



## COMISSÃO DE SAÚDE

### PARECER

#### ***“Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS”***

A Comissão de Saúde emite, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, o seguinte parecer sobre o documento intitulado *“Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS”*:

#### **I – Nota prévia**

Em cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, o Governo remeteu à Assembleia da República, para apreciação, o *“Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS”*, respeitante à situação do acesso dos Portugueses aos cuidados de saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de avaliação da aplicação da Lei n. 41/2007, de 24 de Agosto, relativa ao ano de 2009.

Em cumprimento do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, o referido relatório foi distribuído, a 22 de Julho de 2010, à Comissão de Saúde, a qual, a 15 de Setembro seguinte, designou a signatária como relatora do presente parecer.

O *“Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS”* é um documento da responsabilidade do Governo, que procede a um balanço geral sobre a situação do acesso dos utentes do SNS, no ano de 2009, aos serviços e cuidados que a este cumpre prestar.

Tem assim em vista permitir uma visão global sobre a concretização, no período temporal a que respeita, do disposto no n.º 1 do artigo 64.º da Constituição, segundo o qual *“Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.”*

O Relatório em questão deve, pois, ser enquadrado à luz do direito dos cidadãos a exigir e obter as *“medidas e prestações estaduais visando a prevenção e o tratamento delas”* (in Constituição da República Portuguesa Anotada, Gomes Canotilho e Vital Moreira, 3.ª ed. Revista, Coimbra Editora, 1993, pág. 342).

Em termos sistemáticos, o Relatório está dividido em três Partes, a saber:

- Primeira Parte: Acções para a melhoria do acesso a cuidados de saúde no SNS;
- Segunda Parte: Relatório sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS – análise global;
- Terceira Parte: Conclusões e reflexões para acção futura.

O Relatório integra ainda oito Anexos, os quais contêm, designadamente as respostas compulsadas dos serviços de saúde aos questionários-tipo que lhes foram remetidos para preenchimento, tendo em vista a elaboração daquele documento.

## II – Apreciação geral

O “*Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS*”, adiante apenas designado por *Relatório*, refere-se, como já se aludiu *supra*, à situação do acesso dos Portugueses aos cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS no ano de 2009.

Tratando-se de uma primeira vez que este *Relatório* é apresentado, deve assinalar-se o esforço de inclusão das principais manifestações de concretização do acesso dos utentes do SNS aos cuidados e serviços de saúde por este assegurados, quer no domínio dos cuidados primários e continuados, de programas de saúde específicos e de cuidados hospitalares, quer, ainda, dos sistemas de informação e comunicação vocacionados para a monitorização do acesso e o conhecimento dos cidadãos sobre a sua própria acessibilidade ao sistema.

E esta informação revela-se da maior utilidade na medida em que contribui para identificar os progressos registados nos referidos domínios, mas, também, como melhor se dilucidará *infra*, as insuficiências e as incapacidades ainda persistentes do sistema público de saúde em prestar resposta adequada e oportuna às necessidades de saúde dos cidadãos que a ele recorrem.

Negativa é a omissão, no *Relatório*, de importantes domínios de prestação de cuidados de saúde, nos quais a questão da acessibilidade dos utentes aos serviços e cuidados de saúde assume manifesta importância, seja na sua dimensão de oportunidade, continuidade e suficiência dos cuidados e serviços de saúde prestados.

Assim, considera-se que o Relatório muito teria sido beneficiado caso nele tivessem sido incluídas informações sobre a acessibilidade dos utentes ao SNS aos serviços de urgência hospitalar e de transporte de emergência médica, bem como nas áreas da toxicodependência, do VIH/Sida, da diabetes, da saúde mental, do controlo do tabagismo, da interrupção voluntária da gravidez, entre outras.

Ao que acaba de se referir acresce que o Relatório deveria objectivar e quantificar o estado do acesso aos serviços de saúde do SNS, avaliando o acesso pelos tempos de espera, como, de resto, é preconizado na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde (CDACS) e na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro.

De todo o modo, o documento que agora se aprecia é um passo positivo que cumpre saudar, na medida em que contribui para a transparência da informação, o escrutínio público das condições de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde do SNS e a própria avaliação da monitorização desse acesso.

Os serviços integrados no SNS deverão, pois, atribuir a maior atenção ao *Relatório* referido, melhorando os tempos de resposta que praticam, aumentando a sua produtividade, incluindo nos seus procedimentos as prescrições previstas, designadamente na Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, em suma, erigindo cada vez mais o cidadão a  $A$  e  $\Omega$  da sua própria actividade.

## II – Apreciação na especialidade

Sem prejuízo das considerações produzidas *supra*, na especialidade entende-se dever referir o seguinte, aproveitando para esse efeito, sempre que possível, a organização adoptada no *Relatório*:

### A) CUIDADOS PRIMÁRIOS

Os cuidados primários são, consabidamente, a *porta de entrada* para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

O *Relatório* começa, e a nosso ver bem, por se referir a esse primeiro nível de acesso, destacando as Unidades de Saúde Familiar (USF) e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

No que concerne à acessibilidade dos utentes aos serviços de saúde assegurados pelos centros de saúde, embora o Relatório se lhes refira nas págs. 35 e seguintes, não procede à sua desagregação geográfica por região e sub-região de saúde.

De todo o modo, e relativamente à informação disponibilizada (que o próprio Relatório ressalva não representar a produção total de instituições prestadoras de cuidados de saúde), regista-se, entre 2008 e 2009, um aumento de 5% no total de consultas no âmbito dos cuidados primários, sendo de destacar que esse aumento ascende a 47% e a 40% nos casos da vigilância de,

respectivamente, doentes diabéticos e hipertensos, o que é, evidentemente, um progresso que deve nesta sede ser realçado.

No que especificamente diz respeito aos tempos de acesso a cuidados de saúde primários, registam-se, como muito negativos, os seguintes indicadores, relativos aos cuidados prestados nas unidades de saúde a pedido do utente (v. pág. 37 do *Relatório*):

- Por motivo relacionado com doença aguda, 52,8% das entidades visadas ainda não definiram um tempo de resposta dentro dos limites do tempo máximo de resposta garantido (TMRG), que é o atendimento no próprio dia do pedido;
- Por motivo não relacionado com doença aguda, 62,5% das entidades visadas ainda não definiram um tempo de resposta dentro dos limites do TMRG, que é de 10 dias a contar do pedido.

Estes indicadores são preocupantes, como reconhece o próprio Relatório quando refere que *“em relação ao tempo de acesso a cuidados referido pelas entidades parecem existir dificuldades do cumprimento do TMRG”* (vg. pág. 37).

Seja como for, é de realçar que apenas 36 entidades de cuidados de saúde primários *“incluíram no Relatório informação sobre o tempo de resposta (TR) previsto na instituição para o ano de 2009 e sobre o tempo de resposta observado, globalmente, no mesmo ano, nos diversos tipos de cuidados para os quais a Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro, fixou um Tempo Máximo de Resposta Garantido”* (*Relatório*, pág. 34), o que representa apenas metade do universo considerado (caso este se refira aos 66 ACES e 6 ULS, que perfazem 72 entidades).

De resto, mesmo tendo presente o escasso valor da 'amostra' (Relatório, Quadro 37, pág. 37), ou seja, o conjunto de entidades que referiram ter definido um tempo de resposta dentro do TMRG, realce-se que:

- Somente 34 entidades de cuidados de saúde primários referiram ter cumprido o TMRG em 2009 quando esses cuidados tenham sido prestados por motivo relacionado com doença aguda;
- Somente 19 entidades de cuidados de saúde primários referiram ter cumprido o TMRG em 2009 quando esses cuidados tenham sido prestados por motivo não relacionado com doença aguda;
- Somente 28 entidades de cuidados de saúde primários referiram ter cumprido o TMRG em 2009 quando se tratasse de renovação da medicação em caso de doença crónica;
- Somente 21 entidades de cuidados de saúde primários referiram ter cumprido o TMRG em 2009 quando esses cuidados tenham sido prestados no domicílio a pedido do utente.

Ora, a realidade que estas situações evidenciam, isto é, que um significativo número de serviços prestadores de cuidados de saúde primários não cumprem ou fornecem elementos sobre o cumprimento do TMRG, é totalmente inaceitável e deve, urgentemente, ser corrigida. Caso contrário, a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, redundará defraudada nos seus propósitos e, outrossim, o sistema de monitorização da informação da produção do SNS, que se crê existir, não passará, na prática, de um logro, na medida em que transmitindo apenas informações parcelares e sectoriais, é considerado como abrangendo a generalidade dos serviços do SNS.

No que se refere às USF, se no *Relatório* se opta por realçar os ganhos potenciais que as mesmas permitiram obter desde 2006 – e que representarão cerca de 368 mil utentes com possibilidade de acesso a médico de família –, não deveria deixar de referir que, também desde esse ano, os governos desencadearam um processo de racionalização dos serviços públicos de saúde, cujas consequências não foram, ainda, objecto de uma avaliação global.

Assim, importa ter presente que, em 2006, a rede nacional de cuidados primários abrangia 347 centros de saúde, dos quais 259 dispunham de Serviços de Atendimento Permanente (SAP), os quais estão vocacionados para o atendimento de doentes agudos, sendo certo que o respectivo número decresceu para 213, até ao final de 2008, tendo desde então sofrido ainda maior redução.

Significa isto que, nos últimos 6 anos, os governos encerraram mais de cinco dezenas de SAP, principalmente em regiões desfavorecidas do interior do território de Portugal continental, como a elencagem a que se procede infra e que foi obtida a partir de dados publicados na comunicação social (mas nunca globalmente divulgados pelos sucessivos executivos), permite evidenciar.

Assim, nos últimos anos foram desactivados os SAP dos centros de saúde de Celorico de Basto, Seixal, Corroios, Lourinhã, Vergada-St.<sup>a</sup> Maria da Feira, Mealhada, Azambuja, Beja, Ourém, Silves, Lagos, Moimenta da Beira, Condeixa-a-Nova, Lousã, Miranda do Corvo, Penacova, Soure, Coimbra, St.<sup>a</sup> Iria da Azóia, Vieira do Minho, Queluz, Santiago do Cacém, Vila Nova de Cerveira, Valença, Monção, Arcos de Valdevez, Grândola, Chamusca, Monchique, Ovar, Estarreja, Vouzela, S. Pedro do Sul, Alijó, Murça, Vila Pouca de Aguiar, Oliveira do Bairro, Caminha, Cadaval, Castelo de Paiva, Paredes de Coura, Armamar, Aveiro,



Montemor-o-Velho, Penela, Soure, Vila Nova de Poiares, Gorjão Henriques e Arnaldo Sampaio, em Leiria, Nazaré, durante o Verão e Cadaval, entre outros.

Como já se realçou, não se conhecem quaisquer estudos prévios sobre os impactos decorrentes do encerramento dos referidos SAP, nunca tendo esta Assembleia obtido informação respeitante aos efeitos das aludidas medidas governamentais, na acessibilidade dos utentes do SNS.

O *Relatório* em presença teria constituído uma excelente ocasião para se proceder a um balanço dessa política, avaliando as consequências concretas que os mencionados encerramentos produziram nas populações afectadas, e sopesando-os, designadamente com as alternativas entretanto disponibilizadas pelos governos então em funções, como foi o caso do reforço dos meios de transporte de emergência e de urgência médica pré-hospitalar (helicópteros, ambulâncias VMER, SIV e SBV, etc.), e também dos centros de orientação de doentes urgentes (CODU).

Ora, não se compreende que o Governo remeta a esta Assembleia um *Relatório* contendo elementos e dados referentes a anos anteriores àquele a que respeita e, concomitantemente, omita do mesmo as medidas referidas *supra* e, o que é ainda mais grave, os resultados práticos que as mesmas produziram.

Ainda no que se refere às USF, o *Relatório* não refere um aspecto positivo daquele vector da política de cuidados de saúde primários, que é o de, em 2009, terem entrado em funcionamento 73 novas unidades daquela tipologia, optando antes por avançar o número de 243 USF em funcionamento, quando, no final de 2009, o mesmo não ia além das 233.

Acresce que, não obstante a expressividade do número de USF em funcionamento, que importa registar como positivo, permanece a inexistência daquela modalidade de serviços de saúde de proximidade no distrito de Castelo Branco, existindo apenas uma em cada um dos distritos de Beja, Bragança, Guarda e Vila Real, situação que dificulta, naturalmente, o acesso das populações aí residentes aos cuidados de saúde primários nessas regiões do País.

Um aspecto que também interessaria dilucidar no *Relatório* seria o do efeito que a adesão dos 4.851 profissionais – onde se contam 1725 médicos e 174 enfermeiros –, às USF pode ter tido nos respectivos serviços de origem, designadamente em que medida a sua saída pode ou não ter afectado a acessibilidade dos utentes por eles anteriormente servidos.

Adiantando o *Relatório* números respeitantes a meados de 2010, também não deveria esse documento deixar de mencionar o facto de, este ano, terem já solicitado a aposentação cerca de 400 *médicos de família*, fenómeno que poderá aumentar significativamente o número de Portugueses sem acesso ao serviço clínico basilar prestado por esses profissionais de saúde do SNS.

Com efeito, estimando-se que existam cerca de 600 mil cidadãos sem médico *de família*, a saída dos referidos clínicos do sistema poderá agravar essa insuficiência em mais 400 mil casos, o que poria drasticamente em causa os ganhos potenciais alcançados nos últimos anos, fazendo ascender o número de utentes sem *médico de família* a cerca de um milhão, ou seja, 10% da população portuguesa.

## B) CUIDADOS CONTINUADOS

No que se refere aos cuidados continuados integrados, importa referir o esforço que, nos últimos 8 anos, os sucessivos governos fizeram em ordem a generalizar progressivamente a acessibilidade das pessoas em situação de dependência ou de perda de autonomia a cuidados específicos, orientados para a sua situação particular.

E neste domínio registaram-se, desde 2006, progressos não despididos, muito embora as metas fixadas fiquem aquém das necessidades da população necessitada desses cuidados.

A 31 de Dezembro de 2008 existiam 2870 camas de cuidados continuados integrados contratadas, tendo o anterior Governo assumido o compromisso de mais do que duplicar esse número até ao final do ano a que respeita o *Relatório*, o que teria representado um ganho muito significativo na perspectiva da acessibilidade dos destinatários desses cuidados.

Com efeito, a 14 de Janeiro de 2009, o Primeiro-Ministro afirmou, num debate sobre Saúde, que *“na área dos cuidados continuados para idosos e para pessoas em situação de dependência, quero anunciar que o Governo decidiu antecipar para 2009 o objectivo que tinha para 2010, de modo a atingir já este ano as 8200 camas na rede de cuidados continuados.”*

Este ambicioso objectivo não foi, lamentavelmente, alcançado, como o comprova o *Relatório* em presença, que refere existirem 3938 camas contratadas em 31 de Dezembro de 2009, ou seja, menos de metade do que o chefe do anterior Governo prometera no início desse ano.

Ao que acaba de se referir acresce, no que aos cuidados paliativos respeita, que, no final de 2009, apenas estavam contratadas 118 camas, mais 25 do que um ano antes, crescimento manifestamente insuficiente em face das necessidades da população.

De facto, esta situação é grave porquanto corresponde a cerca de 12% do desejável, já que a OMS recomenda o número de 100 camas vocacionadas para a prestação de cuidados paliativos por um milhão de habitantes.

Além disso, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos prevê a criação, até 2016 de, apenas, 350 camas, número que continua a ser muito inferior ao internacionalmente recomendado, não ultrapassando 35% das necessidades.

A premência desta necessidade é ilustrada com a estimativa de que, segundo cálculos reportados a 2007 – e que entretanto seguramente se agravaram – nesse ano 62 mil doentes tiveram necessidade de cuidados paliativos.

Esta insuficiência de serviços qualificados e devidamente organizados no âmbito dos cuidados paliativos é particularmente grave se considerarmos que os mesmos se destinam, não só a doentes terminais que padecem de cancro, como a doentes de SIDA em estadio avançado ou que padecem das denominadas insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, hepática, respiratória, renal), bem como, ainda, a doentes que sofrem de doenças neurológicas degenerativas e graves ou com demências em estadio muito avançado. E estes casos ascendem a largas centenas de milhares.

Um aspecto final, não referido no *Relatório*, mas que revestiria a maior importância conhecer, é o que diz respeito aos tempos médios de espera dos utentes para terem acesso aos cuidados continuados integrados,

designadamente quando esteja em causa a sua admissão nas unidades da RNCCI.

Dados de Outubro passado, divulgados na comunicação social, apontam para um tempo médio de espera superior a cem dias, situação altamente indesejável e lesiva dos direitos dos utentes no acesso aos cuidados continuados integrados.

Importará, pois, não só uma melhoria da situação actual como que o próximo Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS contenha os tempos de espera existentes no final do corrente ano.

#### C) CUIDADOS HOSPITALARES

Entre 2008 e 2009, o *Relatório* refere um aumento das consultas hospitalares totais em 3%, passando de 9.740.475 para 10.053.228, e das primeiras consultas hospitalares em 6%, de 2.669.754 para 2.839.689, o que revela um significativo aumento de produção.

Apreciado o quadro referente às especialidades com maior produção no mesmo período, cumpre, contudo, assinalar o facto de as consultas em cardiologia terem registado um decréscimo de 2%, de 88.728 para 86.780, situação cuja razão de ser importaria ter sido justificada no *Relatório*.

De referir, ainda, que, no que concerne às consultas registadas no sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH), em que as primeiras consultas nos hospitais do SNS foram inscritas no sistema pelos competentes serviços de cuidados de

saúde primários, regista-se que 27,6% das mesmas, ou seja, 121.050, não tiveram lugar no TMRG, situação que dificulta a acessibilidade dos utentes e que carece de urgente correcção.

Seja como for, é de realçar que apenas 41 hospitais *“incluíram no Relatório informação sobre o tempo de resposta (TR) previsto a instituição para o ano de 2009 e sobre o tempo de resposta observado, globalmente, no mesmo ano, nos diversos tipos de cuidados para os quais a Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro, fixou um Tempo Máximo de Resposta Garantido”* (Relatório, pág. 34).

No que se refere aos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar pelos centros de saúde e consultas realizadas com origem nos cuidados de saúde primários, por nível de prioridade, em 2009:

- Das 438.203 consultas realizadas, 121.050 foram efectuadas fora do tempo aceitável, o que corresponde a cerca de 30%;
- Encontravam-se 87.780 pedidos agendados a aguardar consulta para 438.203 consultas realizadas, o que representa que cerca de 20% dos pedidos esperavam marcação.

Seja como for, em relação aos dados referidos *supra*, cumpre ter presente que o universo de unidades e prestações clínicas avaliadas é demasiado baixo para permitir conclusões seguras. Assim, por exemplo, o acesso à consulta hospitalar é avaliado apenas a partir das primeiras consultas e, mesmo assim, apenas sobre 428.203 de um total de 2.839.689 (o Relatório apenas trata de primeiras consultas e só das que são marcadas pelos centros de saúde por via electrónica,

isto é, cerca de 15% do total das primeiras consultas realizadas nos hospitais do SNS).

Os dados apurados evidenciam, no entanto, que as especialidades mais críticas são sobretudo as cirúrgicas o que indicia que a estabilização das listas de espera para cirurgia – que de alguma forma se tem vindo a verificar – também resulta do estrangulamento e da lentidão com que se processa a marcação e realização de consultas (menos consultas, menos cirurgias).

Em relação à cirurgia programada, o *Relatório* evidencia um aumento global da actividade realizada entre os anos de 2008 e 2009, que ascende a mais 20 mil doentes operados e representa um acréscimo de 4%. Estes ganhos foram sobretudo alcançados pelo aumento das cirurgias na especialidade de oftalmologia, que passaram, no mesmo período, de 88.388 para 104.678.

Por seu turno, a mediana do tempo de espera sofreu uma redução de 8%, entre 2008 e 2009, passando de 3,7 meses para 3,4. A este respeito é de salientar que importaria que o *Relatório* elucidasse, a bem da transparência administrativa, a partir de que momento concreto a referida medida temporal é calculada.

E, não obstante o que acaba de se referir, sendo positiva a evolução global registada na lista de inscritos para cirurgia nos últimos anos, não deixa de se revelar como negativos os seguintes factos:

- 19% das cirurgias efectuadas no âmbito do SNS continuam a ocorrer para além do TMRG;
- 21% das neoplasias malignas continuam a ser objecto de cirurgia fora do TMRG.

#### D) PROGRAMA DE SAÚDE ORAL

No que concerne à saúde oral, cumpre destacar os progressos realizados nos últimos anos, designadamente através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), o qual, principalmente em virtude do *cheque-dentista*, permitiu o acesso a cuidados de saúde oral a mais de 600 mil utentes do SNS.

Apesar disso, referem notícias veiculadas na comunicação social que, de 1.036.352 cheques emitidos, apenas 65% foram utilizados pelos seus destinatários, desfasamento cujas causas importaria esclarecer no *Relatório*.

A comunicação social tem dado conta de atrasos do SNS no pagamento aos prestadores aderentes ao PNPSO, em montante que terá, inclusivamente, ultrapassado os 2,4 milhões de euros, circunstância negativa que terá motivado a recusa de algumas clínicas em prestar cuidados de medicina oral aos beneficiários daquele programa.

Outro aspecto menos positivo do PNPSO reside na incompreensível circunstância de apenas as crianças e jovens que frequentam o ensino público terem o direito de acesso aos cuidados de saúde oral por aquele concedido, excluindo-se, *ipso facto*, as crianças e jovens que frequentam o ensino particular e cooperativo. Trata-se de uma situação discriminatória, violadora do princípio constitucional da igualdade, a que o Governo deveria por termo.

Finalmente, não obstante o alargamento do PNPSO aos utentes infectados com o vírus do VIH/SIDA se ter verificado em data posterior ao ano a que o Relatório respeita (cfr. Despacho n.º 16159/2010, de 26 de Outubro de 2010), entende-se



que se trata de uma medida positiva que merece ser assinalada na presente sede.

Nesta perspectiva, considera-se que o Governo deveria também ponderar o alargamento do PNPSO a outros grupos populacionais considerados de particular vulnerabilidade, como são os casos dos diabéticos ou de outros doentes que sofrem de patologias especialmente susceptíveis de afectar gravemente a respectiva saúde dentária, como sucede, por exemplo, com os doentes portadores de ictiose.

No caso da diabetes não deve ser ignorada a interferência que as infecções e inflamações poderão ter na eficácia da medicação das pessoas portadoras dessa doença e no conseqüente controlo da glicemia, razão pela qual é fundamental que estes doentes tenham uma saúde oral estabilizada que não comprometa a estratégia de tratamento mais adequada.

Já no caso da ictiose, trata-se de uma perturbação genética da pele que tem como característica principal secura e descamação da mesma, mas que, entre outras conseqüências graves que tem sobre a saúde e a própria qualidade de vida dos doentes seus portadores, pode também causar danos na saúde dentária destes, levando a perda de dentes, razão pela qual se justificaria plenamente a inclusão deste fragilizado grupo de doentes – que não ultrapassa, entre nós, as seis dezenas de pessoas – na população-alvo do PNPSO.

## E) PROGRAMA DE LUTA CONTRA A OBESIDADE

A luta contra a obesidade é um imperativo nacional da maior importância, na medida em que se estima que mais de metade dos Portugueses sofre de excesso de peso, situação que, cada vez mais, afecta também as crianças e jovens, sendo igualmente muito preocupante o número de obesos e pré-obesos.

Acresce que estudos indicam que 9 em cada dez Portugueses com excesso de peso não são tratados e apenas 5% dos obesos tomam medicação contra o excesso de peso.

No final de Dezembro de 2009, o Governo aprovou um Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO), envolvendo 19 hospitais do SNS, que se propuseram realizar 3000 cirurgias/ano, incluindo 2010.

O *Relatório* não refere, em todo o caso, o número de cirurgias realizadas nesse domínio no ano de 2009.

De resto, apesar de o *Relatório* ser omissivo a respeito dos tempos de espera aplicáveis à cirurgia para a obesidade, tem sido referido na comunicação social que o Ministério da Saúde não estará a cumprir os tempos de espera previstos no Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), impedindo que os doentes possam ser encaminhados para outras unidades.

Com efeito, têm sido referidos casos em que a espera máxima para primeira consulta chega a ser superior a mil dias, como sucedeu no Hospital de Évora, ou em que os doentes operados estão em lista desde 2007.

Ora, estas situações são gravemente atentatórias do direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde assegurados pelo SNS, devendo o Governo

procurar ultrapassar os constrangimentos ainda existentes, aproveitando para o efeito, se for caso disso, a capacidade instalada do sector convencionado, sem preconceitos ideológicos que apenas prejudicam os utentes.

Neste quadro, não se compreende que os centros privados de tratamento da obesidade não sejam plenamente associados ao desenvolvimento do PTCO, tanto mais que, em 2008, havia 2142 doentes inscritos para cirurgia, com um tempo médio de espera de 13 meses, existindo certamente um número muito superior de doentes potenciais que necessitariam de idêntico tratamento.

Admite-se, porém que a situação possa entretanto ter sofrido uma evolução positiva, atenta a declaração da Ministra da Saúde, no passado dia 4 de Novembro, de que a média de tempo de espera para cirurgia terá passado para os 6,3 meses no primeiro semestre de 2010, sendo finalmente de referir que o Governo atribuiu, também para 2011, uma dotação financeira para o PTCO de 12 milhões de euros.

#### F) LINHA SAÚDE 24

A Linha de Saúde 24 é um importante serviço público de atendimento aos utentes do SNS que não só presta informação sobre saúde como tem, reconhecidamente, um efeito muito positivo no desvio de doentes das urgências hospitalares.

Relativamente ao ano de 2009, o *Relatório* apenas apresenta um quadro caracterizando as chamadas para a Linha Saúde 24 por módulos de atendimento, respeitando os restantes elementos nele elencados ao primeiro

trimestre de 2010, período posterior ao que deveria ser considerado nesta sede.

Nesta conformidade, importaria que o *Relatório* tivesse dado conta dos problemas de organização e funcionamento que, entre o final de 2008 e durante o ano de 2009 se sucederam na referida linha, os quais resultaram, naturalmente, em prejuízo para os destinatários da mesma.

Assim, foram na altura denunciadas imposições pela entidade gestora da Linha Saúde 24 – a Linha de Cuidados de Saúde, do Grupo Caixa Geral de Depósitos –, de limites temporais à duração das chamadas, além de falhas no sistema de comunicação (entre as chamadas da Saúde 24 e o Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM, designadamente pela recusa de transferência de chamadas pelos operadores do INEM com o argumento de que a avaliação feita pelos enfermeiros da Saúde 24 seria incorrecta).

Ademais e a fim de ilustrar a escassez de recursos humanos então existentes na Linha Saúde 24, aquando do surto de gripe de final de 2008, foi indicado que este serviço chegou a perder diariamente entre mil e 2 mil chamadas, num total de cerca de 4 mil, no período compreendido entre 27 de Dezembro de 2008 e 7 de Janeiro de 2009.

A gravidade desta situação levou o director-geral da Saúde a admitir, em audição parlamentar realizada a 21 de Janeiro de 2009, a possibilidade de não renovação do contrato com a empresa gestora, afirmando na altura que “*os administradores da empresa não sabem lidar com enfermeiros*”.

E, não obstante as melhorias verificadas em 2010 – a que o Relatório se refere – e que se devem ao reforço de pessoal de que a mesma veio a beneficiar,

importa realçar que no ano a que o mesmo deveria respeitar, a Linha Saúde 24 continuou a registar significativas falhas no atendimento, as quais foram, de resto, assumidas pela Ministra da Saúde em 19 de Agosto de 2009, quando esta reconheceu que, das dez mil chamadas que deveriam ser atendidas por dia, apenas cerca de um terço conseguia resposta.

#### G) IMPLEMENTAÇÃO DA CARTA DOS DIREITOS DE ACESSO

A Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, prevê, entre outras importantes determinações, a existência de uma Carta dos Direitos de Acesso, que, nos termos do n.º 1 do seu artigo 2.º, *“visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente, nos termos da presente lei.”*

Para esse efeito, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 2.º do referido diploma, a Carta dos Direitos de Acesso deve definir:

- Os tempos máximos de resposta garantidos;
- O direito dos utentes à informação sobre esses tempos.

No que se refere à concretização do direito dos utentes à informação, o artigo 4.º da lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, prescreve que os estabelecimentos do SNS e do sector convencionado são obrigados a:

- Afixar em locais de fácil acesso e consulta pelos utentes a informação actualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações;
- Informar os utentes no acto de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita;
- Informar os utentes, sempre que for necessário accionar o mecanismo de referenciação entre os estabelecimentos do SNS, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respectivos cuidados no estabelecimento de referência;
- Informar os utentes, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do SNS estiver esgotada e for necessário proceder à referenciação para os estabelecimentos de saúde do sector privado;
- Manter disponível no seu sítio da Internet informação actualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos nas diversas modalidades de prestação de cuidados;
- Publicar e divulgar, até 31 de Março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados que prestam, os quais serão auditados, aleatória e anualmente, pela Inspeção-Geral das Actividades da Saúde.

Em cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, o anterior Governo publicou a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, que fixou os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o

acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência.

De entre outros TMRG, o Anexo n.º 1 da Portaria mencionada estabeleceu o atendimento no dia do pedido, quando o motivo seja relacionado com doença aguda, e 15 dias úteis a partir da data do pedido, quando o motivo não seja relacionado com doença aguda.

Sem prejuízo desses TMRG's, de acordo com o disposto no n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, cada estabelecimento deverá fixar anualmente *“os seus tempos de resposta garantidos por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, os quais deverão constar dos respectivos planos de actividades e contratos-programa”*.

Este é um dos aspectos mais relevantes que a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, veio introduzir, na medida em que se destina a permitir obter dados globais sobre os tempos de resposta efectivamente praticados no SNS e, concomitantemente, contribuir para a sempre desejável redução dos mesmos, aumentando, desse modo, a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Sucedem que, como já se referiu oportunamente, actualmente o SNS enfrenta ainda grandes dificuldades na generalização da definição de tempos de resposta dentro dos limites dos TMRG's fixados na Portaria n.º 1529/2010, de 27 de Dezembro.

Acresce que, de acordo com o *Relatório*, enquanto 67% dos hospitais (37) fixaram tempos de resposta garantidos, 67% das Unidades Locais de Saúde (4) e

55% dos Agrupamentos de Centros de Saúde (36) assim não procederam (*Relatório*, Quadro 27, pág. 30).

Situação igualmente grave, até porque corporiza uma clara violação do disposto na parte final do n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, é a não integração dos tempos de resposta garantidos nos contratos-programa de 45 ACES, 13 hospitais e 5 ULS, o que representa, respectivamente, 68%, 24% e 83% do total de cada um dos referidos universos.

Também em relação ao dever de afixação de informação actualizada relativa aos tempos de resposta garantidos em locais de fácil acesso e consulta, o qual é prescrito na alínea a) do artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, as taxas de inexecução da lei são inaceitáveis. Com efeito, 50 ACES, 37 hospitais e 4 ULS, ou seja, respectivamente, 76%, 67% e 67% do total de cada um dos referidos universos, assumem não cumprir a referida obrigação legal.

Já em relação ao tratamento das sugestões e reclamações e à integração das mesmas no processo de gestão administrativa dos serviços, os resultados apresentam melhores taxas de êxito, o que cumpre assinalar.

O Relatório especifica que *“O maior número de motivos de reclamação diz respeito à prestação de cuidados de saúde (24.701: 53%) capítulo em que o tempo de espera para a prestação de cuidados foi o principal motivo (14.291: 32%). Os serviços que mais queixas originaram foram, nos hospitais, os serviços de urgência e, nos centros de saúde, as consultas médicas.”*

Estes dados devem ser interpretados considerando, também, o *“Relatório do Gabinete do Utente – 2009”*, elaborado pela Inspeção Geral das Actividades em Saúde, no qual se refere que *“em 2009, verificou-se um aumento global das*



*reclamações apresentadas nos estabelecimentos hospitalares e nos serviços afectos à prestação de cuidados de saúde primários que se encontram na dependência das ARS” (pág. 3).*

O referido Relatório da IGAS apurou ainda que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde em estabelecimentos hospitalares, o tempo de espera para cuidados de saúde foi a principal motivação das reclamações apresentadas, concretamente com 11.011 (37,7%) reclamações (pág. 9).

#### H) ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NÃO PROGRAMADOS

Não obstante a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, prever a existência de tempos máximos de resposta garantidos, e de estes se referirem, primacialmente, a *“todo o tipo de prestações sem carácter de urgência”*, nos termos do n.º 1 do artigo 3.º do referido diploma, entende-se que o *Relatório* agora apreciado deveria conter elementos globais, quantitativos e qualitativos, sobre o atendimento dos utentes do SNS nos serviços de saúde de cuidados não programados.

### III – Recomendações

Tendo presente a apreciação que o “*Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS*” mereceu *supra*, entende a Comissão de saúde dever recomendar ao Governo, relativamente a Relatórios futuros, o seguinte:

- a) Incluir informações sobre a acessibilidade dos utentes ao SNS aos serviços de urgência hospitalar e de transporte de emergência médica, bem como nas áreas da toxicoddependência, do VIH/Sida, da diabetes, da saúde mental, do controlo do tabagismo, da interrupção voluntária da gravidez, entre outras;
- b) Objectivar e quantificar o estado do acesso aos serviços de saúde do SNS, avaliando o acesso pelos tempos de espera, como, de resto, é preconizado na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde (CDACS) e na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro;
- c) Promover, junto dos serviços integrados no SNS, a melhoria dos tempos de resposta que praticam (e informação sobre o respectivo grau de cumprimento), aumentando a sua produtividade e incluindo nos seus procedimentos as prescrições previstas, designadamente na Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto;
- d) Em especial, promover, junto dos serviços integrados no SNS, a melhoria os tempos de acesso a cuidados de saúde primários ou prestados em meio hospitalar, designadamente quando se trate de cuidados prestados nas unidades de saúde a pedido do utente, seja ou não por motivo relacionado com doença aguda;
- e) A inclusão de informação sobre o desenvolvimento do processo de cobertura do território de Portugal continental com Unidades de Saúde Familiar e, bem

assim sobre a situação existente nos distritos onde as mesmas não se encontram ainda instituídas;

- f) A inclusão de informação sobre os efeitos que a adesão de profissionais de saúde às USF provoca nos respectivos serviços de origem, designadamente em que medida a sua saída afectada a acessibilidade dos utentes por eles anteriormente servidos;
- g) A inclusão de informação sobre o número de aposentações de profissionais de saúde, em especial de *médicos de família* e de especialistas, assim como sobre os efeitos que essas aposentações criam nos utentes do SNS;
- h) A inclusão de informação sobre os tempos médios de espera dos utentes para terem acesso aos cuidados continuados integrados, designadamente quando esteja em causa a sua admissão nas unidades da RNCCI;
- i) Assegurar, junto dos serviços integrados no SNS, a inclusão de informação sobre os tempos de resposta previsto para as instituições e sobre os tempos de resposta observados, globalmente, nos diversos tipos de cuidados para os quais a Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro, fixou um Tempo Máximo de Resposta Garantido;
- j) Ponderar o alargamento do Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral a grupos populacionais considerados de particular vulnerabilidade, como são os casos dos diabéticos ou de outros doentes que sofrem de patologias especialmente susceptíveis de afectar gravemente a respectiva saúde dentária, como sucede, por exemplo, com os doentes portadores de ictiose, bem como às crianças e jovens que frequentam o ensino particular e cooperativo e sejam, simultaneamente, utentes do Serviço Nacional de Saúde;

- k) A inclusão de informação sobre os tempos de espera aplicáveis à cirurgia para a obesidade;
- l) A integração dos tempos de resposta garantidos nos contratos-programa de todos os ACES, hospitais e Unidades Locais de Saúde;
- m) Assegurar, junto dos serviços integrados no SNS, a afixação de informação actualizada relativa aos tempos de resposta garantidos em locais de fácil acesso e consulta;
- n) A inclusão de informação global, quantitativa e qualitativa, sobre o atendimento dos utentes do SNS nos serviços de saúde de cuidados não programados.

#### **IV – Conclusões**

- 1) O presente parecer é apresentado nos termos e para efeitos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, relativa ao Relatório respeitante à situação do acesso dos Portugueses aos cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e de avaliação da aplicação da Lei n. 41/2007, de 24 de Agosto, relativa ao ano de 2009;

- 2) O “Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS” procede a uma enumeração de actividades realizadas e de resultados alcançados pelos estabelecimentos e serviços integrados no SNS no que se refere:
- i) à acessibilidade dos respectivos utentes, designadamente em sede de cuidados primários e continuados, de programas de saúde específicos e de cuidados hospitalares;
  - ii) à efectivação dos sistemas de informação e comunicação vocacionados para a monitorização do acesso e o conhecimento dos cidadãos sobre a sua própria acessibilidade ao sistema.
- 3) Apesar de ser ter verificado, entre 2008 e 2009, um aumento da produção no total das consultas prestadas no âmbito dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares em, respectivamente, 5% e 3%, a evolução da acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde assegurados pelo SNS não é satisfatória, como os seguintes dados permitem evidenciar:
- i) 43% (54) dos serviços e estabelecimentos do SNS não fixaram tempos de resposta garantidos para o ano de 2009;
  - ii) 59% (76) dos serviços e estabelecimentos do SNS não prestaram informação sobre os tempos de resposta praticados;
  - iii) 34% (22) dos serviços e estabelecimentos do SNS não integraram os tempos de resposta garantidos nos respectivos planos e relatórios de actividades;
  - iv) 50% (63) dos serviços e estabelecimentos do SNS não integraram os tempos de resposta garantidos nos respectivos contratos-programa;

- v) 72% (91) dos serviços e estabelecimentos do SNS não afixaram informação actualizada relativa aos tempos de espera garantidos em locais de fácil acesso e consulta;
- vi) 70% (89) dos serviços e estabelecimentos do SNS não disponibilizaram nos seus sítios na Internet informação actualizada sobre as áreas de actividade/serviços disponíveis, a capacidade instalada e os respectivos tempos de resposta garantidos, nas diversas modalidades de cuidados de saúde;
- vii) 63% (80) dos serviços e estabelecimentos do SNS não constituíram equipas multidisciplinares internas tendo em vista a implementação da carta dos direitos de acesso;
- viii) Somente 34 entidades de cuidados de saúde primários referiram ter cumprido o TMRG em 2009 quando esses cuidados tenham sido prestados por motivo relacionado com doença aguda;
- ix) Somente 19 entidades de cuidados de saúde primários referiram ter cumprido o TMRG em 2009 quando esses cuidados tenham sido prestados por motivo não relacionado com doença aguda;
- x) Somente 28 entidades de cuidados de saúde primários referiram ter cumprido o TMRG em 2009 quando se tratasse de renovação da medicação em caso de doença crónica;
- xi) Somente 21 entidades de cuidados de saúde primários referiram ter cumprido o TMRG em 2009 quando esses cuidados tenham sido prestados no domicílio a pedido do utente;

- xii) No que se refere aos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar pelos centros de saúde e consultas realizadas com origem nos cuidados de saúde primários, por nível de prioridade, em 2009, 30% foram efectuadas fora do tempo aceitável;
  - xiii) 19% das cirurgias efectuadas no âmbito do SNS continuam a ocorrer para além do TMRG;
  - xiv) 21% das neoplasias malignas continuam a ser objecto de cirurgia fora do TMRG.
- 4) A Comissão de Saúde é de parecer que o presente parecer se encontra em condições de ser publicado no Diário da Assembleia da República;
- 5) O presente parecer deve ser remetido ao Governo, à Entidade Reguladora da Saúde, à Inspeção-Geral das Actividades em Saúde e às Administrações Regionais de Saúde, para conhecimento e divulgação no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Palácio de S. Bento, 18 de Janeiro de 2011

O Presidente da Comissão

A Deputada Relatora

(A. Couto dos Santos)

(Maria Teresa Fernandes)