

Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde

Anexo II

Intervenções

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



Cuidados de Saúde Primários

Nos últimos anos tem-se assistido a uma reforma significativa da organização e responsabilização dos cuidados de saúde primários. Esta reforma caracterizou-se por uma maior autonomia de gestão dos Centros de Saúde, com possibilidade do cidadão intervir nas suas linhas de orientação¹. Um dos pontos fundamentais foi a implementação de Unidades de Saúde Familiar (USF) que são estruturas de prestação de cuidados de saúde, constituídas por uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa, funcional e técnica. Com todas as USF é contratualizada uma carteira básica de serviços que assegura a realização de actos de vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida, cuidados em situação de doença aguda, acompanhamento clínico das situações de doença crónica, cuidados no domicílio e interligação e colaboração com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação.

Foram também criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que são unidades intermédias entre as Administrações Regionais de Saúde e os Centros de Saúde, constituídos por várias unidades funcionais, destinadas a garantir a prestação de cuidados de saúde primários em determinada área geográfica. Os ACES integram Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados. Destaca-se o facto de terem um Conselho da Comunidade ao qual compete dar pareceres e acompanhar os planos de actividades, alertar para deficiências graves na prestação de cuidados, propor acções de educação e promoção de saúde e combate à doença ou dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado.

Por último foram também implementadas Unidades Locais de Saúde (Matosinhos, Norte Alentejo, Guarda e Baixo Alentejo) que englobam cuidados primários e hospitalares com o objectivo de uma melhorar a articulação e integração entre os diferentes níveis de cuidados da saúde.

A avaliação desta reforma tem-se traduzido pela apresentação do número de USF implementadas e o número de doentes abrangidos. Foi também efectuado um inquérito de satisfação aos utentes, o qual apresenta resultados positivos, mas que não permite retirar conclusões sobre a melhoria das condições de atendimento².

Para além das mudanças ao nível macro existem várias práticas implementadas nos cuidados de saúde primários ao nível local. Contudo quer a sua divulgação quer a sua avaliação tem sido escassa. Uma medida que tem sido adoptada são as Unidades Móveis de Saúde as quais permitem ultrapassar algumas barreiras existentes ao nível da acessibilidade e adequação (ver Caixa 1).

Caixa 1: Unidades Móveis de Saúde

A prestação de cuidados de saúde em Unidades Móveis destina-se normalmente a grupos populacionais específicos com dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários, quer por motivos socioeconómicos quer geográficos.

A utilização de Unidades Móveis adequa os serviços às necessidades dos indivíduos e permite a prestação de cuidados, como consultas de enfermagem, cuidados preventivos, ou o encaminhamento para estruturas do serviço nacional de saúde de indivíduos que teriam mais dificuldade em aceder ao sistema de saúde.

Estas iniciativas decorrem na maioria das ARS e também ao nível do sector social.

Têm também ocorrido diversas intervenções ao nível dos imigrantes³ com o objectivo de aumentar a informação neste grupo e adequar os cuidados às suas necessidades e expectativas Caixa 2).

Caixa 2: Intervenções ao nível dos imigrantes

1) Os “Roteiros para a saúde dos Imigrantes” e o “Passaporte de Saúde dos Imigrantes” são iniciativas que visam transmitir a necessidade de usar os serviços de saúde convencionais e resultam de parcerias entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa, Associações de Imigrantes e o Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural.

2) Projectos Noite Saudável e Bairro Feliz desenvolvidos pelos médicos do mundo – algumas iniciativas passam pela colocação de unidades móveis de saúde em áreas referenciadas como carenciadas, para que o apoio médico possa chegar às populações mais vulneráveis; Constituição de equipas multiétnicas que conhecem os idiomas e estão familiarizadas com os usos e costumes; utilização de equipas multidisciplinares que permitem uma abordagem mais completa do estado de saúde do indivíduo; Cartas de encaminhamento para os serviços de saúde que permitem atenuar algumas das barreiras comunicacionais e assegurar o cumprimento dos direitos de saúde do imigrante.

Fonte: Migheathnet

Cuidados Especializados

As listas de espera existentes no Serviço Nacional de Saúde quer para as consultas quer para as cirurgias têm sido a barreira mais visível da problemática do acesso aos cuidados especializados. Decorrente desta realidade surgiram nos últimos algumas iniciativas governamentais que procuraram, através de programas pontuais ou intervenções mais continuadas, diminuir o número de utentes que se encontravam em lista de espera.

Ao nível das cirurgias destaca-se o Programa para a Promoção do Acesso (1999) que progrediu para o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (2002)⁴. Após se verificar que um número considerável de utentes permanecia em espera por períodos de tempo não aceitáveis e não havia garantias de igualdade no acesso dos utentes às cirurgias⁵, foi criado em 2004 o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC). Este programa estabeleceu tempos máximos de espera a partir do qual os utentes podem receber um cheque para efectuar a operação no sector privado. Este programa pretendeu igualmente estabelecer prioridades nas intervenções em função da necessidade clínica e tempo de espera e introduzir uma maior responsabilização, quer dos utentes, quer das instituições, com o objectivo de garantir que o tratamento é efectuado no período de tempo máximo de espera previamente estabelecido.

Ao nível das consultas foi introduzido no âmbito do SIMPLEX o projecto Consulta a Tempo e Horas (Caixa 3).⁶

Caixa 3: Projecto Consulta a Tempo e Horas

Estabeleceu níveis aceitáveis de tempo de espera (conforme a prioridade do caso)

- 30 dias, se a realização da consulta for considerada como muito prioritária;
- 60 dias, se a realização da consulta for considerada como prioritária;
- 150 dias, se a realização da consulta for considerada com prioridade normal.

A constatação de tempos de resposta com prazos superiores aos definidos habilita o médico assistente a referenciar o pedido para outra instituição hospitalar da rede do SNS o mais próxima possível da residência do utente, que apresente tempos de resposta mais céleres na mesma especialidade, devendo, para o efeito, obter o acordo do utente.

Em áreas médicas específicas foram implementados programas especiais. Foi criado o Programa de Intervenção em Oftalmologia com uma intervenção limitada no tempo, e na área da estomatologia o projecto do “cheque dentista” (Caixa 4).

Caixa 4: Cheque dentista (Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - PNPSO)

O Projecto do Cheque-dentista foi concebido para crianças e jovens até aos 16 anos. No entanto, alargou o seu âmbito de intervenção aos grupos populacionais de maior vulnerabilidade, nomeadamente grávidas em vigilância pré-natal no SNS e beneficiários do complemento solidário de idosos. O sistema proporciona os dados necessários à emissão do 1º cheque, nos Centros de Saúde após confirmação da elegibilidade do utente no PNPSO. É também assegurada a emissão do 2º/3º cheques-dentista, no consultório privado, em função dos cuidados de saúde oral prestados.

Os resultados da avaliação da aplicação do PNPSO aos utentes beneficiários consiste essencialmente em indicadores de actividade tendo se verificado que um número considerável de utentes beneficiaram deste programa.

Taxa utilização dos Cheques	77,8%
Grávidas	80,5%
Idosos	79,6%
Saúde Infantil	47,0%

Tendo em consideração os critérios de elegibilidade para o programa os números existentes reflectem-se provavelmente numa melhoria do acesso às populações mais vulneráveis. No entanto, pela análise dos indicadores por ARS verificam-se algumas diferenças entre regiões as quais deveriam ser analisadas.

Nº de Cheques (Crianças e Jovens) emitidos por ARS	
Norte	132.464
Centro	71.792
Lisboa e Vale do Tejo	62.980
Alentejo	12.139
Algarve	16.533
Total de cheques	295.908

Fonte: DGS

Também na área da estomatologia destaca-se a intervenção do sector social a qual pretende igualmente colmatar as deficiências da rede pública (Caixa 5).

Caixa 5: Projecto Saúde a Sorrir da Associação

O projecto destina-se às populações mais vulneráveis nomeadamente crianças, grávidas, idosos e toxicodependentes. Os doentes são referenciados pelas instituições de solidariedade social e encaminhados para uma clínica dentária onde são prestados todos os cuidados.

Fonte: “Mundo a sorrir” (<http://www.mundoasorrir.org/>)

Existem outras práticas que visam melhorar o acesso aos cuidados de saúde como a Telemedicina (Caixa 6) ou as linhas de atendimento telefónico. A Linha saúde 24 é um serviço de atendimento telefónico que pretende aconselhar os utentes e identificar os casos urgentes, direccionando-os depois para os serviços de saúde adequados. A Linha Saúde 24 presta 3 tipos de serviços: Triagem, aconselhamento e encaminhamento; Informação Geral de Saúde e Informação Saúde Pública.

Caixa 6: Telemedicina

É um instrumento que permite que os doentes sejam observados perto do seu local de residência, que os cuidados sejam prestados com os níveis de qualidade exigidos e promove a optimização dos recursos humanos e logísticos.

Têm sido desenvolvidos alguns projectos nesta área entre os quais se destacam:

- "Telemedicina – Igualdade de Acesso à Formação e Assistência Médica Diferenciada em Cardiologia Pediátrica e Fetal", do Centro Hospitalar de Coimbra. Este projecto visa contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde, através da prestação de cuidados diferenciados de Cardiologia Pediátrica em locais distantes dos centros especializados.
- “Telemedicina Alentejo” - Este programa foi iniciado em 1999, através da efectivação de teleconsultas por videoconferência nos Distritos de Évora e Beja. Foi posteriormente expandido até ao distrito de Portalegre. Actualmente fazem-se teleconsultas “on-line” e em diferido (teleradiologia) entre 16 Centros de Saúde do Alentejo e entre os hospitais da região Alentejo e Hospitais Centrais de Lisboa. Até ao final de 2008 já se tinham efectuado cerca de 70.000 teleconsultas.

Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

As áreas dos MCDT são aquelas cujos pagamentos directos podem atingir valores mais elevados. Foram implementadas algumas medidas como os benefícios associados ao Complemento Solidário do Idoso ou a comparticipação total dos medicamentos genéricos aos indivíduos com rendimento mensal inferior ao salário mínimo (Caixa 7)⁷.

Caixa 7: Complemento Solidário do Idoso

O complemento solidário de idoso tem como objectivo atribuir benefícios adicionais aos idosos com rendimentos reduzidos, tendo em consideração que estes despendem grande parte dos seus recursos económicos com a saúde, nomeadamente com medicamentos e outras áreas de apoio com baixa comparticipação pelo Estado.

Os benefícios adicionais incluem:

- a) Participação financeira em 50 % da parcela do preço dos medicamentos não comparticipada pelo Estado;
- b) Participação financeira em 75 % da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de €100, por cada período de dois anos;
- c) Participação financeira em 75 % da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis até ao limite de € 250, por cada período de três anos.

Esta medida visa reduzir as desigualdades existentes na população socioeconómicamente mais desfavorecida.

Ao nível dos medicamentos foram introduzidas algumas inovações nos meios de distribuição de medicamentos com o objectivo de melhorar a acessibilidade física ao medicamento, nomeadamente:

- Passou a ser possível dispensar medicamentos através da internet e ao domicílio por parte das farmácias. Estes novos meios de distribuição permitem melhorar a acessibilidade ao medicamento, embora possa ser a custos acrescidos.
- Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) passaram a poder ser comercializados fora das farmácias e a estar sujeitos a um regime de preços livre. Esta medida pretendeu aumentar a acessibilidade a estes medicamentos, quer pelo aumento do número de locais de venda quer por uma potencial descida de preços.

No entanto, as farmácias que procedem à entrega ao domicílio de medicamentos e os locais de venda de MNSRM localizam-se essencialmente nos grandes centros urbanos. Pelo que estas medidas embora facilitem o acesso nestes locais não vêm resolver o problema de falta de acessibilidade dos locais mais rurais e no interior do país.

Referências bibliográficas

¹ Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em www.mcsp.min-saude.pt

² Ferreira PL, Antunes P. *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 2009.

³ 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.

⁴ Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório Primavera, 2002.

⁵ Portal da Saúde. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt>. Acedido em Março 2010.

⁶ Portugal. Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho. Lisboa, Diário da República, I Série (133) de 11 de Julho 2008, p. 4408-4414.

⁷ Portugal. Decreto-Lei n.º 129/2009, de 29 de Maio. Lisboa, Diário da República, I Série (104) de 29 de Maio de 2009, p. 3389-3390.