ e podem deste modo constituir uma barreira na utilização desses cuidados.

Para determinados bens de saúde, como os medicamentos ou próteses auditivas, é exigido ao utente um co-pagamento. O nível de co-pagamento com os medicamentos depende da mais-valia terapêutica do medicamento e apenas determinadas terapêuticas consideradas imprescindíveis para a vida, como a insulina, e doentes com patologias específicas estão isentos de qualquer co-pagamento. Os indivíduos com rendimento anual inferior a 14 salários mínimos, apesar de terem uma comparticipação acrescida por parte do Estado (15%) não estão isentos de co-pagamento[†]. À excepção destes regimes especiais não existem medidas que atenuem o efeito regressivo dos elevados co-pagamentos nos doentes com baixos rendimentos.

[†] Excepto no caso dos medicamentos genéricos.

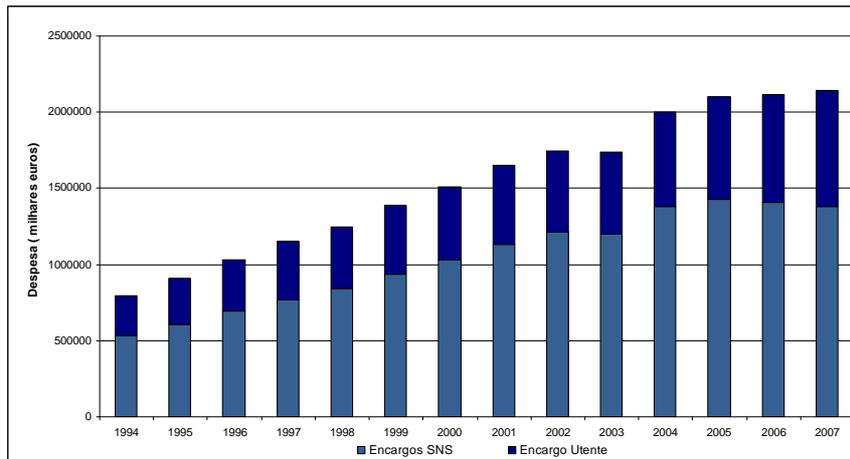


Figura 2 - Evolução da despesa com medicamentos no Serviço Nacional de Saúde

Fonte: Infarmed, IP

Como se verifica na Figura 2 o co-pagamento do utente tem vindo a aumentar percentualmente o que pode influenciar a decisão de aquisição/selecção dos fármacos prescritos e consequentemente afectar a adesão à terapêutica e os resultados em saúde. Embora a influência dos co-pagamentos na utilização dos medicamentos não tenha sido estudada em Portugal a literatura internacional indicia que os co-pagamentos podem reduzir a utilização de medicamentos não essenciais mas também dos essenciais.

As despesas efectuadas na aquisição de próteses, óculos, armações, lentes e calçado ortopédico mediante receita de especialistas e em serviços de estomatologia (consultas, tratamentos e colocação de prótese) efectuados por especialistas reconhecidos para o efeito são comparticipadas de acordo com valores tabelados. O reembolso ocorre mediante apresentação de credencial passada pelo médico de família do Centro de Saúde.

Qualidade

Nesta dimensão do acesso inclui-se não só a qualidade dos cuidados prestados mas também a organização na prestação.

Nos cuidados de saúde primários as barreiras organizacionais podem surgir no processo de marcação de consulta, na alocação do médico de família e na obtenção de cuidados atempados.

Num inquérito de satisfação aos utentes das USF a área em que a satisfação dos utentes é inferior relaciona-se com a organização dos serviços, os quais englobam dimensões como acessibilidade e

espera assim como apoio geral por parte da USF. O tempo que o indivíduo esteve na sala de espera foi a dimensão considerada menos satisfatória.⁸

No acesso às consultas de especialidade destacam-se duas barreiras no acesso: o processo de referenciação e as listas de espera. A referenciação do utente dos cuidados primários para o hospital de referência é condição essencial para que este possa aceder às consultas de especialidade. No entanto, podem surgir neste processo variações no acesso com origem quer nos prestadores quer nos utentes. Os utentes com menor literacia em saúde poderão ter mais dificuldade em transmitir as suas necessidades em saúde. Por outro lado, os médicos podem ter tendência para encaminhar os indivíduos de nível socioeconómico mais elevado para os cuidados especializados, quer porque estes são mais informados e por isso mais exigentes, quer pelo maior benefício que o médico espera que eles obtenham.

Os problemas na referenciação podem persistir após o primeiro contacto com os cuidados especializados nomeadamente na referenciação para outras especialidades ou tratamentos ou na referenciação para os cuidados continuados.

Outro dos problemas que persiste no acesso aos cuidados especializados é a existência de longas listas de espera. Os tempos de espera ocorrem não só no contacto inicial mas também nos cuidados subsequentes, como por exemplo no acesso a determinados procedimentos cirúrgicos. A falta de coordenação ou integração entre cuidados primários e especializados induz uma procura dos serviços de urgência, onde os cuidados necessários são prestados num único local e de modo integrado.

Pelo relatório da Inspeção Geral das Actividades em Saúde² verifica-se que o número de utentes à espera de uma consulta de especialidade no final de 2007 era elevado e apresentava uma tendência crescente. Esta realidade era particularmente preocupante em determinadas especialidades como oftalmologia, otorrinolaringologia ou dermatologia.

Um relatório recente⁹ revela que ao nível dos Institutos de Oncologia os dados de 2009 já apresentavam uma tendência decrescente nos tempos de espera, mas a percentagem de doentes operados para além dos tempos máximos de espera ainda é elevada. Na área da oncologia os tempos de espera são particularmente importantes pois os estádios de progressão da doença são determinantes na efectividade do tratamento.

Ao nível dos cuidados privados os tempos de espera são normalmente inferiores aos existentes no sector público o que potencia as iniquidades na utilização dos cuidados de saúde. Os indivíduos de nível socioeconómico superior, ou que estejam cobertos por subsistemas públicos ou seguros privados, podem optar por efectuar os tratamentos no sector privado. Adicionalmente salienta-se que nos cuidados privados o acesso não necessita de referenciação dos médicos de clínica geral, é normalmente feito por decisão do indivíduo. Os cuidados privados permitem deste modo ultrapassar duas barreiras, o processo de referenciação e as listas de espera.

As barreiras organizacionais podem também influenciar a aceitabilidade dos cuidados prestados e a subsequente utilização dos serviços de saúde.

Aceitação

Os cuidados de saúde devem estar adequados às populações que servem. Estes factores são particularmente importantes nos grupos que se encontram mais excluídos da sociedade como os imigrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, etc.

Não existe muita informação nesta área, sendo o grupo dos imigrantes aquele que foi mais estudado. Os imigrantes constituem um grupo que devido às características sociais e económicas (maior precariedade no emprego, discriminação social, piores condições de habitação) podem estar mais vulneráveis a situações de risco que diminuam o seu estado de saúde.

Nos estudos efectuados^{10,11,12} as razões apresentadas para a pouca utilização dos serviços de saúde foram o tempo de espera, as atitudes dos prestadores, a desadequação do período de funcionamento, o transporte, etc. A falta de documentos legais e as barreiras linguísticas foram outras das barreiras identificadas. No caso da saúde oral¹² as razões para a resistência à regularidade estão relacionadas com o custo e com a percepção que os cuidados ainda não eram necessários, não percepcionando deste modo a importância da prevenção.

Pelos estudos referidos as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde estão relacionadas quer com as dificuldades socioeconómicas destes indivíduos quer com a falta de sensibilidade/ conhecimento dos profissionais de saúde.

O desconhecimento por parte dos profissionais de saúde do direito de acesso por parte dos imigrantes independentemente da sua situação cria não só situações de iniquidades na prestação como dificulta a reutilização dos cuidados por parte do indivíduo. A atitude dos prestadores de cuidados e o desconhecimento que têm dos direitos dos imigrantes sugere a ausência de transmissão de informação dos níveis superiores para as entidades locais de prestação de cuidados.

No estudo desenvolvido por Fonseca et al. os próprios profissionais de saúde identificaram a falta de capacidade de resposta e de sensibilidade à diversidade dos doentes que procuram os serviços em todos os níveis da hierarquia como sendo uma clara barreira à prestação de cuidados de saúde que respondam às necessidades dos imigrantes.¹³

Referências bibliográficas

¹ Alto Comissariado da Saúde. *Atlas do Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2010. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/03/14/atlas-pns/>

² Inspecção Geral das Actividades em Saúde. Relatório “*Intervenção temática sobre listas de espera para primeiras consultas hospitalares (follow up)*”. Relatório IGAS:19, 2008.

³ European Observatory on the Social Situation. *Health Status and Living Conditions in an Enlarged Europe*. London School of Economics; 2005.

⁴ Entidade Reguladora da Saúde. *Estudo do Acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*. Porto; 2009.

⁵ Santana P. *Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde*. In: J. Simões (Coord). 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um Percurso Comentado. Coimbra, Almedina; 2010. p21-81.

⁶ Portal da Saúde. *Taxas moderadoras no acesso às prestações de saúde do SNS*. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt>. Acedido em Março 2010.

⁷ Portugal. Portaria n.º 34/2009, de 15 de Janeiro. Lisboa, Diário da República, I Série (10) de 15 de Janeiro 2009, p. 344-347

⁸ Ferreira PL, Antunes P. *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 2009.

⁹ Inspecção Geral das Actividades em Saúde. *Organização, gestão e acompanhamento da actividade cirúrgica e das listas de espera - Follow-up do processo 15/07-IT (Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - do Porto, de Coimbra e de Lisboa)*. 2010.

¹⁰ Dias S, Gonçalves A, Luck M, Fernandes M J. Risco de infecção por VIH/SIDA. Utilização - Acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante. *Acta Médica Portuguesa* 2004; 17:211-218.

¹¹ Dias S, Severo M, Barros H.. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research* 2008; 8:207.

¹² Fonseca MI, Esteves A, McGarrigle J, Silva S. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde* 2007; 1:27-52.

¹³ MIGHEALTHNET. *Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*. Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa. Lisboa, Universidade de Lisboa; 2009.