Rede Nacional de Cuidados de Saúde

UFCD 6557

Curso: Técnico/a Auxiliar de Saúde

PESSOAS 2030 PORTUGAL 2030 Cofinanciado pela União Europeia

INDICE

OBJECTIVOS DO MANUAL

CONTEÚDOS

1. SAÚDE: CONCEITOS E DETERMINANTES
2. PERSPETIVA HISTÓRICA DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS DE SAÚDE
3. A POLÍTICA DE SAÚDE
4. PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES EUROPEIAS EM MATÉRIA DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS E ORIENTAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
5. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS E ORIENTAÇÕES
6. A LEI DE BASES DA SAÚDE: OS DIREITOS E DEVERES DO UTENTE QUE RECORRE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
7. A INTERCULTURALIDADE NA SAÚDE
8. O GÉNERO NO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE
9. SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS E SUBSISTEMAS E SEGUROS DE SAÚDE
10. SERVIÇOS E ESTABELECIMENTOS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL E ESTRUTURAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
11. A REDE NACIONAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE
12. A ARTICULAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES ESTRUTURAS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL
13. OUTROS PRESTADORES QUE INTERVÊM NO DOMÍNIO DA SAÚDE
14. AMBIENTE E CULTURA ORGANIZACIONAL: NOÇÕES GERAIS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE 15. HUMANIZAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

PESSOAS 2030 PORTUGAL 2030 Cofinanciado pela União Europeia

OBJETIVOS DO MANUAL

- Identificar os principais marcos históricos relativos à evolução da Rede Nacional de Cuidados de Saúde.
- Identificar e explicar as principais políticas e orientações no domínio da saúde.
- Identificar os direitos e deveres do utente que recorre aos serviços de saúde previstos na Lei de Bases da Saúde.
- Identificar as dificuldades de acesso à saúde de comunidades migrantes em Portugal.
- Identificar os aspetos de desigualdade de género no acesso aos cuidados de saúde.
- Identificar os diferentes Subsistemas no Sistemas Nacional de Saúde.
- Explicar a orgânica do Sistema Nacional de Saúde e serviços associados.
- Caracterizar as estruturas da Rede Nacional de Cuidados de Saúde.
- Identificar o domínio de atuação de outros organismos que intervêm na área da saúde.
- Explicar a importância de adequar a sua ação profissional a diferentes públicos e culturas.
- Explicar a importância de adequar a sua ação profissional a diferentes contextos institucionais no âmbito dos cuidados de saúde.
- Explicar a importância da cultura institucional no agir profissional.

PESSOAS 2030 PORTUGAL 2030 Cofinanciado pela União Europeia

1. SAÚDE: CONCEITOS E DETERMINANTES

A definição de **saúde** possui implicações legais, sociais e económicas dos estados de saúde e doença. O seu conceito sofreu de diversas alterações ao longo dos séculos, sendo que as maiores alterações deram-se, sobretudo aquando da inserção desses conceitos sob os contextos cultural, social, político e económico

Sendo um conceito bastante influenciado pelos contextos socioeconómicos e políticos, verificam-se grandes desigualdades na área de saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

Em 1948, a OMS definiu saúde como um **estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas na ausência da doença**, referindo que todos temos o direito de gozar do melhor estado de saúde possível, sem distinção de raça, religião, crença política e condição económica ou social.

Existem quatro determinantes essenciais de saúde:

- Aspectos biológicos e genéticos;
- Ambientais;
- Estilos e condições de vida;
- Serviços e cuidados de saúde.

De acordo com a OMS, os **determinantes sociais de saúde** correspondem às circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e que influenciam o seu estado de saúde. Incluem fatores intangíveis, como as condições políticas, socioeconómicas e culturais, mas também fatores tangíveis como o sistema de saúde e de educação, a alimentação, as condições ambientais e de habitação, o que gera diversas **iniquidades em saúde**.

Os diferentes determinantes sociais de saúde podem estar na origem de diversos problemas de saúde pública atuais, o que leva à necessidade de um olhar atento e reflexão sobre a melhor forma de atuar nos mesmos, pois, dessa forma, é possível melhorar a igualdade de acesso a serviços e cuidados de saúde.

2. PERSPETIVA HISTÓRICA DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS DE SAÚDE

A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais da época, e foi-se concretizando para assim poder dar resposta ao aparecimento de novas doenças.

Anterior ao século XVIII, os cuidados de saúde eram proporcionados pelos hospitais religiosos de beneficência denominados Misericórdias, instituições independentes e sem fins lucrativos, e somente para as pessoas mais necessitadas. Estas instituições funcionam atualmente em poucos hospitais, apesar do seu importante papel histórico como um dos principais prestadores de cuidados de saúde.

Durante o século XVIII, o Estado estabeleceu um número limitado de hospitais universitários e públicos para funcionar como um suplemento ao prestador religioso, decisão proposta até 1860.

A primeira lei de segurança social foi promulgada em 1946, e até esta altura os cuidados de saúde seguiam o modelo germânico, no qual se previa a cobertura de toda a população empregue e dos seus dependentes, através da segurança social e fundos de doenças. Este sistema de previdência social era financiado pelas contribuições obrigatórias de empregados e empregadores, que cobria, numa primeira instância, somente os trabalhadores industriais. Outros sectores foram adicionados, consoante as atualizações feitas ao sistema nos anos de 1959, 1965 e 1971.

O primeiro ato de legislação de saúde pública ocorreu em 1901, o que possibilitou a criação de uma rede de médicos responsáveis pela saúde pública. Em 1945 foi introduzida uma nova lei, que estabeleceu os serviços de maternidades públicas e de bem-estar infantil.

Até 1971 o Governo não assumia responsabilidade ao nível do fornecimento dos serviços de saúde da população, na qual consistia em vários subsistemas independentes e descoordenados.

Em 1971 o direito à saúde foi organizado de uma tal forma que as instituições privadas e de caridade deixaram de ser os principais prestadores de cuidados de saúde. O compromisso no sentido de uma maior oferta pública de cuidados de saúde e de universalidade na cobertura de cuidados foi consagrado em legislação aprovada em 1971.

Após a revolução de 1974, a política de saúde em Portugal sofreu um processo de reestruturação dos serviços de saúde, o qual culminou com **a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979**. Desde então, **o Estado assegura o direito à saúde a todos os cidadãos.**

Em meados de 1979, foi introduzida uma legislação no sentido de estabelecer o direito dos cidadãos à proteção da saúde; a garantia de usufruto gratuito aos cuidados de saúde através do SNS; o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua vida económica e contexto social; cuidados de saúde integrados incluindo promoção de saúde; vigilância e prevenção; e um sistema de cobertura financiado, sob a forma do SNS. Apesar do desenvolvimento do financiamento público unificado de um sistema de cuidados de saúde e da

incorporação da maior parte das instalações médicas previamente orientadas pelo sistema de previdência social e caridade religiosa, alguns aspetos do sistema pré-SNS persistiram, especialmente os subsistemas de saúde, continuando estes a cobrir uma variedade de empregados públicos e privado. Deste modo, os subsistemas de saúde não foram integrados no SNS. Na década de noventa, iniciou-se uma discussão relativamente à reforma do sistema de saúde, sendo forte o sector de opinião que defendeu um papel mais ativo do sector privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial para o SNS. Deste modo, abriu-se a possibilidade da privatização de sectores do financiamento e de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde à possibilidade de um seguro alternativo de saúde. Esta possibilidade de privatização de sectores fez com que surgisse uma certa concorrência entre o público e privado.

Atualmente, deparamo-nos com diversos problemas a nível do SNS, nomeadamente:

- Serviços públicos de ambulatórios inadequados;
- Listas de espera longas, para procedimentos cirúrgicos;
- Distinção confusa acerca da satisfação dos consumidores e dos profissionais com serviços públicos; Aumento das despesas de saúde e dificuldades no controlo dos custos;
- Aumento da procura de cuidados de saúde nos grupos vulneráveis;
- Aumento da prevalência e incidência de doenças crónicas;
- Envelhecimento da população.

3. A POLÍTICA DE SAÚDE

Em Portugal, com algumas lacunas e desigualdades, algumas agravadas nos últimos anos, o SNS oferece uma cobertura universal.

O sistema de saúde de Portugal é caracterizado por três sistemas coexistentes:

- O Serviço Nacional de Saúde;
- Os regimes de seguro social de saúde especiais para determinadas profissões(subsistemas de saúde);
- O setor privado (título próprio ou através de seguros voluntários privados);

Alguns cidadãos optam, por além de subsistemas de saúde ainda serem beneficiários de seguros de saúde privados com vista a uma maior proteção em caso de necessidade/doença.

O Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento da política da saúde, bem como de gerir o SNS. O SNS é predominantemente financiado através de uma **tributação geral dos cidadãos**. No caso dos subsistemas de saúde, as contribuições dos empregadores (incluindo os funcionários públicos do Estado) e dos empregados representam as principais fontes de financiamento. No que se refere aos seguros provados há lugar a pagamentos diretos pelo paciente e os prémios de seguros voluntários de saúde representam uma grande percentagem do financiamento.

Portugal dispõe de um número de emergência médica, igual em todos os estados-membros da União Europeia. O transporte de emergência é assegurado por bombeiros, associações humanitárias e pelo INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica.

Em termos de unidades, Portugal dispõe de urgências espalhadas por todo o país. Para além da linha de emergência médica, os utentes têm ainda ao dispor uma linha de saúde, aberta 24 horas por dia, onde os utentes podem tirar dúvidas ou pedir ajuda. Atualmente, antes de recorrer ao serviço de urgência o cidadão deve ligar para a **linha SNS 24** (808242424) para encaminhamento do serviço a que recorrer.

O objetivo da linha de saúde é ligar os portugueses à saúde e reduzir a procura desnecessária das urgências. Segundo a Constituição, os cidadãos têm direito a saúde **tendencialmente gratuita**. Os utentes têm de pagar as suas consultas, tratamentos e cirurgias, embora para alguns utentes seja gratuito devido aos seus rendimentos, com por exemplo, reformados por invalidez.

Desde 1 de Janeiro de 2023, por nomeação do Ministério da Saúde, a Direcção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, que pretende modernizar a gestão do SNS, visando: a constituição de uma efectiva rede de instituições do SNS; implementar a articulação e complementaridade entre instituições e a integração clínica dos diversos serviços de saúde prestados.

4. PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES EUROPEIAS EM MATÉRIA DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS E ORIENTAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem a sua **sede em Genebra** e é responsável pela **coordenação da saúde** no seio do sistema das Nações Unidas (ONU). A sua sede coordena seis escritórios satélite, que cobrem as principais regiões do globo. O escritório europeu da OMS situa-se em Copenhaga e supervisiona as necessidades de saúde pública de cerca de 50 países.

A sua missão é bastante alargada, incluindo políticas no âmbito das doenças crónicas e infecciosas, a saúde mental, a nutrição, a segurança alimentar, os acidentes, os riscos biológicos, a economia da saúde e a saúde preventiva.

Com uma **posição de liderança em questões globais** (exemplo da pandemia COVID19), financia a investigação de diversas áreas, estabelecendo normas, criando políticas baseadas na evidencia, acompanhando as tendências da saúde e prestando apoio técnico especializado para determinadas nações. As políticas da OMS, derivado de ser uma organização global, têm em consideração tanto as necessidades em saúde de países pobres e em desenvolvimento, assim como a de países desenvolvidos e com maior riqueza.

As estratégias de saúde, em sentido lato, inserem-se na renovação da política de saúde da OMS e beneficiaram do trabalho pioneiro realizado pela OMS no âmbito preciso das políticas de saúde.

A OMS tem procedido a mudanças significativas na forma de operar, com o objetivo último de **melhorar o desempenho na assistência aos Estados-Membros**, para responderem aos desafios sanitários e de desenvolvimento e na consecução dos objetivos relacionados com a saúde. Este processo de mudança da Organização tem, como quadro geral de referência, a Estratégia da OMS.

O trabalho da OMS orienta-se pelas suas funções essenciais, as quais se baseiam nas suas vantagens comparativas que são:

- Liderança nos domínios essenciais da saúde e estabelecimento de parcerias logo que uma ação conjunta seja necessária;
- Formulação de uma agenda de investigação e estímulo à produção, difusão e aplicação dos conhecimentos dignos de interesse;
- Fixação de normas e os padrões, promovendo e monitorizando a sua implementação;
- Articulação das opções políticas, conforme a ética e com base em evidências;
- Fornecimento de apoio técnico, para catalisar mudanças e desenvolver capacidades institucionais duradouras/sustentáveis;

- Vigilância da situação sanitária e avaliação das tendências em saúde.

Com o objetivo de responder às lacunas a nível da política de saúde em termos de justiça social, responsabilização, implementação e conhecimentos, a OMS identifica **sete áreas prioritárias**:

- Investir em saúde;
- Reforçar a segurança sanitária individual e mundial;
- Promover a cobertura universal, igualdade de géneros e direitos humanos ligados à saúde;
- Influenciar os determinantes sociais, económicos e comportamentais da saúde;
- Reforçar os sistemas de saúde e melhorar a equidade do acesso;
- Explorar o conhecimento, a ciência e a tecnologia;
- Reforçar a governação, a liderança e a responsabilidade.

5. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS E ORIENTAÇÕES

Na perspetiva de garantir a sustentabilidade do SNS, foi iniciada a criação de programas de saúde baseados em valor, centrando o SNS nos resultados para o utente, nos cuidados de saúde primários e na proximidade, finalmente priorizando de forma efetiva a prevenção da doença e a promoção da saúde.

A Janeiro de 2024 deu-se uma nova reforma organizativa do SNS, gerida pela Direcção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, com o alargamento do número de **Unidades Locais de Saúde** (ULS).

Este modelo integra numa única gestão, de uma determinada área geográfica, os centros hospitalares, os hospitais, os Agrupamentos de Centros de Saúde e a Rede Nacional de Cuidados Continuados, através de um modelo de integração vertical e pretende **facilitar o percurso dos utentes** dentro das diversas instituições, com maior flexibilidade e eficácia nas referenciações e articulações entre os diferentes serviços/especialidades.

Com o aumento das necessidades em população, com o maior envelhecimento da população e as crescentes exigências e expectativas dos consumidores dos serviços de saúde, o SNS deve pautar a sua atuação pela integração dos cuidados, garantindo a qualificação das respostas do SNS e assegurando aos beneficiários do SNS o acesso ao tipo de cuidados que mais se coaduna com as suas necessidades efetivas. Só assim poderemos afirmar que o SNS está a responder ao seu propósito.

Dos diversos programas do governo para a saúde, que visa um SNS mais efectivo nas respostas às necessidades em saúde da população, podem referir-se:

- “A Saúde começa em casa” – Promover a saúde e prevenir a doença;

- “Ter direito à Saúde é ter acesso” – Melhorar o acesso ao SNS;
- “Saúde de proximidade” – Melhorar a cobertura dos cuidados de saúde primários com mais respostas;
- “Rede hospitalar” – Melhorar o acesso e a eficiência dos hospitais públicos;
- “Recuperação da autonomia e apoio à doença grave ou incurável” – Alargar as respostas em cuidados continuados integrados e paliativos;
- “Não há boa Saúde sem Saúde Mental” – Concluir a reforma da Saúde Mental;
- “Satisfação dos profissionais de saúde” – Reforçar a política de recursos humanos do SNS;
- “Participação pública e governação do SNS” – Criar a direção executiva do SNS e instalar os Sistemas Locais de Saúde.

6. A LEI DE BASES DA SAÚDE: OS DIREITOS E DEVERES DO UTENTE QUE RECORRE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, cabe ao **cidadão um papel fundamental na promoção da saúde e no desenvolvimento do sistema de saúde** que o serve. São necessárias formas diferentes de pensar e atuar na saúde em Portugal, considerando o **cidadão como a razão de ser de todo o sistema** de Saúde.

Assim, o cidadão é considerado como um parceiro privilegiado nas mudanças que visam melhorar os serviços de saúde, devendo para tal, ser capaz de ter voz e uma participação activa, pois é esperado que o cidadão venha a desempenhar cada vez mais um papel ativo e influente na melhoria das condições de saúde e da qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

A **Lei de Bases da Saúde** - **Lei n.º 95/2019**, de 4 de setembro - serve para regular todo o sistema de saúde, tanto público como privado, definindo os princípios da política da saúde.

A Lei de Bases da Saúde tem por objetivo definir um **quadro jurídico de referência onde estão contidos valores e princípios que asseguram a proteção e promoção da saúde** das pessoas, das famílias e das comunidades, cumprindo os princípios constitucionais em que se afirma o primado da dignidade da pessoa humana.

A proteção e promoção da saúde, enquanto direito humano, é um dos fatores mais influentes no desenvolvimento e bem-estar da pessoa e da sociedade. Nela projetam-se determinantes da saúde (educação, hábitos de vida, emprego e condições de trabalho, habitação, ambiente físico, ambiente socioeconómico), cuja articulação efetiva deve ser ativamente promovida.

São 37 bases que compõem a Lei de Bases da Saúde:

1: Direito à proteção da saúde;

2: Direitos e deveres das pessoas;

3: Cuidadores informais;

4: Política de saúde;

5: Participação;

6: Responsabilidade do Estado;

7: Regiões Autónomas;

8: Autarquias locais;

9: Sistemas locais de saúde;

10: Saúde pública;

11: Saúde e genómica;

12: Literacia para a saúde;

13: Saúde mental;

14: Saúde ocupacional;

15: Informação de saúde;

16: Tecnologias de informação e comunicação;

17: Tecnologias da saúde;

18: Conselho Nacional de Saúde;

19: Sistema de saúde;

20: Serviço Nacional de Saúde;

21: Beneficiários do Serviço Nacional de Saúde;

22: Organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde;

23: Financiamento do Serviço Nacional de Saúde;

24: Taxas moderadoras;

25: Contratos para a prestação de cuidados de saúde;

26: Terapêuticas não convencionais;

27: Seguros de saúde;

28: Profissionais de saúde;

29: Profissionais do SNS;

30: Profissionais de saúde com necessidades especiais;

31: Investigação;

32: Formação superior;

33: Inovação;

34: Autoridade de saúde;

35: Defesa sanitária das fronteiras;

36: Relações internacionais e Comunidade dos Países de Língua Portuguesa; 37: Avaliação.

Aprofundando, um pouco de algumas Bases que compõem a Lei de Bases da Saúde:

O SNS é o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Para além do SNS, existem diversos subsistemas de saúde, criados no âmbito de vários ministérios, empresas bancárias, seguradoras e outras instituições, para prestação de cuidados de saúde aos seus trabalhadores ou associados (ADSE, ADME, SAMS, etc.). Os beneficiários destes subsistemas podem utilizar também, assim o desejem, toda a rede do SNS.

Diversas instituições de saúde privadas e profissionais em regime liberal completam a oferta de cuidados de saúde, prestando os seus serviços à população em regime privado ou através de acordos ou convenções quer com o SNS, quer com alguns dos subsistemas atrás referidos.

São **beneficiários** do SNS todos os cidadãos portugueses, sendo igualmente beneficiários do SNS os cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis, acrescendo-se ainda como beneficiários do SNS os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os apátridas residentes em Portugal.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto), os utentes têm direito a:

- Escolher o serviço e os profissionais de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização;
- Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;

- Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito;
- Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade dos dados pessoais;
- Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
- Receber assistência religiosa;
- Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, receber indemnização por prejuízos sofridos;
- Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
- Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

Contudo, convém também ter um olhar atento para os deveres dos utentes enquanto usufruidores do SNS:

- O utente nos serviços de saúde tem o dever de:
- O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde;
- Respeitar os direitos de outros utentes, bem como os dos profissionais de saúde com os quais se relacione;
- Respeitar as regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde;
- Colaborar com os profissionais de saúde em todos os aspetos relativos à sua situação – fornecer toda a informação necessária;
- Pagar os encargos que derivem da prestação de cuidados de saúde, quando for caso disso.

O **direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa**, e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. No quadro legislativo da Saúde são estabelecidos direitos mais específicos, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968).. O conhecimento dos direitos e deveres dos doentes, também extensivos a todos os utilizadores do sistema de saúde, potencia a sua capacidade de intervenção ativa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços. Evolui-se no sentido de o doente ser ouvido em todo o processo de reforma, em matéria de conteúdo dos cuidados de saúde, qualidade dos serviços e encaminhamento das queixas.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde a legislação sobre saúde é de interesse e ordem públicos, pelo que a sua inobservância implica responsabilidade penal, contraordenacional, civil e disciplinar, conforme o estabelecido na lei.

A responsabilidade civil consubstancia-se na obrigação de reparação de um dano, causalmente resultante da intervenção do profissional médico. Existe assim, a **responsabilidade civil do Estado e a proteção dos cidadãos afetados por eventos adversos no âmbito da prestação de cuidados de saúde**.

Atualmente é imperativo que os cuidados de saúde prestados sejam da máxima qualidade, com a garantia de serem seguros, como forma de respeitar a dignidade humana e os direitos fundamentais. Assim, os sistemas jurídicos necessitam de garantir uma proteção mais intensa, por via dos mecanismos e institutos jurídicos, da justiça social;

A segurança dos cuidados de saúde advém, em especial, da conjugação do direito à vida e do direito à proteção da saúde.

A segurança do doente refere-se à redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

7. A INTERCULTURALIDADE NA SAÚDE

A globalização e a mobilidade das populações, aumentaram sem precedentes os contactos entre as culturas e a coabitação entre diferentes modos de vida contribuindo, assim, para a multi/interculturalidade das sociedades, com vista a alcançar novas oportunidades, em busca não só de melhores condições económicas e sociais, mas também intelectuais.

Esta globalização e multiculturalidade coloca grandes desafios à comunicação, à saúde e à gestão da diversidade cultural.

O aumento da globalização e da multiculturalidade faz com que as sociedades, e os diferentes serviços, sejam confrontadas com uma grande heterogeneidade linguística e cultural dos seus utentes, o que exige a adoção de estratégias e políticas adequadas para fazer face a esta nova realidade social, cultural, comunicacional e sanitária.

Muitos migrantes são confrontados com fronteiras de identidade, vulnerabilidade e pobreza, com fronteiras de comunicação, preconceito, estereótipo e racismo que podem afetar a sua integração, saúde mental e física, e pode afetar também o acesso aos cuidados de saúde e prevenção, capacidade para reclamar e defender os seus direitos e o exercício de cidadania.

Portugal tem das melhores práticas, reconhecidas a nível internacional, na integração de migrantes e no acolhimento de refugiados, sendo que estes cidadãos têm consolidado o seu acesso ao SNS, em igualdade de direitos e deveres com os cidadãos nacionais. A proteção da saúde dos migrantes e o seu acesso aos cuidados de saúde são reconhecidos como um direito humano e um direito básico de acordo com os valores e princípios constitucionais, vitais para a integração dos migrantes e um fator crítico para reduzir a pobreza e as desigualdades sociais, para a saúde pública e bem-estar de todos. Não são permitidas quaisquer barreiras administrativas de acesso ao SNS ao migrante.

E para os prestadores de cuidados? Quais as consequências e implicações desta interculturalidade na saúde? Também para os prestadores de cuidados a multiculturalidade presente atualmente na sociedade representa novos desafios. Aumenta o nível de conhecimentos a ter, com novas exigências para dar resposta às necessidades dos migrantes e novos desafios na prática do cuidar.

Contudo, apesar de todas estas novas realidades e mudanças, são práticas de cuidar que se tornam extremamente recompensadoras quando os profissionais conseguem, de forma adequada, dar resposta às necessidades identificadas.

Pode-se afirmar que os imigrantes têm riscos acrescidos a nível da saúde pois, a verdade é que os imigrantes são expostos a riscos acrescidos para a saúde que decorrem de fatores como a segurança pessoal, situação

familiar, as condições de vida, falta de recursos económicos, falta de informação, barreiras linguísticas, discriminação e estigmatização.

As diferenças culturais existentes, as desconformidades entre os conceitos de saúde e doença e as expectativas distintas que caracterizam cada grupo condicionam o acesso aos serviços de saúde.

Paralelamente, o desconhecimento da cultura própria de cada migrante, das suas crenças e das suas práticas, bem como os estereótipos associados a estas comunidades condicionam os profissionais de saúde na prestação de cuidados.

Na acessibilidade aos cuidados ressaltam-se alguns fatores que dificultam a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes:

- dificuldade na compreensão da língua;
- falta de informação;
- dificuldade na comunicação com os profissionais de saúde;
- conceitos diferentes de saúde/doença;
- recursos económicos escassos.

A preocupação com esta temática levou as unidades de saúde a investirem na formação dos seus profissionais, no estabelecimento de protocolos de cooperação com outros países e com associações de migrantes, na produção de material informativo, na identificação de boas práticas referentes aos migrantes.

8. O GÉNERO NO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

De acordo com a OMS, as desigualdades entre grupos sociais em todas as áreas e especialmente em matéria de saúde são "política, social e economicamente inaceitáveis".

A igualdade de género exige que, numa sociedade, homens e mulheres gozem das mesmas oportunidades, rendimentos, direitos e obrigações em todas as áreas.

Contudo, há alguns fatores que alertam para as desigualdades em saúde, nomeadamente as desigualdades socioeconómicas, a maior vulnerabilidade das mulheres a situações de pobreza, o acesso ao emprego, os horários prolongados, as dificuldades de conciliação, o facto de serem as principais prestadoras de assistência informal **a dependentes** (filhos e pessoas idosas) e a ausência de tempos de lazer. Todos estes fatores aumentam a vulnerabilidade das mulheres com consequências para a própria saúde devendo, portanto, ser tidos em consideração na definição de uma política de saúde que integre a perspetiva de género.

Em Portugal, as desigualdades de género são bastante acentuadas no domínio da saúde, onde o nosso país ocupa o 23º lugar na UE, e o 24º lugar no subdomínio do acesso à saúde, estando o progresso neste domínio estagnado desde 2010.

De salientar que o acesso atempado a cuidados de saúde de boa qualidade e acessíveis, sejam estes preventivos ou curativos, já foi reconhecido como um direito.

Na área estratégica da Saúde a igualdade de género tem como objetivos:

- Promover as igualdades em saúde;
- Promover a saúde sexual e reprodutiva;
- Combater a feminização do VIH/sida;
- Promover ações de sensibilização sobre saúde e género no âmbito dos cuidados a prestar em situações de violência de género, nomeadamente mutilação genital feminina e violência doméstica
- Acompanhar a implementação da lei da interrupção voluntária da gravidez:

  ações de sensibilização sobre saúde e género no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Verifica-se que apesar de as mulheres apresentarem maior esperança média de vida e viverem durante mais

tempo (número absoluto de anos) sem incapacidade, vivem um período maior das suas vidas em situação de incapacidade (numa idade mais avançada) comparativamente aos homens, sendo também mais mais frequentadoras dos cuidados de saúde e têm mais cuidados ao nível da prevenção e promoção da saúde do que os homens.

9. SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS E SUBSISTEMAS E SEGUROS DE SAÚDE

Após a criação do SNS em 1979, este passou a coexistir com os subsistemas de saúde, embora só em 1998 através do D. L. n.º 401/98, tenha passado a ser permitida a transferência de responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde para entidades públicas ou privadas, mediante comparticipação financeira a estabelecer, em protocolo com o IGIF, nos termos e montantes a definir pelo Ministro da Saúde.
O sistema de saúde de Portugal é caracterizado pela existência de 4 sistemas coexistentes:

- O SNS;
- Os regimes de seguro social de saúde especiais para determinadas profissões (subsistemas de saúde);
- Os seguros de saúde de voluntariado privados; ○ Sector privado.

O SNS oferece uma cobertura universal. Contudo, há uma percentagem de pessoas cobertas por subsistemas de saúde, seguros privados e fundos mútuos.
Existem algumas sobreposições, quer em termos dos beneficiários (uma vez que há pessoas com múltiplas coberturas), quer dos prestadores de cuidados (que, frequentemente, estabelecem financiadores).
O SNS é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a direção ou a tutela do Ministro da Saúde. O SNS tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva. Atualmente, dada a reforma organizativa é composto pelas ULS e pelos IPO's.
Os subsistemas de saúde são entidades de natureza pública ou privada que, por lei ou por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou comparticipam financeiramente nos correspondentes encargos. Trata-se de subsistemas de saúde de base profissional – independentemente dos respetivos beneficiários se encontrarem em situação de exercício efetivo de funções ou aposentados, e sem prejuízo da sua extensão aos agregados familiares – e cuja adesão apresenta, em alguns casos ou para alguns beneficiários, carácter obrigatório.
Os subsistemas de saúde são financiados por intermédio de um mecanismo de contribuição individual compulsória baseada no rendimento dos seus beneficiários titulares, sendo que estes têm acesso não apenas

à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, tal como todos os outros utentes/beneficiários do SNS, mas igualmente a uma rede de prestadores de cuidados de saúde (próprios ou com os quais os subsistemas possuam acordo ou convenção), bem como podem favorecer o acesso a todos os outros prestadores (com os quais não exista acordo ou convenção) mediante um mecanismo de reembolso total ou parcial de despesas. Como exemplos de subsistemas de saúde públicos temos: ADSE, SSMJ, SAD/PSP, SAD/GNR e ADM. Como exemplos de subsistemas de saúde privados há a apontar SAMS, Serviços Sociais da Imprensa Nacional Casa da Moeda (SSINCM)61, dos Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos (SSCGD), do Instituto de Obras Sociais dos CTT (IOS-CTT)62, Sistema de Apoio Social e de Cuidados de Saúde da RTP/RDP e da SÃVIDA – Medicina Apoiada S.A. (do grupo EDP).

Os subsistemas privados de saúde, consistem em entidades de natureza privada que, por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou comparticipam financeiramente nos correspondentes encargos. Tal contrato tem natureza obrigatória, resultando de um mecanismo de solidariedade compulsiva intragrupal (de matriz profissional ou de empresa).

Na medida em que o que caracteriza os subsistemas privados de saúde é a sua base ocupacional, os mesmos contrapõem-se, desde logo, aos seguros privados cuja adesão não se encontra, por definição, restrita a determinado grupo.

Os seguros privados de saúde consistem num contrato mediante o qual uma pessoa transfere para outra o risco da eventual verificação de um determinado dano (sinistro) mediante o pagamento da correspondente remuneração (prémio). O contrato de seguro de saúde visa a cobertura de despesas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde aos segurados, independentemente de se tratar de assistência em regime de internamento hospitalar, assistência ambulatória, actos de estomatologia, próteses, parto ou outros tratamentos como, por exemplo, os de enfermagem.

São de adesão voluntária, sendo possível ao cidadão escolher o seguro que melhor satisfaça as suas necessidades (atuais ou previsíveis).

A própria Base XXIII da Lei de Bases da Saúde considera a exploração de seguros de saúde como uma atividade complementar à própria prestação de cuidados de saúde e coloca-a sob a disciplina e inspeção do Ministério da Saúde.

10. SERVIÇOS E ESTABELECIMENTOS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL E ESTRUTURAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

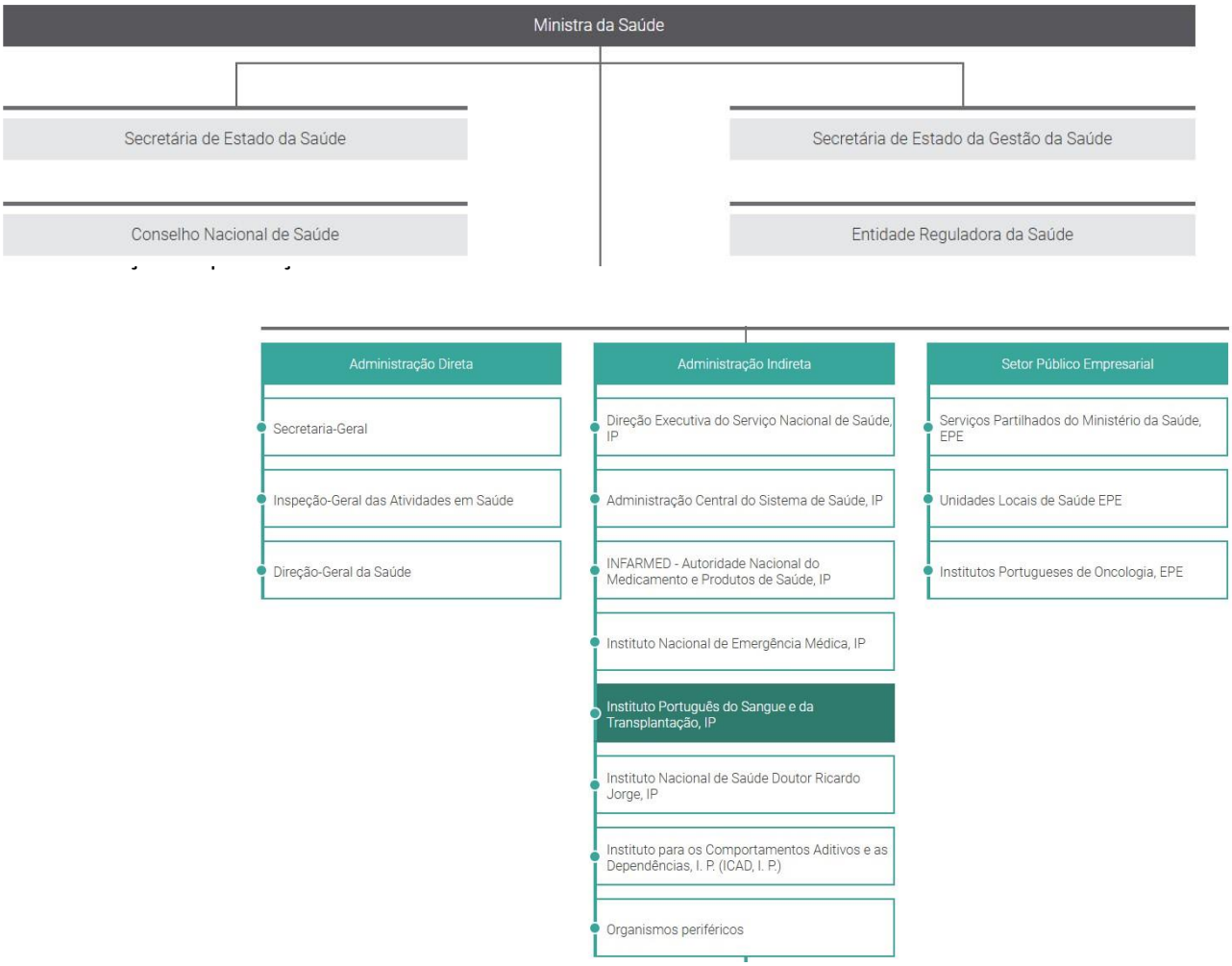
Integram o Serviço Nacional de Saúde todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, sendo o membro do Governo que assume o cargo de Ministro da Saúde, responsável pela área da

saúde e exerce poderes de superintendência e tutela sobre todos os serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica.

O Ministério da Saúde é o departamento governamental que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados.

O Ministério da Saúde prossegue as suas atribuições através de serviços integrados na administração direta do Estado, de organismos integrados na administração indireta do Estado, de órgãos consultivos, de outras estruturas e de entidades integradas no setor empresarial do Estado.

De seguida, é apresentado um esquema que representa a constituição dos serviços e estabelecimentos do sistema nacional de saúde (pode ser consultado com mais detalhe no Portal do SNS: www.sns.gov.pt) :



Administração Direta do Estado

Secretaria-Geral do Ministério da Saúde
Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS)
Direção-Geral da Saúde

Administração Indireta do Estado

Administração Central do Sistema de Saúde, IP
Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, IP
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P
Instituto Nacional de Emergência Médica, IP
Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P
Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P. (ICAD, I. P.)
Administração Regional de Saúde do Centro, I.P
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P

Entidade Reguladora

Entidade Reguladora da Saúde (ERS)

Órgãos Consultivos

Conselho Nacional de Saúde
Conselho Nacional de Saúde Mental

Setor Público Empresarial

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

Associações participadas pelo Estado

Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

Serviço Nacional de Saúde - Setor Público Administrativo

Serviço Nacional de Saúde - Serviços Desconcentrados das Administrações Regionais de Saúde

Hospitais em parceria público-privada (PPP)

Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Hospitais geridos pelas Misericórdias

Hospital de S. Paulo – Serpa
Hospital Luciano de Castro – Anadia
Hospital São José – Fafe

PESSOAS 2030
PORTUGAL 2030
Cofinanciado pela União Europeia

Serviço Nacional de Saúde - Setor Público Empresarial

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, EPE
Unidade Local de Saúde do Algarve, EPE
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE
Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, EPE
Unidade Local de Saúde do Alto Ave, EPE
Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E.
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, EPE
Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE
Unidade Local de Saúde da Arrábida, EPE
Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, EPE
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, EPE
Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, EPE
Unidade Local de Saúde de Braga, EPE
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE
Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, EPE
Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, EPE
Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, EPE
Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, EPE
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, EPE
Unidade Local de Saúde da Lezíria, EPE
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE
Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas, EPE
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
Unidade Local de Saúde do Médio Ave, EPE
Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, EPE
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
Unidade Local de Saúde do Oeste, EPE
Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE

Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE
Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.
Unidade Local de Saúde de São João, EPE
Unidade Local de Saúde de São José, EPE
Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, EPE
Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, EPE

No caso particular da ULS Coimbra que é a da área de abrangência onde estamos inseridos:

Foi constituída em Janeiro de 2024 e serve diretamente uma população de 365.275 habitantes/ 410.530 utentes inscritos de 21 concelhos através de uma rede de prestadores composta por oito unidades hospitalares e 26 centros de saúde.

Os cuidados em proximidade da ULS de Coimbra estão organizados em seis comunidades de saúde, unidades territoriais de governação clínica e planeamento de recursos de saúde em proximidade. O objetivo é possibilitar o desenvolvimento de projetos de saúde coerentes e de proximidade, sustentados num modelo de governação clínica autónomo e com competências operacionais próprias.

Tem como Comunidades de Saúde: 1) Coimbra, 2) Cantanhede, Mira e Mealhada, Mortágua e Penacova, 3) Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos e Pedrógão Grande, 4) Arganil, Góis, Oliveira do Hospital e Tábua, 5) Condeixa-a-Nova, Lousã, Miranda do Corvo, Penela, Vila Nova de Poiares, 6) Pampilhosa da Serra.

A resposta assistencial hospitalar assenta em oito unidades de excelência de diferentes e complementares caraterísticas.

- Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)
- Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC)
- Hospital Geral (HG)
- Hospital Sobral Cid (HSC)
- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (Tocha)
- Maternidades Bissaya Barreto (MBB) e Daniel de Matos (MDM) • Hospital Arcebispo João Crisóstomo (Cantanhede)

11. A REDE NACIONAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE

De acordo com as especificidades de cada nível, podemos falar de diferentes níveis de cuidados:

- ✈ Cuidados de saúde primários,
- ✈ Secundários (ou diferenciados),
- ✈ Terciários (ou continuados, que inclui os paliativos).

Todos são constituídos por um conjunto de organizado de atividade médicas e paramédicas, gerais e de especialidades, prestadas à população de forma coordenada, com o objetivo de assegurar a cada indivíduo o melhor nível de saúde, através da promoção da saúde, da prevenção da doença, bem como da cura dos doentes e recuperação dos diminuídos.

Os cuidados de saúde primários têm como missão constituir a primeira linha e a base de toda a rede de cuidados de saúde, tendo como principal referência a ação dos centros de saúde e dos médicos de família.

O Estado assume a responsabilidade de providenciar os cuidados de saúde primários aos cidadãos e às famílias, promovendo a constituição de equipas de saúde multiprofissionais, que incluam médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, administrativos e outros profissionais de saúde.

Dentro das suas atividades encontramos o foco na promoção da saúde e prevenção da doença, bem como o diagnóstico e tratamento elementar e a triagem e encaminhamento para serviços especializados.

Podem compreender diversas unidades funcionais:

- Unidade de saúde familiar (USF)
- Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- Unidade de saúde pública (USP);
- Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- Unidades privadas.

Os cuidados de saúde secundários (diferenciados) são os serviços de saúde que visam garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados (designadamente consultas externas de especialidade, intervenções cirúrgicas, internamento, serviços de urgência) à população de determinada área geográfica.

Um dos princípios gerais na prestação de cuidados de saúde é a liberdade de escolha do estabelecimento hospitalar, em articulação com a rede de cuidados primários. No entanto estão consagrados percursos de referenciação, que limitam em larga medida (senão totalmente) a escolha do doente.

Atualmente, com a reforma organizativa do SNS, a existência das ULS agrupa CSP e CSH dentro da mesma instituição, com uma gestão única.

Os cuidados de saúde terciários consistem num conjunto de atividades médicas e médico-sociais visando a limitação das sequelas e a reabilitação física, psíquica e social dos diminuídos.

Para dar resposta às novas necessidades de cuidados de saúde e sociais provocadas pelo aumento da esperança média de vida e aumento de doenças crónicas/situações de maior dependência, foi constituída, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho e resulta de uma parceria entre o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde.

A RNCCI visa a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Centram-se na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

Entende-se por "Cuidados continuados integrados" o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global (processo terapêutico e de apoio social), ativa e contínua, que visa promover a autonomia e melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias.

São utentes dos cuidados continuados integrados, cidadãos nas seguintes situações:

- dependência funcional temporária;
- dependência funcional prolongada;
- idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença); • incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social;
- doença severa, em fase avançada ou terminal.

A RNCCI integra unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

A criação dos cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM) permitiu que a RNCCI se estendesse a pessoas com problemas de saúde mental ao contemplar a existência de estruturas reabilitativas psicossociais, respondendo a situações com vários graus de incapacidade psicossocial e dependência decorrentes de doença mental grave.

Estes integram:

- Residências de Treino de Autonomia;
- Residências de Treino de Autonomia – Tipo A (Infância e Adolescência);
- Unidades Sócio Ocupacionais;
- Unidades Sócio Ocupacionais – Tipo A (Infância e Adolescência);
- Residências de Apoio Máximo;
- Residências de Apoio Moderado;

- Equipas de Apoio Domiciliário.

Entre os serviços disponibilizados pela RNCCI, encontramos como tipologias das unidades de internamento:

- Unidades de convalescença (para internamentos até 30 dias): destinam-se a pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares, mas que devido a uma situação de doença súbita ou ao agravamento duma doença ou deficiência crónica, requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio.

- Unidades de média duração e reabilitação (para internamentos com duração entre 30 e 90 dias): destinam-se a utentes que perderam temporariamente a sua autonomia, mas com potencial de reabilitação e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social, que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio.

- Unidades de longa duração e manutenção (para internamentos com mais de 90 dias): destinam-se a utentes com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou noutro tipo de resposta. Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida.

- pode ter ainda internamentos para descanso do cuidador (máximo 90 dias por ano).

Unidades de cuidados paliativos

A valência das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), destinam-se a utentes em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados.

Para poder beneficiar deste serviço há necessidade de preencher determinados requisitos:

- frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;

- cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

No que se refere ao valor a pagar pelo utente também são observadas diferenças consoante a tipologia do serviço:

- O internamento numa Unidade de Convalescença é gratuito para o utente;
- O apoio domiciliário da ECCI é gratuito para o utente;
- Apenas nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, há lugar a comparticipação do utente;
- Em todas as tipologias da RNCCI, os custos referentes aos cuidados de saúde são assumidos pelo Serviço Nacional de Saúde, ou por outros subsistemas de saúde;

Quando há lugar a pagamento:

- Os custos referentes ao apoio social, são comparticipados pelo utente, de acordo com os seus rendimentos, em complementaridade pela Segurança Social;
- A Unidade apenas cobrará, os cuidados e serviços de saúde e de apoio social, relativos ao valor diário apurado acordado aquando da assinatura do Termo de Aceitação do Internamento;
- As demais despesas, que não sejam parte dos cuidados e serviços acordados, são da exclusiva responsabilidade do utente, quando por si solicitadas;
- Prevê-se ainda a realização de um contrato de prestação de serviços no ato da admissão, entre o utente e o prestador, reforçando os compromissos subjacentes no Termo de Aceitação, transpondo para escrito os direitos e deveres, entre os quais a modalidade de pagamento.

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos é uma rede funcional e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.

A Comissão Nacional de Cuidados Paliativos é responsável por coordenar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, elaborar e propor para aprovação do Ministério da Saúde, os planos estratégicos para o desenvolvimento dos cuidados paliativos.

Os Cuidados Paliativos são um Direito Humano reconhecido e uma questão de saúde pública, que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas (adultas/crianças) e suas famílias quando confrontados por uma doença avançada, progressiva e incurável que limita a sua esperança de vida.

A Lei n.º 52/2012 publicada em Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05 consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde.

A Lei n.º 31/2018 publicada em Diário da República n.º 137/2018, Série I de 2018-07-18 estabelece um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida.

Consoante a complexidade das situações e das necessidades dos doentes existem diferentes níveis de cuidados paliativos: abordagem paliativa, cuidados paliativos gerais, cuidados paliativos especializados e os centros de referência.

Dentro dos cuidados paliativos especializados e os centros de referência há diversas tipologias de serviços que podem ser prestados:

As unidades de cuidados paliativos são um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa e presta cuidados em regime de internamento, podendo estar integrada num hospital.

Estas unidades podem ter diferentes valências assistenciais: de internamento, apoio intra-hospitalar, consulta externa/ hospital de dia e apoio domiciliário.

As equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) prestam aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias, para a execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.

A EIHSCP está integrada na unidade de cuidados paliativos, quando esta exista na mesma instituição, ou funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento.

As equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos prestam cuidados paliativos especializados a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação;

Asseguram formação, apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às unidades de cuidados de saúde primários; às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais da rede nacional de cuidados continuados e integrados.

12. A ARTICULAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES ESTRUTURAS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL

Até à criação do SNS, em 1979, não era atribuída ao Estado a responsabilidade pelo financiamento dos cuidados de saúde utilizados pela população, com exceção dos funcionários públicos. Mas, logo após o 25 de Abril de 1974, foram lançadas as bases para a criação de um Serviço Nacional de Saúde, de cobertura universal. Desde os anos de 1990, têm sido desenvolvidas várias experiências-piloto no sector hospitalar, com o objetivo de melhorar a organização e maximizar a eficiência na prestação de cuidados no seio do SNS.

Na década de 1980, o SNS era proprietário e prestador quase exclusivo dos cuidados hospitalares. No entanto, já nessa altura, o mesmo não se verificou para os cuidados em ambulatório, assegurados em larga medida através de convenções com entidades privadas. Desde então essas convenções, através das quais prestadores privados asseguram cuidados de saúde em nome do SNS, têm vindo a ter um peso muito significativo no sistema de saúde português.

Dada a existência de vários tipos de prestadores, cada um deles com a sua hierarquia e níveis de cuidados específicos, é de extrema importância garantir um reencaminhamento eficaz dos utentes dentro do sistema, de modo a garantir um uso racional e eficiente dos recursos disponíveis.

A integração funcional consiste na coordenação, articulação, comunicação e cooperação efetiva das funções e atividades básicas desenvolvidas nas unidades operacionais do sistema de nacional de saúde através da prestação de cuidados de saúde com valor para o utente.

O envelhecimento da população, a maior complexidade de situações clínicas, o aumento da necessidade (e complexidade) em cuidados de saúde, colocam uma grande pressão nos serviços de saúde que se vêm confrontados com a dificuldade de ampliar a resposta de forma a cobrir todas as necessidades da população.

É por isso necessário encontrar novos modelos organizacionais que se consigam adaptar a um novo paradigma de prestação de cuidados onde impera a cronicidade. As respostas têm de ter um reforço da componente multidisciplinar, olhando para o utente como um todo.

A integração de cuidados permite dar melhor resposta a esta problemática, com equipas multidisciplinares a articularem os diferentes tipos de serviços de forma a proporcionar uma melhor experiência ao utente e melhores resultados em saúde.

Atualmente, temos no posso país em vigor uma reforma estrutural do Serviço Nacional de Saúde português onde ocorreu o alargamento das Unidades Locais de Saúde tornando-se transversais a todo o território nacional.

Os indicadores de desempenho são um dos atores principais deste modelo de acompanhamento e monitorização das ULS.

O financiamento das ULS é "per capita" com pequenos ajustamentos face à estratificação de risco da população abrangida e com a existência de centros de referência.

13. OUTROS PRESTADORES QUE INTERVÊM NO DOMÍNIO DA SAÚDE

O sector privado tem assumido um papel de complementaridade face ao SNS e, além de oferecer serviços no seio do SNS, tem também garantido a prestação de cuidados em áreas não cobertas pelo mesmo. De facto, apesar de não estarem expressas quaisquer exclusões à cobertura do SNS, o que contrariaria o seu princípio de generalidade, elas existem, sendo a mais relevante a medicina dentária, cuja prestação e financiamento são maioritariamente privados.

Muitos dos desafios com que os avanços na saúde se deparam decorrem de restrições financeiras. Assim, para lá do carácter supletivo face ao SNS, o sector privado da saúde em Portugal assume também um papel complementar.

A ligação dos operadores privados com os subsistemas de saúde e com as seguradoras de saúde pode ser vista como uma relação win-win.

Na realidade esta ligação traduz-se em ganhos para as instituições privadas e para os próprios subsistemas e seguradoras.

Como formas possíveis de relacionamento entre o Estado e as instituições privadas previstas na Lei de Bases da Saúde, temos as convenções, a celebração de acordos e a contratação de serviços. Acrescem ainda os SIGIC - programa de combate às listas de espera cirúrgicas (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) e a RNCCI.

A Segurança Social tem também um papel preponderante neste domínio através de programas gerais de promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença, em especial no público idoso, deficiente e toxicodependente e em situações de apoio a maternidade, bem como de programas coordenados de ação social e saúde nas grandes aglomerações urbanas e a prevenção, prestação de cuidados e reabilitação das doenças da área laboral.

As IPSS, com objetivo específico de saúde, intervêm na ação comum a favor da saúde coletiva e dos indivíduos, de acordo com a legislação que lhes é própria e a presente lei. Ficam sujeitas, no que respeita suas atividades de saúde, ao poder orientado e inspeção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, sem prejuízo da independência de gestão estabelecida na constituição e na sua legislação própria.

Os serviços de saúde destas instituições podem ser subsidiados financeiramente e apoiados tecnicamente pelo Estado e autarquias locais. As instituições ou serviços do SNS e da Segurança Social devem cooperar nos programas e ações que envolvam a proteção das populações vulneráveis.

O poder local diz respeito às autarquias. Estas participam na efetivação do direito à saúde, bem como no desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde na sua área de jurisdição e no quadro das atribuições fixadas por lei.

As autarquias participam em especial na definição de políticas e ações de saúde pública, na manutenção da rede de equipamentos de saúde, no funcionamento dos órgãos consultivos e de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde.

Num mundo em constante evolução, também o sector da saúde tem sofrido diversas atualizações e mudanças na forma de relacionamento com o utente.

Assim, surgem novas formas de abordagem aos cuidados de saúde como é o exemplo das linhas de atendimento telefónico, os sites na internet de aconselhamento e apoio e a existência de diferentes grupos e associações de apoio.

14. AMBIENTE E CULTURA ORGANIZACIONAL: NOÇÕES GERAIS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

O conhecimento da cultura organizacional é importante para as relações humanas, pois compartilha valores e influencia os membros das organizações em relação ao modo como se sentem, pensam e agem.

A cultura pode apresentar características diferentes dentro de uma mesma organização e assim, levar ao surgimento de subculturas.

Fazendo uma análise à cultura organizacional em instituições de saúde conclui-se que as subculturas são permeadas pela cultura "geral" da organização, podendo adquirir características diferentes de funcionamento, em relação à autonomia dos funcionários, que normalmente depende do modelo de gestão adotado pelo chefe do grupo humano nas organizações. É importante conhecer-se a cultura organizacional, onde os valores são compartilhados e estes influenciam os membros. Podem variar entre diferentes grupos ou dentro de um grupo considerado homogéneo. Nos tempos atuais, cultura organizacional refere-se à necessidade de compreender as diferenças entre os comportamentos de grupos e nações. Pode ainda ser definida a partir do conjunto de símbolos, ideias e produtos específicos de um grupo. É um fenómeno coletivo e partilhado por pessoas que vivem no mesmo ambiente social. É adquirida, e não herdada.

Pressupõe-se que os elementos da equipa contactem entre si frequentemente e prestem cuidados de saúde integrados: é indispensável que os profissionais de saúde juntem esforços no sentido de realizar um verdadeiro trabalho em equipa.

Os TAS fazem parte de uma equipa e como tal, devem saber executar as suas atividades em interação para que a melhoria da prestação de cuidados seja alcançada.

Uma equipa só está em condições de trabalhar em conjunto, depois de todos os seus membros conhecerem e aceitarem os papéis uns dos outros, ou seja, quem deve fazer o quê para que a equipa atinja os seus objetivos ou metas.

A liderança, e não a chefia, ocupa um papel preponderante quando falamos de trabalho de equipa e ambiente organizacional.

15. HUMANIZAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Humanizar é próprio da natureza humana, bondosa, humanitária, que procura o bem-estar, tanto individual como coletivo, incluindo benevolência, clemência, compaixão, respeitando-se deste modo a pessoa como um fim e não como um meio.

A palavra humanização é enquadrada num contexto em que, além de se valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, são reconhecidos os direitos dos doentes, é respeitada a sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade, não se esquecendo o reconhecimento do profissional que, como ser humano, pressupõe uma relação sujeito-sujeito.

A humanização em saúde é o resultado de atitudes e comportamentos assentes na empatia e no respeito por todos e pela diferença de cada um, bem como da qualidade e segurança dos espaços e dos recursos técnicos e tecnológicos. A humanização em saúde propicia condições pautadas pelo respeito integral pela pessoa doente e pelos seus familiares e acompanhantes, melhorando a sua experiência na interação com os serviços de saúde.

A humanização efetiva incorpora a personalização da comunicação, a empatia e a compaixão face à fragilidade e à condição emocional e psicossocial de um doente, do nascer até ao seu morrer. Respeita a autonomia do doente através da sua participação esclarecida nas decisões de seguimento que lhe digam respeito, com base em informação certa, dada da forma certa, na hora certa e na quantidade certa. Abrange ainda as dimensões do suporte personalizado e do conforto geral, criando espaços e momentos que os doentes sentem que vão ao encontro das suas necessidades particulares. Em todas as circunstâncias, a humanização contempla uma estreita relação com a família.

Quando não se estabelece um verdadeiro encontro entre o cuidador e a pessoa cuidada, as relações no momento assistencial degradam-se, dificulta-se a expressão dos sujeitos, o que é essencial para uma assistência humanizada e personalizada.

Além da assistência técnica, deve ser prestado um serviço diferenciado que considere as particularidades de cada pessoa, o que implica dedicar-lhe tempo, considerar os seus medos e as suas ansiedades, o que também tem por base a empatia - muito importante no processo da humanização.

Tendo como objetivos maiores a promoção da humanização dos cuidados de saúde nos serviços de saúde do SNS e a necessidade de a humanização permear as mudanças operadas na organização e no funcionamento dos serviços de saúde, foi criada, por deliberação da Direção Executiva do SNS, a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS (CNHCS-SNS).

A humanização na prestação de cuidados ocorre em todos os momentos de prestação de cuidados e de contacto com os utentes. Mas não só. Humanizar, significa também um cuidado especial e único com os espaços e ambientes, com as acessibilidades dos utentes às instituições e com a facilidade de contacto com as mesmas, entre diversos outros aspetos.

A missão primordial da CNHCS-SNS consiste na promoção e valorização da humanização nos cuidados de saúde prestados, no relacionamento das instituições de saúde com os seus utentes e profissionais e no relacionamento destes nos níveis interpessoal e interprofissional.

Para cumprir a sua missão, a CNHCS-SNS irá desenvolver a sua ação, elegendo, como pilares essenciais:

- o respeito pela dignidade da pessoa;
- o reconhecimento da individualidade, humanidade e singularidade de cada utente e de cada profissional, com correlativo respeito pela autonomia, intimidade, crenças, valores, sentimentos, estados emocionais e circunstâncias pessoais;
- o reconhecimento da centralidade da pessoa e da pessoa doente em todas as ações do âmbito da saúde;
- a vulnerabilidade da pessoa doente, em termos de equilíbrio emocional e/ou físico;
- a relevância da empatia, escuta ativa e compaixão no relacionamento dos profissionais de saúde com os utentes e entre si;
- a relevância da adequação e das condições dos espaços físicos à tipologia dos cuidados de saúde prestados;
- a relevância da disponibilidade de recursos humanos e materiais em número e qualidade ajustados às necessidades.