

# Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016

## 3.2. EIXO ESTRATÉGICO - EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE



**Plano Nacional de Saúde  
2012-2016**



## 3.2. EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

3.2. EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE .....	2
3.2.1. CONCEITOS .....	2
3.2.2. ENQUADRAMENTO .....	8
3.2.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA .....	14
3.2.4. VISÃO PARA 2016 .....	16
3.2.5. BIBLIOGRAFIA.....	18

*A equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento de um país.*

### 3.2.1. CONCEITOS

#### O QUE SE ENTENDE POR EQUIDADE E POR ACESSO?

1. Entende-se **equidade em saúde** como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot M *et al.*, 2008; Marmot M, 2007; WHO, 2010b). Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde.

2. O **acesso** aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

3. As **desigualdades em saúde** dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre diferentes grupos da população. Algumas são inevitáveis, não sendo possível alterar as condições que as determinam. Outras, porém, afiguram-se desnecessárias e evitáveis, configurando injustiças relativas, socialmente geradas e mantidas, que traduzem verdadeiras **iniquidades em saúde**; torna-se, por isso, mandatário, no plano ético, tomar medidas que as permitam reparar.

#### QUADRO 3.2.1 -Desigualdades em saúde:

- Estão fortemente associadas a determinantes sociais (WHO, 2010a; Marmot M, 2007): nível socioeconómico e educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde. Verifica-se existir um **gradiente social** em saúde, em que, quanto mais baixa for a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem em pleno o potencial individual de saúde;
- Afetam particularmente os **grupos vulneráveis**: por situação socioeconómica (por exemplo, pobres, sem-abrigo, desempregados de longa duração, imigrantes), condicionantes individuais (por exemplo, deficiência ou doença rara) ou grupo etário (por exemplo, crianças e idosos);
- Afetam o desenvolvimento socioeconómico (Johnson S *et al.*, 2008). A saúde está associada à riqueza de cada país, sendo também geradora de desenvolvimento.
- Podem ser avaliadas através de indicadores de esperança de média de vida, mortalidade e morbilidade, resultados em saúde materna e infantil, estratificados pelas características socioeconómicas;
- A sua redução envolve geralmente ações multi e intersectoriais, de outras instituições e da comunidade, a nível regional e local.



## PERSPETIVAS DO ACESSO

.4. O **acesso adequado** é um dos determinantes da saúde potenciador da redução das desigualdades.

### CONSULTAR NO GLOSSÁRIO:

*Acessibilidade, acesso adequado, determinante de saúde, determinantes sociais de saúde, desigualdade em saúde, necessidades de saúde*

### ACESSO ADEQUADO

- A utilização dos cuidados de saúde é mediada por fatores **predisponentes** e de **capacitação** (Andersen R, 1995; Furtado C, Pereira J, 2010).
  - *Os fatores de predisposição incluem o nível educacional e cultural, a ocupação, a etnia e as redes sociais e familiares. Estes, por seu turno, influenciam as convicções em saúde – valores e atitudes perante a saúde e os cuidados de saúde –, podendo condicionar a subsequente perceção do risco e da necessidade de utilização de serviços de saúde. Ou seja, determinam a capacidade do indivíduo para se responsabilizar pela utilização adequada dos cuidados de saúde disponíveis.*
  - *Os fatores de capacitação dizem respeito aos meios necessários para o indivíduo aceder efetivamente aos serviços de saúde e para os utilizar como, por exemplo, a possibilidade de suportar os custos de transporte.*
- Depende da oferta de serviços e da utilização pelo cidadão. Para uma adequada oferta de serviços de saúde, estes devem estar organizados de forma proporcional, necessária e suficiente às necessidades de saúde do cidadão.
- Os Sistemas de Saúde orientados para os Cuidados de Saúde Primários, como cuidados holísticos, de proximidade, continuidade e transversais, mostram melhor desempenho, melhores resultados, mais equidade e acessibilidade, melhor relação custo-benefício e maior satisfação do cidadão (Atun R, 2004).
- A despesa com serviços e tratamento pode ser uma barreira no acesso aos cuidados de saúde. Situações de doença com os custos que daí decorrem e opções entre a saúde e bens essenciais podem ser **fatores precipitantes de pobreza**, sobretudo para doentes crónicos, desempregados e idosos. Estes grupos são os que mais necessitam de cuidados de saúde, ficando duplamente fragilizados (Furtado C, Pereira J, 2010; WHO, 2008).
- Em situação de crise social e económica, os serviços de saúde ganham maior relevância, pois o agravamento das condições sociais condiciona uma procura crescente de cuidados (Furtado C, Pereira J, 2010; WHO, 2008).

**PAPEL DO SECTOR PÚBLICO** .5. Na promoção da equidade em saúde colocam-se vários desafios ao **sector público**<sup>1</sup>:

- Definição de serviços essenciais, ou sejam, aqueles para os quais deve ser explícita e garantida a possibilidade de acesso a todos os cidadãos (Schreyögg J *et al.*, 2005).
- Determinar o grau com que é possível aproximar e personalizar os cuidados para com as necessidades individuais, de famílias e comunidades.
- Determinar a forma como os benefícios da prestação de cuidados de saúde são distribuídos pelos indivíduos de diferentes classes socioeconómicas (por exemplo, através do grau de regressividade da comparticipação dos cuidados).

<sup>1</sup> Este assunto é desenvolvido no capítulo “Objetivos para o Sistema de Saúde - Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença”

.6. Dentro das opções de política social está o posicionamento do papel do estado quanto à redução das diferenças entre classes sociais (“estado socializante”) ou quanto à promoção das garantias mínimas de acesso real aos cuidados de saúde (“estado social”), para todos os cidadãos. Necessariamente, os estados adotam políticas mistas ou mais privilegiadas de uma opção ou da outra consoante os seus valores, filosofias e prioridades políticas.

**QUADRO 3.2.2 - O acesso adequado resulta de várias dimensões inter-relacionadas:**

- **Procura adequada de serviços**, consequência da percepção da saúde e do serviço como a resposta mais vantajosa;
- **Disponibilidade**, referida à oferta adequada de cuidados às necessidades da população;
- **Proximidade**, refletida pela dispersão geográfica dos serviços;
- **Custos diretos**, como aquisição de serviços;
- **Custos indiretos**, como faltas ao emprego e o transporte;
- **Qualidade**, quanto à organização dos serviços e à dimensão técnica e humanização;
- **Aceitação**, resultante das expectativas, atitudes e comportamentos do cidadão.

Fonte: Furtado C, Pereira J, 2010.

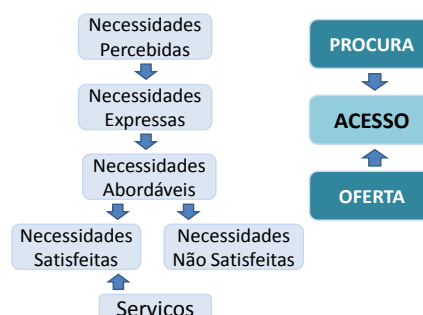
**PAPEL DO SETOR PRIVADO** .7. Perante a responsabilidade assumida pelo estado, o **Sector Privado** assume três funções:

- Possibilita a complementaridade dos serviços públicos, alargando a capacidade técnica e de resposta, numa relação de convenção.
- Amplia a liberdade de escolha e diversidade de modelos e prestação de serviços, fundamentada na livre iniciativa, no respeito pelas garantias necessárias de certificação, qualidade, informação e articulação.
- Contratualiza, com o sector público, a responsabilidade da prestação de serviços na saúde, assegurando as infraestruturas, a gestão e outros aspetos da prestação de cuidados.

**AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES EM SAÚDE**

.8. O planeamento da acessibilidade tem por base a avaliação das necessidades, os critérios de qualidade dos serviços e os princípios de gestão de recursos. A adequação de cuidados responde, assim, a necessidades locais.

**FIGURA 3.2.1 - Necessidades de saúde, procura e oferta de serviços**



Fonte: Adaptado de Wright J, Williams R, Wilkinson JR, 1998.

- Discrimina entre necessidades percebidas, expressas e abordáveis, procura e resposta do serviço de saúde.

## QUE ESTRATÉGIAS E RECURSOS PARA A PROMOÇÃO DO ACESSO?

- Permite identificar as necessidades não satisfeitas que necessitam de intervenção de outros sectores.
- Facilita cuidados de saúde proactivos, definição de prioridades e separação entre a responsabilidade de financiamento e prestação de cuidados.

.9. Identificam-se como estratégias e recursos para a promoção do acesso:

- **A utilização de sistemas de informação e monitorização do acesso** que incluam indicadores sobre determinantes sociais, de forma a compreender o problema e possibilitar a intervenção eficaz.

- **A implementação de projetos específicos** (temporários,

verticais ou integrados) dirigidos a ganhos adicionais em saúde através da redução das desigualdades em saúde, de forma transversal ou focada a grupos vulneráveis. Serão particularmente mais relevantes quanto mais capacitarem o sistema, melhorarem a sua efetividade e se disseminarem como boas práticas.

### QUADRO 3.2.3 - Estratégias e recursos de promoção do acesso:

- Sistemas de informação e monitorização do acesso;
- Projetos específicos
- Organização territorial dos cuidados de saúde
- Estratégias de articulação
  - Entre níveis de cuidados
  - Em cada nível
  - Intrainstitucional
  - Entre sectores
- Estratégias de *empowerment*

## ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

- A organização territorial dos cuidados de saúde que contempla:
  - **A rede de Cuidados de Saúde Primários** como estrutura de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado, centrada no cidadão, família e comunidade;
  - **Os Cuidados pré-hospitalares**, nomeadamente a emergência médica;
  - **A rede hospitalar** (número de hospitais, localização e tipologia) entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, altamente especializados, urgentes e emergentes, organizado de modo coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência;
  - **A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.**

## ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS

- **A articulação em cada nível de cuidados**, entre níveis e entre sectores, no sentido de assegurar:
  - A partilha de informação através de: plataformas de gestão integrada da doença, sistemas de informação e processos clínicos, protocolos de referênciação, consultadoria, gestão do percurso entre níveis de cuidados (gestão de caso) (Dias A, Queirós A, 2010);
  - A boa atividade das organizações interinstitucionais, responsáveis por definir, implementar, monitorizar e avaliar a articulação entre Cuidados Primários e Hospitalares, segundo as áreas clínicas, como por exemplo, as Unidades Coordenadoras Funcionais de saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente;
  - A gestão estratégica e operacionalização comum entre unidades de prestação de serviços de níveis diferentes, das quais são exemplo as Unidades Locais de Saúde;
  - As Redes de Referênciação Hospitalar (RRH) como instrumentos de organização do acesso que permitem cuidados em complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional (Ministério da Saúde, 2007). As RRH baseiam-se em especialidades



*médicas, o que pode dificultar esta integração, seja pela dispersão dos profissionais, seja pelo facto de os doentes poderem ser portadores de patologias múltiplas;*

- *A gestão estratégica e operacionalização comum a várias unidades de prestação de serviços com capacidade para realizar planeamento intermédio e coordenar recursos complementares (por ex., ACES);*
- *A articulação entre a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (Despacho n.º 7968/2011) e o hospital, para uma gestão da alta hospitalar mais eficiente, maior envolvimento da família e/ou dos cuidadores informais, menor risco de complicações e de morbilidade, bem como menor despesa;*
- *A gestão integrada dos recursos intra-hospitalares e gestão de altas, processos promotores de equidade e acessibilidade que incluem: a transferência de cuidados gerais para os Cuidados Primários e para a comunidade, gestão comum de camas para situações agudas, reforço dos serviços de hospital de dia e da cirurgia de ambulatório, planeamento da alta hospitalar o mais precocemente possível;*
- *Uma estratégia de articulação intersectorial, facilitada através do gestor de caso, cuja missão inclui mobilizar os recursos sociais necessários para cada situação, através dos diversos intervenientes (Saúde, Segurança Social e Autarquias) (Dias A, Queirós A, 2010; Lopes et al., 2010);*

#### INSTITUCIONAIS

#### DE CAPACITAÇÃO

- *Estratégias de empowerment do cidadão, dos cuidadores informais e promoção do voluntariado (ver capítulo da Cidadania em Saúde), relevantes para melhorar a literacia, capacitar para o autocuidado e minimizar a necessidade de acesso e reduzir a procura inadequada dos serviços de saúde (Lopes et al., 2010). Os serviços na comunidade para os mais idosos permitem, ainda, reduzir os internamentos, melhorar a qualidade de vida e reduzir as despesas (Lopes et al., 2010; Fassbender K, 2009 cit in Escoval A, Fernandes AC, 2010).*



**QUADRO 3.2.4 - OPORTUNIDADES DECORRENTES DA PROMOÇÃO DA EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE:**

**PARA O CIDADÃO:**

- i) Valorização da continuidade de cuidados, cuidados holísticos, próximos e personalizados, como condição essencial para a promoção de estilos de vida saudáveis, promoção da saúde e prevenção da doença, numa visão positiva de saúde;
- ii) Melhoria da morbilidade e incapacidade consequentes do rastreio e diagnóstico precoce, intervenção em patologias-chave, resolução célere de problemas de saúde e reabilitação precoce;
- iii) Percurso clínico adequado e célere entre e dentro das instituições, com cuidados integrados, internamentos mais curtos, recuperação e cuidados continuados na comunidade ou em unidades próximas da residência;
- iv) Aumento da literacia e do *empowerment* dos cidadãos e cuidadores informais, dirigido aos autocuidados e ao acesso adequado aos serviços de saúde;

**PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- v) Melhor comunicação entre profissionais de saúde, com melhoria da qualidade e menor probabilidade de erro;
- vi) Trabalho multidisciplinar, multiprofissional e interinstitucional reforçado, com foco nas necessidades da pessoa, família ou comunidade.

**PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:**

- vii) *Empowerment* das instituições como organizações responsáveis pelo estado de saúde das comunidades e populações, através do reforço da avaliação de necessidades e da capacidade de resposta no planeamento dos seus serviços;
- viii) Apoio social integrado através da mobilização planeada e proactiva de recursos sociais, de forma personalizada às necessidades individuais e familiares, como admissão a lares, integração faseada no trabalho, apoios sociais;
- ix) Redução das despesas e libertação de recursos decorrentes;

**PARA O DECISOR POLÍTICO:**

- x) Equidade de acesso nos grupos vulneráveis ou com necessidades especiais, como toxicodependentes, VIH-Sida e outras doenças de transmissão sexual, doença mental ou situações associadas à pobreza e exclusão social;
- xi) Incremento do valor social do Sistema de Saúde, como recurso acessível, próximo e personalizado, de apoio incondicional e continuado em situações de dificuldade económica, social, de doença e sofrimento.



### QUADRO 3.2.5 - AMEAÇAS À PROMOÇÃO DA EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE:

#### PARA O CIDADÃO:

- i) Baixa literacia e autonomia do cidadão/doente para com serviços de saúde impessoais, baseados na tecnologia e focados na prestação de serviços (versus cuidados);
- ii) Cuidados de saúde entendidos como meros bens comerciais, transacionáveis numa lógica de mercado, sem respeito pelos princípios éticos necessários para criar confiança e aliança terapêutica;

#### PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- iii) Falta de comunicação e articulação entre prestadores e cuidados, com baixa responsabilidade dos prestadores pela gestão do caso e por orientarem o percurso clínico do doente pelo serviço de saúde;

#### PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:

- iv) Dificuldades no acesso pela dispersão e fragmentação de cuidados nos Centros Hospitalares unidos por instituições geográficas distantes entre si.
- v) Baixa capacidade de planeamento e organização das instituições, incluindo obtenção e análise de informação para a definição de necessidades em saúde; definição de intervenções para a melhoria contínua; implementação e sustentabilidade das medidas; monitorização e avaliação dos resultados em saúde. Baixa capacidade de organizar serviços e respostas proactivas.

#### PARA O DECISOR POLÍTICO:

- vi) Baixa orientação dos serviços de saúde para a obtenção de resultados em saúde, mantendo o foco na prestação oportunista e não proactiva da doença, bem como baixo investimento na gestão do risco;
- vii) Perceção insuficiente do impacto dos determinantes sociais da saúde no acesso e na incapacidade, morbidade e mortalidade sensível aos cuidados de saúde;
- viii) Fragmentação dos serviços de saúde, com baixa responsabilidade pela evolução do estado de saúde de uma população.

## 3.2.2. ENQUADRAMENTO

### LEGAL, NORMATIVO, REGULAMENTAR E ESTRATÉGICO

.1. De acordo com a Constituição da República Portuguesa, “ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual” (artigo 13.º, n.º 2). Ainda de acordo com a Constituição, “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” (artigo 64.º, n.º 1).

.2. A equidade e acesso universal aos cuidados de saúde são garantidos em Portugal pelo **Serviço Nacional de Saúde** e pela **Lei de Bases da Saúde** (Lei 56/79; Lei 48/90).

- Os **Princípios Gerais da Lei de Bases da Saúde** (LBS) frisam que “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos



termos da Constituição e da lei” (Princípio Geral 1) e que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” (Princípio Geral 2).

- A **Lei de Bases da Saúde** (Lei 48/90), prevê na Base I Princípio 1 que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde” e que o **Serviço Nacional de Saúde** deve “garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Base XXIV). Ainda de acordo com a LBS, o Sistema de Saúde assenta nos Cuidados de Saúde Primários, devendo localizar-se próximo das comunidades, com intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde (Base X); também conforme o diploma, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) caracteriza-se por garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados (Base XX).

- A **Carta dos Direitos de Acesso** (Lei n.º 41/2007) estabelece a prestação de cuidados de saúde num período de tempo clinicamente aceitável e o direito à informação.

- O **Plano Nacional de Saúde 2004-2010** (<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/index.html>) estabelece a Prioridade aos Mais Pobres e a necessidade de reduzir as desigualdades em saúde através de ações dirigidas a grupos vulneráveis. As estratégias adotadas baseiam-se numa abordagem com base em *settings*, com impacto significativo na melhoria do acesso aos serviços de saúde das populações desfavorecidas e concentradas territorialmente.

#### **QUADRO 3.2.6 - Legislação e estratégias intersectoriais dirigida a grupos vulneráveis:**

- **Imigrantes:** Despacho do MS quanto ao acesso ao SNS (Despacho 25360/2001; Resolução Conselho Ministros 63-A/2007)<sup>2</sup> e Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013 da responsabilidade do ACIDI (Despacho nº25360/2001).
- **Crianças e Jovens:** Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil (Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010 (Despacho nº 12045/2006 ); Ação de Saúde Para Crianças e Jovens em Risco (Despacho nº31292/2008); Programa CUIDA-TE (Portaria n.º 655/2008); Sistema Nacional de Intervenção Precoce - SNIPI (Decreto-Lei nº 281/2009);
- **Idosos:** Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004-2010 (DGS-PNSPI, 2006);
- **Portadores de Deficiência:** Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013 (Resolução do Conselho de Ministros nº 97/2010);
- Programa Nacional de **Doenças Raras** 2010-2015 (Aprovado pelo Ministro da Saúde em 2 Novembro de 2008; DGS-PNDR 2007).
- **Mulheres e Homens:** IV Plano Nacional para a Igualdade, Género, Cidadania e Não Discriminação 2011-2013 (Resolução do Conselho de Ministros, nº5/2011); II Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos (Resolução do Conselho de Ministros, nº 94/2010); IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica (Resolução do Conselho de Ministros, nº 100/2010);

<sup>2</sup> Em Portugal, a legislação é facilitadora da integração e do acesso adequado aos cuidados de saúde para os imigrantes e famílias desde que residentes há mais de 90 dias.



**ESTUDOS E FONTES  
DE CONHECIMENTO  
SOBRE O ACESSO E  
DESIQUALDADES  
EM SAÚDE**

.3. No capítulo “Perfil de Saúde em Portugal” são descritas desigualdades em saúde.

- Na perspetiva do **género**, apresentando as mulheres **maior esperança de vida** ao nascer e metade dos anos de vida potencial perdidos (WHO, 2010), com menor mortalidade precoce por doença isquémica cardíaca e AVC, mas **pior esperança de vida saudável** (Eurostat, 2010); relativamente a **causas evitáveis**, os homens apresentam maior mortalidade por acidentes de trabalho, acidente de trânsito com veículos motor, doenças relacionadas com o álcool (Santana P, 2009) e por suicídio. No que diz respeito a **fatores de risco**, a obesidade é mais prevalente nas mulheres e o tabagismo nos homens.
- As **desigualdades regionais**, que podem ser marcadas, verificando-se menor **esperança de vida** em idades jovens e regiões menos habitadas e rurais do Alentejo e Algarve, regiões essas com **taxas de mortalidade precoce específicas** mais elevadas para o suicídio, a doença isquémica cardíaca e os acidentes de viação. São mais frequentes os **internamentos** por diabetes na região do Alentejo, e menos frequentes no Algarve; e mais frequentes os internamentos por causas atribuíveis ao álcool no Norte e menos no Alentejo. O baixo peso à nascença e a taxa de mortalidade infantil são mais elevadas no Alentejo e mais baixas no Centro. Relativamente ao acesso, os concelhos do interior e o sul do país são os mais envelhecidos e, simultaneamente com os **locais de residência mais afastados dos serviços de saúde**, sobretudo dos serviços de especialidade.
- As **desigualdades socioeconómicas**, observando-se impacto no acesso, com os grupos de nível socioeconómico mais elevado e com maior escolaridade tendo melhor acesso a consultas de especialidade, nomeadamente medicina dentária e cardiologia (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2006).
- As **desigualdades em grupos vulneráveis**, observando-se que as famílias imigrantes têm piores indicadores de saúde por múltiplas barreiras, nomeadamente estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas. Há ainda evidência de discriminação, desigualdades quanto ao género (Dias SF, Severo M, Barros H, 2008) e de maior mortalidade perinatal e infantil nos filhos de imigrantes, assim como mais patologia materna na gravidez (Machado MC *et al.*, 2007).
- A utilização dos **serviços do sector privado** apresenta desigualdades de género (mais frequentes nas mulheres), regionais (maior oferta em Lisboa e Vale do Tejo), e socioeconómicas (mais em cidadãos em idade ativa, com maior nível escolaridade e estatuto socioeconómico mais elevado) (Villaverde Cabral M, Silva PA, 2009).

**QUADRO 3.2.7 - Documentos de referência sobre o acesso à saúde em Portugal:**

- Ministério da Saúde. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS. 2010.
- Pereira J, Furtado C. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Alto Comissariado da Saúde 2010

.4. Da análise do acesso aos serviços de saúde:

- Relativamente aos **Cuidados de Saúde Primários**, em 2009, verificou-se melhor acesso, mais consultas e maior racionalização da utilização dos cuidados, sugerido pela melhoria do indicador da utilização média (Ministério da Saúde, 2010); apenas 0,03% da população reside a mais de 30 minutos (em transporte próprio) de um centro de saúde ou extensão (ERS, 2009); dos inscritos nos centros de saúde, 85,2% têm médico de família atribuído (ACSS, 2010).
- A **rede hospitalar** atual (2009) permite que 88% da população resida a menos de 30 minutos

**ACESSO AOS  
SERVIÇOS DE  
SAÚDE**



em transporte próprio e apenas 1% da população reside a mais de 60 minutos de um hospital (Portaria 615/2008), sendo as distâncias maiores existentes nos concelhos do interior. Existe desigualdade na concentração de **médicos especialistas**, sendo esta maior na região de LVT e menor no Alentejo e Algarve (Pereira J, Furtado C, 2010).

- Sobre a **utilização de subsistemas e serviços privados**, em Portugal existem mais de 2500000 habitantes com subsistemas ou com seguros de saúde (2010) e uma diversidade de prestadores de cuidados de saúde. 81,1% da população recorre ao SNS, 10,1% tem acesso à ADSE (INSA-INE, 2005-2006), 1,3% não utiliza nenhum subsistema de saúde e 7,5% utiliza outros subsistemas (INSA-INE, 2005-2006). 10,5% da população possui seguros de saúde privados (INSA-INE, 2005-2006), tendo este número sido crescente entre 2001 e 2008, em detrimento dos seguros de empresa (de 57,3% para 80,0%). Entre 2001 e 2008, verificou-se uma diminuição do número de cidadãos que acedem ao SNS através de subsistemas de saúde **Erro! Marcador não definido**.

#### SISTEMAS DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO

.5. Diversos sistemas, ações e programas desenvolvem-se enquanto instrumentos e mecanismos de monitorização e promoção da equidade e do acesso aos serviços de saúde, de que são exemplo (ver também Capítulo 2.1 – Cidadania em Saúde):

- Linha Saúde 24;
- Número Nacional de Emergência Médica;
- Portal da Saúde;
- Site da DGS.

#### SISTEMAS DE INFORMAÇÃO RELEVANTES PARA A MONITORIZAÇÃO DO ACESSO

.6. **Outros sistemas de informação para a monitorização e promoção do acesso:**

- **Registo Nacional de Utentes** do SNS, que permite conhecer a cobertura e a utilização dos serviços do SNS, em fase de desenvolvimento.
- **Nascer Cidadão**, parceria com o Ministério da Justiça e do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social que permite o registo de recém-nascido nas maternidades públicas e privadas, simultaneamente com vários fins, incluindo a articulação de cuidados de saúde ao recém-nascido.
- **SIM-Cidadão**, Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde que permite monitorizar as perceções dos utentes utilizadores de cuidados face aos contactos que têm com as diversas entidades prestadoras.
- Serviços de **e-Saúde** que permitem maior autonomia e um acesso direto à informação e aos serviços de saúde. São exemplo o **e-SIGIC**, para acompanhamento da posição na lista de espera cirúrgica; a **e-Agenda**, que permite o agendamento em linha de consultas nos cuidados de saúde primários; a **e-Prescrição**; a **e-vacina** e a **Plataforma de Dados em Saúde** (em fase de implementação).

#### INSTRUMENTOS E MECANISMOS DE PROMOÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

#### GOVERNAÇÃO

- Iniciou-se, em 2005, uma **Reforma dos Cuidados de Saúde Primários** (Ministério da Saúde, Reforma Cuidados Saúde Primários. Plano Estratégico 2010-2011; Decreto-Lei 88/2005; Resolução do Conselho de Ministros 157/2005), que inclui objetivos de melhoria do acesso a cuidados próximos e adequados, reorganizando os CSP em 74 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Decreto Lei 28/2008) com responsabilidade pelo acesso da comunidade aos cuidados de saúde, contratualização de indicadores de acesso e produção, bem como incentivos às Unidades de Saúde Familiares (315 em Fevereiro 2012); criação de Unidades de



Cuidados na Comunidade (155 em Fevereiro 2012) ([www.mcsp.min-saude.pt](http://www.mcsp.min-saude.pt)).

- Iniciou-se, em 2007, a implementação da **Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados** (RNCCI), baseada em parcerias entre instituições públicas, privadas e do sector social. Integra Unidades de Convalescença, de Média Duração e Reabilitação, de Longa Duração e Manutenção, de Cuidados Paliativos, de Dia e de Promoção da Autonomia e Equipas Domiciliárias. Desde a sua criação, recebeu mais de 61401 utentes, verificando-se um aumento de 20% no primeiro semestre de 2010 (mais 10.251) relativamente a 2009. Em Junho de 2010, dispunha de 4120 camas (crescimento superior a 5%, face a 2009) e de 3733 equipas domiciliárias, a maioria nas regiões Centro e LVT. Tem um sistema de informação próprio que permite a monitorização do acesso (Decreto Lei 101/2006).
- Em 2007, foram amplamente discutidos os critérios, condições de acesso e proposta de pontos de rede de urgência, na sequência do trabalho da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral, criada pelo despacho n.º 17736/2006 (2.ª série), de 31 de Agosto, tendo sido realizada a requalificação e redistribuição geográfica dos pontos de urgência, com nova rede de urgência definida e classificada pelo despacho n.º 5414/2008 (2.ª série), de 28 de Fevereiro. Esta rede prevê a existência de 89 unidades de urgência, em três níveis de diferenciação: 14 polivalentes (SUP), 30 médico-cirúrgicas (SUMC) e 45 básicas (SUB). A implementação da rede está atualmente a ser reavaliada, na sequência dos trabalhos da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, criada pelo despacho n.º 13377/2011 (2ª série) de 6 de Outubro.
- Relativamente às **Redes de Referência Hospitalar**, 17 estão aprovadas e publicadas<sup>3</sup> e outras 10 aguardam aprovação<sup>4</sup>.

## SISTEMAS DE

### 7. Sistemas dedicados à facilitação e definição de prioridades do acesso:

#### PROMOÇÃO DO ACESSO

- **Linha de Saúde 24:** serviço telefónico nacional, de triagem, aconselhamento e encaminhamento dos cidadãos em situação de doença, incluindo urgência e emergência. Permite o acesso a um serviço universal e de elevada disponibilidade, com uma taxa de eficácia de 97% e crescimento na utilização face à taxa média do ano de 2009 (dados do 1º trimestre de 2010) (Ministério da Saúde, 2010).
- **Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester no Serviço de Urgência:** instituído em Junho de 2003, na sequência do protocolo estabelecido com o Grupo Português de Triagem, utiliza um protocolo clínico que realiza uma rápida identificação dos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência, permitindo atender, em primeiro lugar, os doentes mais graves e não, necessariamente, quem chega primeiro.
- **As Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral:** constituem um programa estratégico implementado em 2007 que visa obter ganhos relativamente à mortalidade e morbilidade daquelas situações, através de parceria com as ARS, INEM, rede de urgências e rede hospitalar e capacitação do cidadão.
- **A Via Verde da Sépsis** (DGS, 2010): organização e protocolização de mecanismos que

<sup>3</sup>Materno-Infantil, Neurologia, Intervenção Cardiológica, Infeciologia, Oncologia, Imunoalergologia, Medicina Física e de Reabilitação, Reumatologia, Nefrologia, Transplantação, Anatomia Patológica, Genética Médica, Cirurgia Vasculuar, Psiquiatria e Saúde Mental, Oftalmologia, Urologia e Gastrenterologia.

<sup>4</sup> Medicina Nuclear, Endocrinologia, Medicina Interna, Pneumologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia e Intervenção Cardiológica. Em revisão a de Oncologia e em preparação a de Neurocirurgia.



permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada.

**PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DO ACESSO** • **Sistema de Informação de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)** (Resolução do Conselho de Ministros 79/2004): monitoriza os tempos de espera para cirurgia programada e permite gerir a lista de espera. De 2005 a 2009 verificou-se uma redução em 39% do tempo médio de espera, com um aumento de 4% do número de doentes operados, e um aumento do número de inscritos de 7,3%, em 2008.

• **Consulta a Tempo e Horas (CTH)** (Portaria 615/2008): monitoriza o acesso a consultas de especialidade hospitalares de doentes referenciados pelos médicos de família. A CTH operacionaliza os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) (Portaria 1529/2008), definidos pela Carta dos Direitos de Acesso. Em 2011, 70% das consultas solicitadas decorreram dentro do tempo recomendado para o nível de prioridade. Maior dificuldade na resposta hospitalar em Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Dermato-venereologia; menor número de consultas fora do TMRG nas consultas de cirurgia da cabeça e do pescoço, maxilo-facial e pediátrica.

• **Plataforma de Gestão Integrada da Doença** (<http://gid.min-saude.pt/publicacoes/index.php>): implementada em 2007 com a gestão dos doentes insuficientes renais, evoluiu para incluir a obesidade, doença pulmonar obstrutiva crónica, a retinopatia diabética, a esclerose múltipla e prevendo-se a sua expansão para o cuidado aos doentes diabéticos; permite a partilha de informação entre vários cuidadores e é suportada por um modelo de convenção para a prestação de cuidados entre o sector público e privado.

• **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)** (Portaria 301/2009): desenvolvido em serviços privados em articulação com os programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil e saúde materna e com Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO) (<https://www.saudeoral.min-saude.pt/siso/welcome/welcomeUser.action>) que permite a gestão do programa a nível nacional, regional e local. O acesso aos cuidados realiza-se através do cheque-dentista destinado a mulheres grávidas, idosos beneficiários do complemento solidário, crianças e jovens com idade inferior a 16 anos. Em 2011, foram emitidos 543619 cheques-dentista e utilizados 409998 (taxa de utilização de 75%) num total de 321166 utentes, dos quais: 38882 grávidas, 5496 idosos e 276566 crianças. (DGS. SISO, 2012).

• **Programa de Incentivo à Procriação Medicamente Assistida** (Lei n.º 32/2006): permite o acesso a consultas de infertilidade e às técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), mediante critérios rigorosos de inclusão e permanência. Por outro lado, procedeu-se a aumentos na taxa de comparticipação dos medicamentos associados, foi definida uma rede de referenciação, foi dada formação aos médicos de medicina geral e familiar, foram realizados investimentos em infraestruturas e equipamentos e iniciou-se a criação duma plataforma informática articulada - FERTIS.

• **Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco** (Despacho nº31292/2008): cria uma resposta estruturada do Serviço Nacional de Saúde ao fenómeno dos Maus-Tratos, através do desenvolvimento da “Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco” implantada a nível dos ACES, das ULS e dos hospitais com atendimento pediátrico (*Aplicação informática em elaboração*).

.8. Outros Programas para a promoção do acesso, por convenção de atos:

• **Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO)** (Portaria 1306/2008): prevê a diminuição de listas de espera de cirúrgica oftalmológica. Durante a vigência do PIO, entre Julho de 2008



e Junho de 2009, houve um acréscimo de 30 mil cirurgias e 75 mil primeiras consultas.

- **Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO)** (Portaria 1454/2009): está em fase de implementação, tendo sido contratualizadas 2500 cirurgias no SNS para o tratamento da obesidade em 2010.

#### **AValiação DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE:**

- O Ministério da Saúde publicou em 2010 o **Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS** (Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde, 2010), que analisa as ações para a melhoria do acesso a cuidados de saúde e a resposta nos vários níveis de cuidados.
- A **Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências** avaliou os serviços de urgência existentes e identificou uma oferta desadequada às necessidades, um atendimento que não satisfaz as expectativas dos doentes e famílias, meios desorganizados ou inexistentes de comunicação interna e externa, potencial não concretizado na melhoria da comunicação e do serviço ao doente, difícil drenagem de doentes, inexistência de sistemas uniformes de registo de dados clínicos e falta de campanhas de informação à população para a correta utilização dos serviços (A Rede de Urgência. Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes, Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, 2007).

#### **PROJETOS DE INOVAÇÃO E PERSPETIVAS FUTURAS**

- As políticas estratégicas e ações para a redução da iniquidade são consideradas prioritárias na Estratégia da União Europeia para a Saúde (2008-2013) (EU, 2008); a OMS estabelece como meta, até 2020, a redução em 25% das diferenças nos níveis de saúde, centrada nos grupos vulneráveis.

### **3.2.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA**

#### **A NÍVEL POLÍTICO DEVE-SE**

- **Capacitar os sistemas de informação e monitorização da saúde para considerar de forma abrangente e integrada a perspetiva do acesso**, permitindo a integração de cuidados e o apoio à tomada de decisão aos vários níveis, através da sua integração / interoperabilidade, inclusão de informação associada aos determinantes sociais da saúde, e informação necessária à consideração das necessidades, recursos, adequação e desempenho dos serviços e resultados em saúde.
- **Estabelecer, de forma integrada, referenciais para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e promoção da equidade**, que considerem as necessidades de saúde, desigualdades, a qualidade das respostas dos serviços, e que sejam associados a processos de alocação de recursos e de avaliação do desempenho.
- **Avaliar sistematicamente o impacto das políticas e práticas institucionais na saúde e das políticas de outros ministérios e sectores no acesso e na equidade**, anterior à implementação ou posterior, através de processos de avaliação do impacto na Saúde.
- **Priorizar recursos na melhoria do acesso, adequação e desempenho dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados Integrados**, na medida em que o reforço destes níveis diminui a utilização dos serviços de urgência hospitalar e liberta recursos para a melhoria do acesso e desempenho dos cuidados hospitalares, e de todo o sistema.
  - *Os serviços na comunidade para os mais idosos permitem reduzir os internamentos, os custos e melhorar a qualidade de vida (Lopes et al., 2010; Fassbender K, 2009).*
- **Reforçar a articulação dos serviços de saúde (públicos, privados e do terceiro setor),**



**sistematizando e reorganizando os Cuidados pré-hospitalares, Serviços de Urgência, Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares, Continuados Integrados, serviços convencionados e recursos privados e sociais**, permitindo a visão integrada dos percursos clínicos em todas as situações, clarificar a cobertura e responsabilidade técnica e dos serviços, a articulação entre estes, e avaliar da adequação e eficiência da resposta em rede.

- *A requalificação dos serviços de urgência apresenta um carácter dinâmico e adaptável às exigências de desenvolvimento local e regional (Resolução Assembleia da República nº48/2010).*
- *Os cuidados hospitalares devem desenvolver um elevado grau de **flexibilidade** que lhes permita adaptarem-se rapidamente às mudanças de necessidades e expectativas dos cidadãos (Rechel B et al., 2010).*
- *Deve ser promovida a **qualidade e eficiência** hospitalar que inclui necessariamente evitar substituir-se aos cuidados primários, garantir apropriados níveis de acesso e estreita colaboração com os outros serviços de CP e CCI e locais (Escoval A, Fernandes AC, 2010; Dia A, Queirós A, 2010).*
- *A **rede hospitalar** deve ser um sistema integrado de prestação de cuidados altamente especializados, organizada de um modo coerente, assente em princípios de racionalidade, colaboração e eficiência (Ministério da Saúde, 2010) dos quais a gestão integrada dos recursos intra-hospitalares (Dias A, Queirós A, 2010) e a gestão de altas são os instrumentos a utilizar (Ministério da Saúde, 2010).*
- *Maior colaboração entre especialistas hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários, sob a forma de **consultoria técnica**, capacitando os cuidados de saúde primários, e evitando o recurso de alguns doentes ao hospital.*

**A NÍVEL DAS  
INSTITUIÇÕES,  
DEVE-SE:**

- **Publicitar a evolução de indicadores de acesso e os compromissos assumidos para melhoria do acesso** e a resposta da instituição às necessidades especiais de grupos vulneráveis quanto ao acesso (por exemplo, jovens, cidadãos com incapacidade, idoso, sem-abrigo, imigrantes).
- **Desenvolver, monitorizar indicadores e avaliar a acessibilidade e adequação dos serviços**, incluindo parceria e integração de cuidados nos vários níveis de serviços de saúde e recursos comunitários, a **satisfação das necessidades de saúde** e da procura de serviços, os **canais referenciação** intra e interinstitucionais, e a **resposta** da própria instituição às referenciações.
- **Reforçar o contributo dos serviços de saúde, a nível local, na redução do impacto dos determinantes sociais**, enquadrando o acesso e as iniquidades em saúde como fatores-chave para a redução das desigualdades e trabalhando com outros sectores nas respostas integradas e proactivas às necessidades em saúde dos grupos vulneráveis.

**A NÍVEL DOS  
PROFISSIONAIS,  
DEVE-SE:**

- **Desenvolver e protocolar a articulação de cuidados e investir de forma proactiva na comunicação entre prestadores dentro e entre instituições e serviços**, assegurando a articulação de cuidados e orientando o doente de forma eficiente, e permitir a monitorização e avaliação.
- **Intervir sobre os determinantes associados ao acesso como fator-chave das iniquidades em saúde**, promovendo estratégias de melhoria do acesso aos seus cuidados, adequando os seus serviços (por exemplo primeira consulta de resposta rápida para triagem ou reencaminhamento), flexibilizado a sua resposta, diversificando as suas práticas (acesso telefónico, email), trocando experiências e avaliando o seu desempenho.



- Estimular ativamente a educação para a saúde, o autocuidado, a figura de cuidador informal, do voluntário e o sector social como relevantes na prestação de cuidados e como parceiros nos cuidados de saúde, pois minimizam a necessidade de acesso e reduzem a procura inadequada dos serviços de saúde.
- Promover a confiança do cidadão no seu médico e enfermeiro de família numa relação que promova a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, como principais gestores da sua situação de saúde, e responsáveis pela mobilidade entre os vários serviços de saúde.

A NÍVEL  
INDIVIDUAL, OS  
CIDADÃOS DEVEM:

- Utilizar os mecanismos de acesso de forma adequada às suas necessidades de saúde, compreendendo as vantagens de se recorrer a orientações rápidas e urgentes (Linha Saúde 24, Número Nacional de Emergência Médica) e cuidados personalizados e continuados (consulta do médico de família), em detrimento da utilização inadequada da urgência hospitalar.

### 3.2.4. VISÃO PARA 2016

Em 2016 existem **indicadores de acessibilidade** para todos os serviços dos cuidados de saúde primários, continuados integrados, hospitalares, de emergência e de urgência, assumidos como **compromissos públicos de resposta** do sistema de saúde. Existem **modelos robustos de organização** dos cuidados que maximizam o acesso, respeitam especificidades e contextos locais, construídos por processos de inovação, desenvolvimento contínuo e incorporação de boas práticas, permitindo a estabilidade dos recursos, incluindo humanos, nos serviços de saúde. Existe uma visão e um **sistema de informação que integra o sector público, privado, terceiro sector e recursos comunitários**, que permite **monitorizar as reais condições de acesso, utilização e mobilidade nos serviços de saúde**. As instituições competem, formam redes e parcerias, e são avaliadas pela capacidade de resposta, incluindo o acesso. O cidadão apercebe-se que o acesso, juntamente com a qualidade e a sua participação ativa, são domínios em que os serviços de saúde procuram o desenvolvimento contínuo.

**As instituições assumem compromissos públicos de condições de acesso adequadas às necessidades**

Os profissionais de saúde consideram o contexto e histórico do doente, adaptando e orientando o seu percurso nos cuidados de saúde de forma célere e efetiva, estando explícito o empowerment na **responsabilidade de gestor de caso**. Os prestadores de cuidados **comunicam entre si e partilham informação** através do processo eletrónico integrado, e outros canais, assegurando uma resposta ótima, personalizada e holística. Existe uma **gestão do risco**, que antevê os cenários de novas necessidades de cuidados médicos, e facilita o acesso adequado aos cuidados nessas situações. Os **profissionais capacitam o cidadão/doente e os cuidadores informais à autogestão** da doença e ao acesso adequado aos serviços de saúde, quer de forma oportunista, quer de forma pró-ativa e organizada.

**O cidadão confia no apoio do gestor de caso e de risco, e participa ativamente na utilização adequada dos serviços de saúde**





As instituições compreendem o seu contributo e responsabilidade pela saúde das populações e/ou grupos específicos, **baseando a organização dos seus cuidados na monitorização e avaliação das necessidades de saúde** dos grupos a que servem, no acesso e na qualidade. E alargam a capacidade de resposta às necessidades de saúde através do **apoio e parcerias com outros sectores**, organizações privadas e da sociedade civil, com enfoque nos recursos comunitários. Existe flexibilidade na resposta, permitindo cuidados próximos e acessíveis a grupos vulneráveis e com necessidades especiais. As instituições são **avaliadas e valorizadas pela capacidade de resposta, desempenho e contributo para a melhoria do estado de saúde e redução das iniquidades** das populações que servem.

**As instituições são valorizadas pela capacidade de resposta, melhoria do estado de saúde e redução das iniquidades das populações que servem**

As administrações locais, regionais e nacionais, as organizações da sociedade civil, como as associações de doentes e as sociedades científicas, entre outros, **promovem ativamente a melhoria do acesso adequado**. Participam na informação e capacitação dos cidadãos/doentes para a utilização adequada dos serviços de saúde. Informam e influenciam a negociação de **modelos de intervenção e de alocação de recursos com impacto na acessibilidade**, por exemplo, através da contratualização. Participam na monitorização e avaliação da resposta do sistema de saúde, identificação de necessidades de saúde e de boas práticas. Promovem a introdução e disseminação sustentada de tecnologia custo-efetiva e o acesso adequado.

**As organizações informam e influenciam o cidadão e as instituições prestadoras de cuidados, de forma a promover o acesso adequado**

**O cidadão tem confiança na resposta do sistema de saúde**

O cidadão tem **confiança na resposta do sistema de saúde**. Essa confiança resulta: da **relação personalizada, de proximidade e continuidade** para com o seu médico de família e equipa de cuidados de saúde primários, que se estende para lá do Centro de Saúde / USF, envolvendo os recursos da comunidade e o percurso do cidadão/doente nos restantes níveis de cuidados; da **diversidade e efetividade** de respostas adequadas às várias necessidades de saúde (emergência, doença aguda, doença crónica, etc.); da **visibilidade do investimento organizacional na prestação de cuidados acessíveis**, capazes de compreender as necessidades reais e expressas de saúde de cada indivíduo, e de dar uma resposta adequada, capacitadora e sustentável. O Sistema de Saúde apresenta **serviços alargados e interfaces amigáveis** para acesso à informação, aconselhamento e administração, incluindo serviços em linha e telefónicos. A confiança do cidadão é medida, avaliada, orienta a organização dos serviços, e faz parte do **valor social** dado aos serviços de saúde, e da sua identidade.

O acesso aos serviços de saúde é entendido, socialmente, como um fator determinante para a obtenção de ganhos adicionais em saúde. As políticas sociais, quer ao nível nacional, quer ao nível local, potenciam o acesso de forma diversa e sinérgica (educação, ordenamento do território, legislação do trabalho, etc.), bem como o impacto de novas políticas noutros sectores é avaliada em termos da forma como influencia a saúde, incluindo o acesso aos serviços de saúde. Os outros ministérios e as autarquias contam com o Sistema de Saúde como parceiro nas iniciativas desenho, implementação e avaliação de políticas promotoras do acesso adequado.

**O acesso aos serviços de saúde é entendido, socialmente, como fator determinante para a obtenção de ganhos adicionais em saúde**

### 3.2.5. BIBLIOGRAFIA

- Andersen RM, Revisiting the Behavioural Model and Access to Medical Care: Does it Matter? 1995 Journal of Health and Social Behaviour Mar, 36,(1) 1-10 *In* Furtado, C., Pereira, J. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde 2010.
- Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a healthcare system to be more focused on primary care services? Health Evidence Network Report. WHO/Europe, 2004.
- Dias A, Queirós A. Integração e Continuidade de Cuidados. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. 2010. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/ICC.pdf>
- Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. BMC Health Services Research 2008. 8:207.
- Entidade Reguladora da Saúde. Estudo do Acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Porto; 2009.
- Escoval A, Campos Fernandes A. Cuidados de Saúde Hospitalares, Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. 2010.
- Espanha - Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Hacia la equidade en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Madrid, 2010.
- Eurostat 2010 (acedido a 30 Novembro 2010). Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>
- Fassbender K. Citizen's participation: the role of citizens in the management of the health care system and its consequences. *In* Think Thank Saúde-em-Rede, Lisboa, 2009 O cidadão e o sistema de saúde. [Em linha]. Lisboa: Hospital do Futuro, 2009. *Cit in* Escoval A, Fernandes AC. Cuidados de Saúde Hospitalares, Alto Comissariado da Saúde 2010.
- Furtado, C., Pereira, J. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde 2010. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/EA1.pdf>
- INSA/INE - IV Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006)
- Johnson S, Abonyi S, Jeffery B, Hackett P, Hamptom M, McIntosh T, Martz D, Muhajarine N, Petrucka P, Sari N. Recommendations for action on the social determinants of health: a Canadian perspective. Lancet 2008; 372:1690–3.
- Lopes M *et al.*. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro: Análise Especializada, no âmbito da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Alto Comissariado da Saúde 2010. Disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1\\_8.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf)
- Machado MC, Santana P, Carreiro H, Nogueira H, Barroso R, Dias, A. Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes. Ed Bial, Porto, 2007.
- Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet 2007,370:1153-63.

- Marmot, M, Friel S, Bell S, Houweling T, Taylor S. Close the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health. Lancet 2008;372:1661-9.
- Pereira J, Furtado C. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Alto Comissariado da Saúde 2010.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho. Revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de CSP e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).
- Portugal. Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro. Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.
- Portugal. Despacho n.º 25360/2001, de 12 de Dezembro. Acesso à saúde por parte dos imigrantes.
- Portugal. Despacho n.º 12045/2006, de 9 de Maio. Aprova o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Programa Nacional de Saúde dos Jovens.
- Portugal. Despacho n.º 17736/2006, de 31 de Agosto. Cria a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral.
- Portugal. Despacho n.º 5414/2008, de 28 de Fevereiro. Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência / Emergência.
- Portugal. Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro. Aprova o documento «Maus tratos em crianças e jovens — Intervenção da saúde», conferindo -lhe o carácter de «orientações técnicas» do que se denomina «Acção de saúde para crianças e jovens em risco».
- Portugal. Despacho n.º 7968/2011, de 2 de Junho. Determina que em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde tem de existir uma equipa de gestão de altas e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos.
- Portugal. Despacho n.º 13377/2011, de 6 de Outubro. Cria a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência.
- Portugal. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. Lisboa, Diário da República, I Série (195), p. 3452-3464. Base II, 1-b.
- Portugal. Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro. Lei do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, Diário da República, I Série (15) Setembro, p. 2357.
- Portugal. Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho. Regula a utilização de técnicas de Procriação Medicamente Assistida.
- Portugal. Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto. Aprova os termos a que deve obedecer a redação e publicação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde.

- 
- Portugal. Ministério da Saúde. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS. 2010. ([http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Rel\\_Acesso\\_SNS.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Rel_Acesso_SNS.pdf), acedido em 15 de Dezembro de 2010).
  - Portugal. Ministério da Saúde. Aprovado pelo Ministro da Saúde em 2 Novembro de 2008. Programa Nacional para Doenças Raras (PNDR)
  - Portugal. Ministério da Saúde, 2007. A Rede de Urgências. Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências.
  - Portugal. Ministério da Saúde, 2010. Missão dos Cuidados de Saúde Primários. Proposta da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano Estratégico 2010 – 2011. Disponível em. <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=1>
  - Portugal. Ministério da Saúde, 2010. Administração Central Serviços de Saúde. Dados de Julho de 2010. Informação disponível e não publicada.
  - Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO, de 06/01/2010. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98DB-7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>
  - Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2006.
  - Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional das Doenças Raras. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009333.pdf>
  - Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde, <http://gid.min-saude.pt/> (consultado a 13 de Dezembro de 2010).
  - Portugal. Ministério da Saúde. Plataforma de Gestão Integrada da doença. DGS, <http://gid.min-saude.pt/>, acedido em 13 de Dezembro de 2010. <http://gid.min-saude.pt/publicacoes/index.php>
  - Portugal. Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho. Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por Consulta a Tempo e Horas.
  - Portugal. Portaria n.º 655/2008, de 25 de Julho. Cria o Programa CUIDA-TE e aprova o respectivo Regulamento.
  - Portugal. Portaria n.º 1306/2008, de 11 de Novembro. Introduce adaptações no Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, de modo a desenvolver o programa de intervenção em oftalmologia no âmbito da atividade das cataratas e da primeira consulta de oftalmologia.
  - Portugal. Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro. Fixa os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e publica a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde.

- Portugal. Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março. Regula o funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados.
- Portugal. Portaria n.º 1454/2009, de 29 de Dezembro. Aprova o Regulamento do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade.
- Portugal. Resolução da Assembleia da República n.º 48/2010, de 21 de Maio. Recomenda ao Governo a suspensão do processo de requalificação das urgências.
- Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de Junho. Criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.
- Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro. Criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários.
- Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio. Aprova o Plano para a Integração dos Imigrantes.
- Portugal. Resolução do Conselho de Ministros, n.º 94/2010, de 29 de Novembro. Aprova o II Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos (2011-2013).
- Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2010, de 14 de Dezembro. Aprova a Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013.
- Portugal. Resolução do Conselho de Ministros, n.º 100/2010, de 17 de Dezembro. Aprova o IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2011-2013).
- Portugal. Resolução do Conselho de Ministros, n.º 5/2011, de 18 de Janeiro. Aprova o IV Plano Nacional para a Igualdade - Género, Cidadania e não Discriminação, 2011-2013.
- Portugal. Ministério da Saúde. A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. 2010.
- Rechel, B. *et al.*. – Even though times: investing in hospitals of the future. *Euro Observer: the Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*. 12 : 1 (Spring 2010).
- Santana P. 2009. Os Ganhos em Saúde e no Acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação das últimas três décadas. In Simões J (Coord). 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado. Coimbra: Almedina, 2009.
- Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries - Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ*. 2005 November;6(Suppl 1): 2–10.
- União Europeia 2007. Comissão das Comunidades Europeias. Livro Branco. Juntos para a Saúde: uma abordagem estratégica para a EU 2008-2013. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:PT:PDF>
- Vilaverde Cabral M, Silva PA. O Estado da Saúde em Portugal. Instituto de Ciências Sociais, Lisboa, 2009.



- Vilaverde Cabral M, Silva PA. Os Portugueses e o SNS hoje. Acesso, Avaliação e Atitudes da População Portuguesa Perante a Saúde e o Sistema Nacional de Saúde. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2009.
- World Health Organization, 2010a. Equity, social determinants and public health programmes. Venice 2010 Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf)
- World Health Organization, 2010b.– Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na Saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes em Saúde. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf)
- World Health Organization, World Health Report 2008 Primary Health Care (Now more than ever). Geneva, 2008 Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
- World Health Organization. Portugal: Health System Performance Assessment. Geneve.2010.
- Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. BMJ. 1998;316 (7140):1310-3.