




# ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



## CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO DOS UTENTES A CUIDADOS DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL E DE PEDIATRIA

**MARÇO DE 2011**



## Índice

1. Introdução.....	1
2. Acesso a cuidados de saúde primários de pediatria .....	4
3. Acesso a consultas da especialidade de pediatria .....	6
3.1. Caracterização das redes de estabelecimentos que oferecem consultas de pediatria .....	6
3.2. Dimensões espaciais do acesso .....	10
3.2.1. Proximidade às consultas de pediatria.....	10
3.2.2. Capacidade da rede de estabelecimentos de consultas de pediatria .....	12
3.3. Dimensões não espaciais do acesso.....	13
3.3.1. Adequabilidade .....	14
3.3.2. Aceitabilidade .....	18
3.3.3. Esforço financeiro .....	20
3.4. Análise regional.....	22
4. Acesso a urgências de pediatria .....	30
4.1. Redes de estabelecimentos de urgências pediátricas .....	30
4.2. Proximidade às urgências de pediatria .....	32
5. Conclusões.....	35
Anexo I – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde .....	38

## Índice de Abreviaturas

ADSE – Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

CNSCA – Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GMENAC – *Graduate Medical Education National Advisory Committee*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

## 1. Introdução

Conforme disposto no art. 33.º, al. b), do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, um dos objectivos da actividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei. Para esse efeito, incumbe à ERS, nos termos do art. 35.º do mesmo diploma, assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados, bem como zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados.

O direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido em pleno se não se verificarem desigualdades significativas no grau de acesso das populações das diversas regiões do continente. Idealmente, a oferta de cuidados deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acesso uniforme para todas as populações.

A ERS tem vindo a caracterizar as discontinuidades na prestação e escassez de cuidados de saúde, conducentes a desigualdades no acesso, através do desenvolvimento de mapas da oferta de serviços de saúde, para diversos tipos de cuidados prestados, com base nos elementos constantes do registo público de estabelecimentos. Nesses estudos, a partir da comparação do mapa da oferta de serviços de saúde com as características da população de cada região, são realizadas análises do acesso relativo aos serviços e, sempre que se entende necessário, efectuadas recomendações de reorganização do sistema, de forma a reduzir as desigualdades no acesso dos cidadãos.

O presente documento apresenta os resultados do estudo de caracterização do acesso dos utentes a três níveis de cuidados de saúde nas áreas de saúde infantil e juvenil e de pediatria: cuidados de saúde primários de saúde infantil e juvenil, consultas da especialidade de pediatria e urgências pediátricas.

No que se refere aos cuidados de saúde primários de pediatria, efectua-se uma análise do acesso a consultas de saúde infantil e juvenil realizadas nos Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Analisam-se também diferentes dimensões espaciais e não espaciais do acesso às consultas da especialidade de pediatria geral, que constitui o nível mais básico de prestação de cuidados de pediatria e desempenha papel de grande relevo na identificação das necessidades de saúde das crianças, na prescrição de exames e tratamentos e na referenciação a outras

especialidades. Por último, no que concerne às urgências pediátricas, realiza-se uma análise ao nível da componente geográfica do acesso.

O perfil de base do utente típico de consultas de saúde infantil e de consultas e urgências de pediatria é naturalmente definido pela sua idade, podendo-se assim conhecer o universo potencial dos utentes destes serviços. A Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA)<sup>1</sup> estabeleceu como critério a seguir por todos os serviços hospitalares de pediatria prestar atendimento a utentes com idade até aos 18 anos, considerando como criança toda a pessoa com idade entre os 0 e 18 anos, e adolescente toda a pessoa com idade entre 10 e 18 anos.<sup>2</sup> Esta definição de criança acompanha a Convenção sobre os Direitos da Criança<sup>3</sup>, onde se estabelece que *“a criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo”*.

Existem, no entanto, definições alternativas relativamente ao escalão etário sobre o qual a pediatria se deverá debruçar. A *American Academy of Pediatrics*, por exemplo, define como alvo da prática clínica dos médicos pediatras todos os indivíduos dos 0 aos 21 anos, considerando que o período da adolescência estende-se desde os 11 até aos 21 anos.

Outros exemplos de definições de idade pediátrica são aquelas que os hospitais do SNS estabelecem para funcionamento dos seus serviços de pediatria. A título exemplificativo, veja-se:

- O serviço de pediatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, que atende crianças em idade pediátrica, até aos 16 anos;<sup>4</sup>
- O serviço de pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras, que atende crianças até aos 14 anos;<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Comissão criada na dependência directa do Ministério da Saúde, extinta pelo Despacho n.º 21929/2009, de 24 de Setembro, que criou a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente.

<sup>2</sup> Vide “Orientações para uma Carta Hospitalar de Pediatria em Portugal Continental”, CNSCA, 2008.

<sup>3</sup> Convenção adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Vide [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf) (informação acedida a 2 de Março de 2011).

<sup>4</sup> Vide <http://www.hsm.min-saude.pt> (conforme informação acedida a 2 de Março de 2011).

<sup>5</sup> Vide <http://www.chtvedras.pt> (conforme informação acedida a 2 de Março de 2011).

- O serviço de pediatria/neonatologia do Hospital de Braga, que atende crianças e adolescentes até aos 15 anos;<sup>6</sup> e
- O Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia do Centro Hospitalar do Porto, que atende utentes na faixa etária dos 0 aos 18 anos.<sup>7</sup>

Sem prejuízo da heterogeneidade encontrada ao nível das definições de idade pediátrica, neste estudo não se utiliza uma definição em particular, uma vez que tal definição exacta não cabe no âmbito deste relatório. Assim, para efeito de caracterização demográfica ao nível dos escalões etários relevantes, utiliza-se informação sobre o número de habitantes com idades até aos 14 anos, mas apenas devido a restrições de disponibilidade de dados e em função da classificação dos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Seguidamente, no capítulo 2, é abordado o tema do acesso dos utentes às consultas de saúde infantil e juvenil. No capítulo 3, é apresentada a análise do acesso às consultas da especialidade de pediatria. No capítulo 4, apresenta-se a análise do acesso às urgências pediátricas. Por último, no capítulo 5, são apresentadas as conclusões do estudo.

A presente versão do relatório foi remetida para a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, para o Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos e para a Sociedade Portuguesa de Pediatra para que pudessem enviar os comentários que tivessem por convenientes relativamente ao estudo realizado, não se tendo, contudo, recebido quaisquer contributos.

---

<sup>6</sup> Vide <http://www.hsbraga.min-saude.pt> (conforme informação acedida a 2 de Março de 2011).

<sup>7</sup> Vide <http://www.chporto.pt> (conforme informação acedida a 2 de Março de 2011).

## 2. Acesso a cuidados de saúde primários de pediatria

Os cuidados de saúde primários prestados a utentes em idade pediátrica constituem frequentemente o primeiro nível de cuidados de saúde de um indivíduo e exercem um papel fundamental na prevenção de doenças. Tais cuidados envolvem, designadamente, consultas de saúde infantil e juvenil<sup>8</sup> (doravante designadas abreviadamente por consultas de saúde infantil) prestadas pelos médicos de família, consultas de enfermagem de saúde infantil e diversos cuidados de enfermagem (incluindo vacinação e tratamento de feridas).

A diferença entre as consultas de saúde infantil e as consultas da especialidade de pediatria tem por base a formação dos médicos em causa, uma vez que as consultas da especialidade de pediatria são prestadas apenas por médicos especialistas em pediatria, os quais, no âmbito do SNS, estão praticamente restritos aos serviços hospitalares. O acesso dos utentes do SNS a consultas de pediatria em hospitais do SNS não é directo, devendo haver antes uma avaliação da criança pelo médico de família para verificar a necessidade da mesma ser consultada por um especialista (salvaguardadas as urgências, com acesso directo aos serviços hospitalares). Neste contexto, o recurso pelos utentes a cuidados de saúde não urgentes para as crianças no SNS ocorre ao nível das consultas de saúde infantil nos Centros de Saúde, geralmente com médicos não especialistas em pediatria. No caso dos cuidados de natureza urgente, a forma de acesso é via serviços de urgência hospitalar – o que deveria ocorrer apenas, e idealmente, nos casos agudos.

A proporção de consultas privadas de pediatria é de 31,1%<sup>9</sup>, indicando que a maioria das pessoas recorrerá às consultas de saúde infantil nos Centros de Saúde do SNS para acompanhamento da saúde das crianças, desde o período perinatal até ao final da adolescência. Deste modo, verifica-se que, na prática, as consultas de cuidados de saúde primários são a primeira escolha ao nível da saúde infantil, em substituição das consultas da especialidade de pediatria.

O “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, realizado pela ERS em 2008, avaliou o acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários, em que se

---

<sup>8</sup> O documento Recursos e Produção do SNS de 2007 da Direcção-Geral da Saúde (DGS) utiliza o termo “consultas de saúde infantil e juvenil/pediatria” que no entanto não é utilizado no presente estudo para se fazer uma distinção entre as consultas da especialidade médica de pediatria e as consultas realizadas nos Centros de Saúde (que são geralmente realizadas por médicos não especialistas em pediatria).

<sup>9</sup> Dado do 4.º Inquérito Nacional de Saúde, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), em parceria com o INE e a DGS.

incluem as consultas de saúde infantil, tendo-se concluído que a maioria dos utentes estava globalmente satisfeita com o acesso aos Centros de Saúde do SNS. Não se encontraram barreiras significativas ao acesso, mas detectaram-se alguns aspectos menos positivos, tais como, por exemplo, a baixa percentagem de marcação de consultas por telefone, entre outros.

Não obstante o estudo realizado, que pode ser consultado no sítio da ERS na Internet (em [www.ers.pt](http://www.ers.pt)), realizou-se um exercício de avaliação suplementar do acesso às consultas de saúde infantil, que consistiu na avaliação da relação entre a utilização de consultas de saúde infantil (procura realizada) e a procura potencial.

Com base na relação entre o número de consultas de saúde infantil realizadas e a procura potencial, ou seja, o número de residentes com idade pediátrica (população até 14 anos), nos 278 concelhos de Portugal continental,<sup>10</sup> realizou-se uma análise de regressão linear pelo método de mínimos quadrados ordinários (*vide* Quadro 1).

Verificou-se existir uma relação positiva entre as duas variáveis, evidenciando a existência de um ajustamento global entre a utilização e a procura potencial.

Este resultado indica que a distribuição geográfica da utilização adequa-se à distribuição geográfica da procura potencial, o que representa uma relação favorável à satisfação das necessidades dos utentes. No entanto, deve-se considerar este resultado simultaneamente com o facto *supra* salientado de que praticamente não há médicos pediatras nos Centros de Saúde do SNS, o que dificulta o acesso dos utentes do SNS às consultas da especialidade de pediatria.

#### Quadro 1 – Regressão entre consultas de saúde infantil e população até 14 anos

Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
Constante	1064,9520	397,9035	2,6764	0,0079
População até 14 anos	1,8193	0,0967	18,8171	0,0000

$R^2=0,9358$

Verificou-se existir uma relação positiva estatisticamente significativa a um nível de confiança superior a 95% entre as duas variáveis. Também se constatou que cerca de 93% da variação relativa no número de consultas de saúde infantil nos concelhos pode ser explicada pela relação linear com as populações até 14 anos.

<sup>10</sup> Dados do INE referentes a 2008.

### 3. Acesso a consultas da especialidade de pediatria

Neste capítulo é apresentada uma análise do acesso dos utentes a consultas da especialidade de pediatria, ou seja, às consultas que são unicamente prestadas por médicos da especialidade de pediatria. A análise engloba a avaliação do acesso em diferentes dimensões e abrange os estabelecimentos públicos e não públicos.

Adopta-se a mesma metodologia de análise utilizada no “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, segundo a qual as barreiras ao acesso podem ser agrupadas em cinco dimensões, designadamente proximidade, capacidade, aceitabilidade, adequabilidade e esforço financeiro.<sup>11</sup>

Neste estudo, a análise das dimensões espaciais – proximidade e capacidade – inclui todos os pontos de oferta existentes a que os utentes poderão potencialmente recorrer, quer se tratem de estabelecimentos públicos ou não públicos. Por outro lado, a avaliação das dimensões não espaciais – esforço financeiro, adequabilidade e aceitabilidade – foi realizada unicamente com base em estabelecimentos não públicos, uma vez que estes são os únicos estabelecimentos que oferecem consultas de pediatria em que o acesso dos utentes é realizado directamente, sem necessidade de referenciação. Acresce que os utentes se deparam com a cobrança de preços das consultas apenas nos estabelecimentos não públicos, uma vez que nos hospitais do SNS os únicos pagamentos exigidos correspondem às taxas moderadoras, das quais estão isentas as crianças até 12 anos (conforme al. b) do n.º 1 do art. 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto) – e que, como se argumentou anteriormente, no “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, não serão uma barreira relevante ao acesso.<sup>12</sup>

#### 3.1. Caracterização das redes de estabelecimentos que oferecem consultas de pediatria

É usual definir-se uma matriz constituída por agregados regionais em análises do acesso dos utentes a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. A matriz

<sup>11</sup> Vide Anexo I do “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”.

<sup>12</sup> A ERS abordou detalhadamente o tema das taxas moderadoras no SNS num estudo intitulado “Pagamentos pelos Utentes do SNS: Taxas Moderadoras e Comparticipações Adicionais”.

regional criada pela ERS com base em áreas de abrangência que podem ser consideradas típicas na prestação de cuidados de saúde reflectem tempos de viagem dos utentes até aos estabelecimentos considerados apropriados para a maior parte dos cuidados de saúde, nomeadamente um tempo máximo de viagem de cerca de 30 minutos em automóvel, o que está em consonância com a recomendação do GMENAC (*Graduate Medical Education National Advisory Committee*)<sup>13</sup>, de que 95% da população deveria ter um tempo máximo de viagem de 30 minutos para cuidados pediátricos.<sup>14</sup>

A criação desta matriz regional, constituída por 37 áreas denominadas de Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS), já utilizadas e explicadas em detalhe em estudos anteriores da ERS (publicados no sítio da ERS na Internet, [www.ers.pt](http://www.ers.pt)), teve em consideração não apenas os tempos de viagem dos utentes, mas também outros critérios relacionados com as divisões administrativas de Portugal continental, as acessibilidades rodoviárias, a distribuição da população e pólos urbanos de atracção (*vide* Anexo I).

Tendo em conta os elementos constantes do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER), constatou-se que eram 825 os estabelecimentos não públicos que indicavam a prestação de consultas de pediatria,<sup>15</sup> distribuídos por 34 das 37 RRAS, e 64 estabelecimentos públicos distribuídos por 26 das 37 RRAS, conforme se verifica na Tabela 1.

---

<sup>13</sup> O GMENAC foi um comité de especialistas criado em 1976 pelo antigo departamento de bem-estar e educação em saúde norte-americano (*U.S. Department of Health Education and Welfare*, actual *U.S. Department of Health & Human Services*) e produziu relatórios de estudos na área da Saúde até ao início dos anos 80.

<sup>14</sup> Veja-se, por exemplo, Mayer, M. L. 2006. Are We There Yet? Distance to Care and Relative Supply Among Pediatric Medical Subspecialities. *Pediatrics*. 118 (6): 2313-2321.

<sup>15</sup> Note-se que são 94% de estabelecimentos privados com fins lucrativos e 6% de estabelecimentos detidos por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (dados de 2009).

**Tabela 1 – Estabelecimentos públicos e não públicos de consultas de pediatria**

RRAS	Estabelecimentos públicos	%	Estabelecimentos não públicos	%	Total	%
Aveiro	3	5%	29	4%	32	4%
Beja	2	3%	3	0%	5	1%
Braga	2	3%	18	2%	20	2%
Bragança	1	2%	2	0%	3	0%
Caldas da Rainha	1	2%	31	4%	32	4%
Castelo Branco	1	2%	2	0%	3	0%
Chaves	1	2%	1	0%	2	0%
Coimbra	3	5%	25	3%	28	3%
Coruche	0	0%	4	0%	4	0%
Covilhã	1	2%	4	0%	5	1%
Elvas	0	0%	4	0%	4	0%
Entroncamento	3	5%	16	2%	19	2%
Évora	1	2%	7	1%	8	1%
Faro	4	6%	21	3%	25	3%
Felgueiras	0	0%	27	3%	27	3%
Guarda	0	0%	4	0%	4	0%
Guimarães	3	5%	30	4%	33	4%
Leiria	2	3%	15	2%	17	2%
Lisboa	6	9%	211	26%	217	24%
Lousã	0	0%	2	0%	2	0%
Mirandela	1	2%	3	0%	4	0%
Montemor-o-Novo	0	0%	2	0%	2	0%
Moura	0	0%	2	0%	2	0%
Odemira	0	0%	2	0%	2	0%
Ponte de Sor	0	0%	0	0%	0	0%
Portalegre	1	2%	3	0%	4	0%
Portimão	2	3%	16	2%	18	2%
Porto	3	5%	177	21%	180	20%
Santarém	1	2%	18	2%	19	2%
São João da Madeira	2	3%	25	3%	27	3%
Seia	0	0%	0	0%	0	0%
Sertã	0	0%	0	0%	0	0%
Setúbal	15	23%	69	8%	84	9%
Sines	1	2%	4	0%	5	1%
Viana do Castelo	1	2%	19	2%	20	2%
Vila Real	2	3%	6	1%	8	1%
Viseu	1	2%	23	3%	24	3%
Total	64	100%	825	100%	889	100%

Destaca-se a ausência de estabelecimentos em três RRAS: Seia, Sertã e Ponte de Sor. Nestas RRAS, existe, portanto, apenas a opção de acesso a um primeiro nível de consultas para crianças e jovens, nomeadamente as consultas de cuidados de saúde primários que atendem às necessidades mais básicas das populações e que, na prática, substituem muitas vezes o acompanhamento médico pediátrico das crianças e jovens.<sup>16</sup>

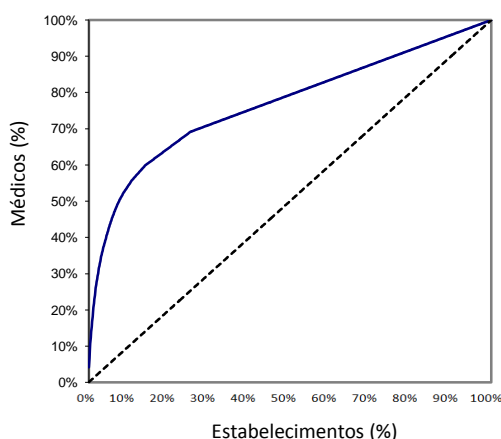
Dividindo o número total de empregos de médicos (2.152) pelo número de estabelecimentos, constata-se que, em média, cada estabelecimento que oferece consultas de pediatria em Portugal continental emprega 2,42 médicos, enquanto a

<sup>16</sup> Destaca-se, ainda, o número relativamente elevado de estabelecimentos públicos na RRAS de Setúbal, onde se localizam 13 Centros de Saúde com consultas da especialidade de pediatria, segundo os dados recolhidos.

mediana é de 1 médico.<sup>17</sup> Desagregando esta estatística pela natureza dos estabelecimentos, constata-se que cada estabelecimento público tem em média 14,73 postos de trabalho de médicos, e a mediana dos números de empregos de médicos dos estabelecimentos é de 10, enquanto os estabelecimentos não públicos têm em média 1,47 médicos, sendo a mediana de 1.

Pode-se verificar visualmente a heterogeneidade nas distribuições de postos de trabalho de médicos pelos estabelecimentos públicos e não públicos de pediatria por meio da Figura 1, que representa graficamente a distribuição relativa do número de empregos de médicos no conjunto de estabelecimentos (linha azul).<sup>18</sup>

**Figura 1 – Distribuição de empregos de médicos pelos estabelecimentos não públicos de pediatria**



Os estabelecimentos mais pequenos, totalizando 10% de todos os estabelecimentos, concentram apenas 4% do número total de postos de trabalho de médicos, enquanto os 10% estabelecimentos de maior dimensão concentram 55% dos empregos médicos (com uma média aproximada de 5 postos de trabalho por estabelecimento).

<sup>17</sup> Quando a distribuição da população a analisar é enviesada, o valor médio é afectado pela existência de poucas unidades com muitos profissionais. A mediana, outra medida de tendência central, não tem este inconveniente.

<sup>18</sup> A linha preta tracejada indica o que seria a distribuição mais perfeita dos postos de trabalho pelos estabelecimentos. Neste caso, todos os estabelecimentos teriam um igual número de empregos de médicos.

## 3.2. Dimensões espaciais do acesso

### 3.2.1. Proximidade às consultas de pediatria

A análise da proximidade às consultas de pediatria inclui a estimação da população que reside a uma distância suficientemente próxima de pelo menos um ponto da rede de estabelecimentos públicos e não públicos, simulando-se áreas de captação de 30 minutos (tempo de viagem em estrada) em torno dos pontos da rede. A opção pelos 30 minutos justificou-se pela recomendação do GMENAC referida na secção 3.1., acerca do tempo máximo de viagem de 30 minutos para cuidados pediátricos.

De forma a verificar a cobertura populacional dos pontos de oferta de consultas de pediatria em Portugal continental, tendo em conta o tempo máximo de viagem em estrada de 30 minutos, foram calculadas estimativas. Tendo em conta os pontos de oferta públicos de consultas, estimou-se que a cobertura será de pelo menos 80,7% da população com idade até 14 anos (inclusive) de Portugal continental, sendo que a cobertura ascende a pelo menos 94,8% quando também são considerados os estabelecimentos não públicos.<sup>19</sup>

Outro aspecto que se insere em análises de proximidade envolve a avaliação do ajustamento entre os estabelecimentos que oferecem os serviços de saúde, ou seja, as consultas de pediatria, e a procura potencial, que no presente caso se considera como sendo a população até 14 anos de idade.

Neste sentido, agregando os dados disponíveis por RRAS, tanto os dados populacionais<sup>20</sup> como os dados relativos aos estabelecimentos<sup>21</sup>, efectuou-se uma análise de regressão entre o número de estabelecimentos públicos e não públicos e a população até 14 anos.

---

<sup>19</sup> Utilizou-se o *software* MapPoint para o cálculo destas estimativas.

<sup>20</sup> Dados do INE referentes a 2009.

<sup>21</sup> Dados do SRER.

Os resultados indicaram que a relação entre as variáveis é positiva, pelo que há algum grau de ajustamento entre o número de estabelecimentos e a população em idade pediátrica nas RRAS de Portugal continental (*vide* Quadro 2).

A distribuição regional da oferta de consultas de pediatria adequa-se, portanto, à distribuição da procura potencial.

### Quadro 2 – Regressões entre estabelecimentos e população até 14 anos

A análise de regressão efectuada por meio do método de mínimos quadrados (com correcção de heteroscedasticidade) resultou num coeficiente positivo e estatisticamente significativo a um nível de significância superior a 95%, conforme se pode verificar de seguida.

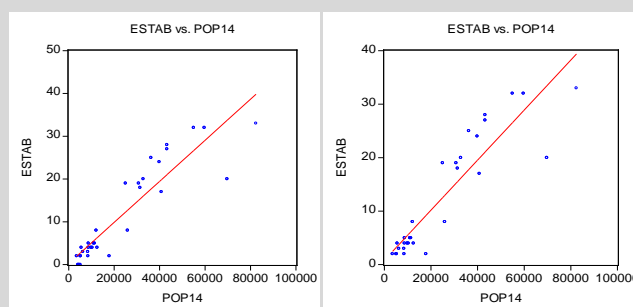
Regressões com constante e sem constante, incluindo os dados nulos:

Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
Constante	0,27414	0,97739	0,28048	0,78100
População até 14 anos	0,00048	0,00006	8,09718	0,00000
R <sup>2</sup> =0,83820				
Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
População até 14 anos	0,00049	0,00004	11,68428	0,00000
R <sup>2</sup> =0,83792				

Regressões com constante e sem constante, excluindo os dados nulos:

Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
Constante	0,81753	1,10039	0,74295	0,46370
População até 14 anos	0,00047	0,00006	7,76510	0,00000
R <sup>2</sup> =0,82395				
Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
População até 14 anos	0,00049	0,00004	11,63390	0,00000
R <sup>2</sup> =0,82162				

Visualização gráfica das relações entre as variáveis, incluindo e excluindo os dados nulos, respectivamente:



Note-se que um passo prévio nesta análise foi a eliminação dos valores extremos (*outliers*), identificados nas RRAS de Porto, Lisboa, Setúbal e Felgueiras.

A identificação de valores extremos é realizada neste relatório calculando primeiramente a amplitude interquartílica das séries. Os dados que forem superiores ao valor resultante da soma entre 1,5 vez a amplitude interquartílica e o 75.º percentil são valores extremos. De modo análogo, os dados inferiores ao valor que resulta da diferença entre o 25.º percentil e 1,5 vez a amplitude interquartílica também são considerados valores extremos.

### 3.2.2. Capacidade da rede de estabelecimentos de consultas de pediatria

O acesso dos utentes em termos espaciais não depende apenas da existência de estabelecimentos próximos das populações. É também importante analisar se a capacidade de oferta desses estabelecimentos é suficiente para suprir as necessidades das populações, algo que cabe na análise da dimensão “capacidade”, a que é dedicada esta secção. Esta análise é particularmente importante porque se constatou existirem estabelecimentos com dimensões bastante díspares em termos de recursos humanos, que terão, assim, capacidades de oferta de consultas de pediatria também bastante distintas.

A mera existência de estabelecimentos de pediatria geograficamente próximos das populações não garante que as consultas estejam disponíveis a toda a população, uma vez que o número de estabelecimentos e a sua dimensão podem não ser suficientes para suprir todas as necessidades dos utentes.

Assim, para se medir a capacidade de resposta da rede de estabelecimentos de consultas de pediatria às necessidades dos utentes, realizou-se uma regressão entre o número de postos de trabalhos de médicos dos estabelecimentos e a procura potencial, nomeadamente a população até 14 anos.<sup>22</sup>

Os resultados indicaram que existe uma relação positiva entre as variáveis, isto é, verifica-se um ajustamento entre o número de postos de trabalhos de médicos e a procura potencial (*vide* Quadro 3).

Acrescendo a estes resultados a constatação de que cerca de 95% da população localiza-se a menos de 30 minutos de um estabelecimento com médicos pediatras (*vide* secção 3.2.1.), pode-se concluir que, em termos espaciais, a população até 14 anos não enfrentará barreiras significativas ao acesso às consultas de pediatria.

---

<sup>22</sup> Os dados populacionais são do INE e referem-se a 2009.

### Quadro 3 – Regressões entre postos de trabalho de médicos e população até 14 anos

A análise de regressão efectuada por meio do método de mínimos quadrados resultou num coeficiente positivo e estatisticamente significativo a um nível de significância superior a 95%.

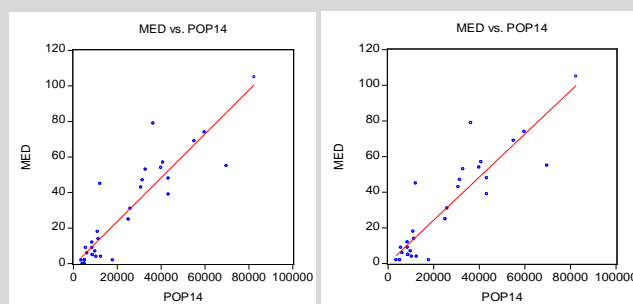
Regressões com constante e sem constante, incluindo os dados nulos:

Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
Constante	-0,91183	3,15904	-0,28864	0,77480
População até 14 anos	0,00123	0,00010	12,22791	0,00000
R <sup>2</sup> =0,82828				
Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
População até 14 anos	0,00121	0,00007	18,40189	0,00000
R <sup>2</sup> =0,82781				

Regressões com constante e sem constante, excluindo os dados nulos:

Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
Constante	0,12524	3,60520	0,03474	0,97250
População até 14 anos	0,00121	0,00011	11,02268	0,00000
R <sup>2</sup> =0,81271				
Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
População até 14 anos	0,00121	0,00007	17,71640	0,00000
R <sup>2</sup> =0,81270				

Visualização gráfica das relações entre as variáveis, incluindo e excluindo os dados nulos, respectivamente:



Foram excluídos os valores extremos (*outliers*), identificados nas RRAS de Porto, Lisboa, Setúbal e Felgueiras.

### 3.3. Dimensões não espaciais do acesso

Para a análise das dimensões não espaciais do acesso realizou-se uma recolha de informações por telefone junto de uma amostra de 84 estabelecimentos não públicos de consultas de pediatria, um número que corresponde a cerca de 8% do universo em análise. Esses estabelecimentos foram seleccionados aleatoriamente em cada uma das 34 RRAS em que há estabelecimentos.

A recolha de informações foi realizada de forma anónima em ligações telefónicas aos estabelecimentos. Concretamente, um técnico contactou os estabelecimentos com o objectivo de marcar uma consulta de pediatria e recolheu informações que se classificaram em cinco temas inseridos nas avaliações das três dimensões não espaciais: sistema de marcação de consulta, tempo de espera da marcação até à consulta, marcação de consultas fora do horário normal de trabalho, acessibilidade para deficientes físicos e esforço financeiro (preço).

### 3.3.1. Adequabilidade

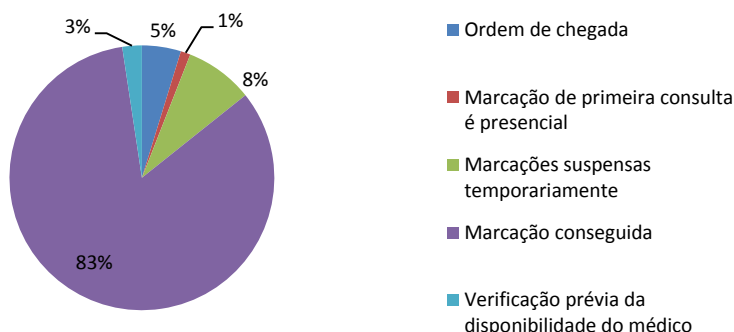
Os temas avaliados inseridos na análise da dimensão da adequabilidade foram: sistema de marcação de consulta, tempo de espera da marcação até à consulta e marcação de consultas fora do horário normal de trabalho.

#### **Sistema de marcação de consulta**

Tendo em conta a recolha de informações realizada junto de 84 estabelecimentos não públicos de consultas de pediatria, considerou-se na análise da marcação de consultas por telefone o número de telefonemas até à marcação<sup>23</sup> e a possibilidade de se marcar consultas por telefone (*vide* Quadro 4, com a descrição das respostas obtidas).

A Figura 2 apresenta sucintamente as diferentes respostas obtidas nos contactos telefónicos relativamente à marcação de consultas.

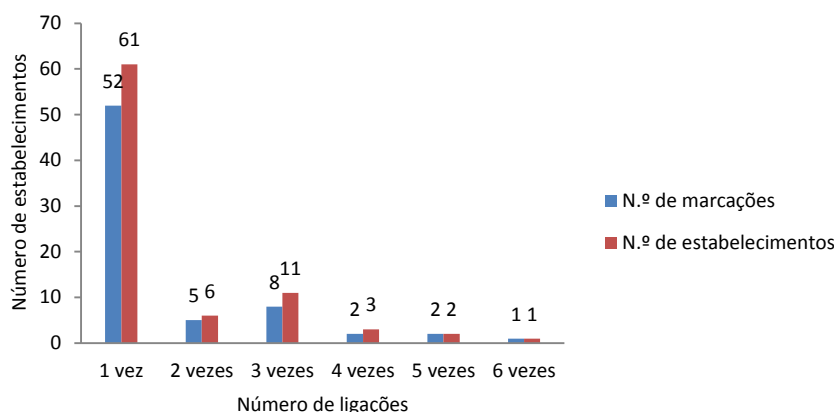
**Figura 2 – Marcação de consultas por telefone**



<sup>23</sup> Note-se que as ligações ocorreram entre 9:00 e 18:00.

A Figura 3 apresenta as respostas relativas ao número de vezes que se ligou para ser atendido, indicando o número de estabelecimentos associado a cada número de ligações (1 a 6, que foi o máximo número de ligações) e também o número de estabelecimentos em que se conseguiu marcar a consulta por telefone.<sup>24</sup>

**Figura 3 – Distribuição dos estabelecimentos por número de ligações e marcações de consultas**



#### **Quadro 4 – Respostas relativas ao sistema de marcação de consulta**

Em 70 dos 84 estabelecimentos não públicos de pediatria, conseguiu-se marcar consultas por telefone, pelo que em 14 estabelecimentos não foi possível marcar consulta – um número equivalente a 17% dos estabelecimentos da amostra.

Em sete dos 14 estabelecimentos em que não se conseguiu marcar consultas, as marcações estavam suspensas, sendo que, globalmente, a informação dada foi de que as marcações iam ser retomadas algumas semanas depois, no mesmo mês ou no mês seguinte. Em quatro estabelecimentos dos 14 que não marcaram consultas, a marcação seria feita presencialmente em qualquer dia que se desejasse ser atendido, respeitando-se a ordem de chegada. Em outros dois estabelecimentos, não marcaram as consultas, porque precisavam de verificar antes a disponibilidade do médico. Por último, a marcação da consulta num estabelecimento só poderia ser presencial (por ser primeira consulta, pelo que a informação dada foi de que a marcação telefónica só seria possível para as consultas seguintes).

A total impossibilidade de se marcar primeiras consultas imediatamente por telefone nos estabelecimentos da amostra é verificada em sete estabelecimentos (8% da amostra), em que o acesso aos utentes é, portanto, dificultado.

Na maioria dos estabelecimentos contactados (73%) as chamadas foram atendidas logo na primeira tentativa, sendo que em 93% dos estabelecimentos o atendimento ocorreu até à terceira tentativa.

Considerando apenas os casos em que se conseguiu marcar consulta, constata-se que em 74% dos estabelecimentos que marcavam consultas o atendimento ocorreu logo na primeira ligação. Por outro lado, em 26% dos estabelecimentos o atendimento só foi possível após duas ou mais ligações, indicando a existência de um problema no sistema de marcação de consultas representativo de uma barreira ao acesso dos utentes.

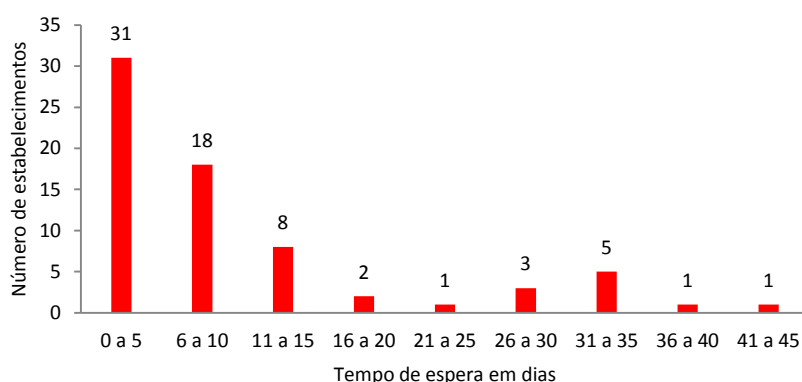
<sup>24</sup> Note-se que, no caso de mais de uma tentativa de ligação, as ligações seguintes foram efectuadas após um período de tempo considerável, tendo-se evitado a insistência num período de tempo em que o estabelecimento estivesse incomunicável por razões diversas (encerramento, problema técnico no telefone, etc.).

### **Tempo de espera da marcação até à consulta**

Os dados analisados relativos ao tempo de espera desde a marcação da consulta nos estabelecimentos não públicos de pediatria até à consulta foram os dados obtidos referentes aos casos em que se pôde marcar a consulta por telefone, calculando-se o tempo corrido em dias desde o momento da ligação telefónica até ao dia da marcação da consulta (*vide* Quadro 5, com a descrição das respostas obtidas).

A distribuição das respostas obtidas relativamente aos dias de espera até à consulta pode ser vista na Figura 4.

**Figura 4 – Tempos de espera nos estabelecimentos não públicos de pediatria**



#### **Quadro 5 – Respostas relativas ao tempo de espera da marcação até à consulta**

Uma vez que se conseguiu marcar as consultas em 70 dos 84 estabelecimentos não públicos de pediatria, apenas tais dados foram considerados. Tendo em conta tal amostra e a distribuição dos estabelecimentos pelos tempos de espera, um utente precisará de esperar em média 10 dias seguidos desde a marcação até à consulta.

Um grande número de estabelecimentos da amostra marcou consulta num prazo de até duas semanas (79%), no entanto, os períodos de espera foram em alguns casos (10% dos estabelecimentos) superiores a um mês e o prazo de espera máximo registado foi de 43 dias.

A título de comparação entre os tempos de espera das consultas disponíveis no sector público e os tempos de espera das consultas no sector não público, note-se que os resultados do inquérito realizado para “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” indicaram que 11% dos utentes esperou mais de um mês pelo dia da consulta – um resultado similar ao encontrado no presente estudo, em que em 10% da amostra de estabelecimentos privados a marcação da consulta ultrapassou um mês. Portanto, verifica-se, com base nas amostras em causa e nos resultados obtidos, que as proporções dos casos com tempos de espera dilatados (que ultrapassam um

mês) são globalmente semelhantes para consultas de cuidados de saúde primários nos Centros de Saúde e consultas de pediatria em estabelecimentos não públicos. A natureza dos estabelecimentos aparentemente não condiciona as barreiras ao acesso provenientes de tempos de espera elevados da marcação até à consulta.

Importa ressaltar, no entanto, o que já se referiu *supra*, nomeadamente que, em geral, não se tem acesso a consultas da especialidade de pediatria nos Centros de Saúde, sendo igualmente certo que, depois de uma consulta no Centro de Saúde, não está garantida a referenciação a uma primeira consulta de pediatria num hospital do SNS, pelo que, no caso de haver referenciação, o tempo de espera total até à consulta de pediatria pode dilatar-se.

### ***Marcação de consultas fora do horário normal de trabalho***

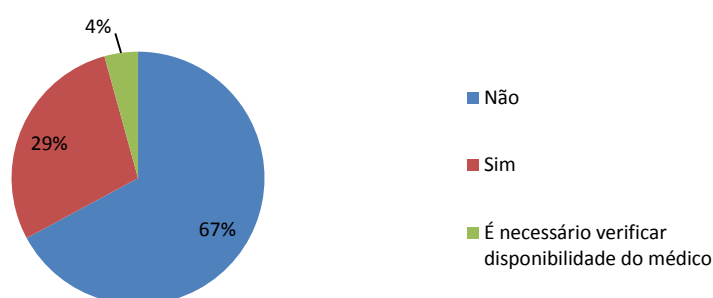
Os horários de funcionamento são um dos aspectos considerados para a análise do acesso na sua dimensão da adequabilidade. Neste sentido, procurou-se avaliar o horário de funcionamento dos estabelecimentos não públicos de consultas de pediatria através das ligações telefónicas efectuadas aos prestadores da amostra de 84 estabelecimentos. Concretamente, verificou-se a possibilidade de se marcar consultas fora de um horário de trabalho considerado como sendo normal (aqui definido como sendo de 9:00 às 18:30, com almoço entre 12:30 e 14:00). Ainda que os utentes possam eventualmente considerar a marcação de consultas dentro do horário normal de trabalho como sendo preferível, o facto de se poder marcar fora do horário normal de trabalho, como, por exemplo, na hora de almoço, no final da tarde ou à noite, constitui um factor positivo relativamente ao acesso dos utentes às consultas não públicas de pediatria. Isto porque, para muitos utentes, a inexistência de horários compatíveis com o seu horário de trabalho revelar-se-á como uma barreira importante no acesso aos cuidados de saúde (pois globalmente são os pais que levam os seus filhos às consultas de pediatria e a maioria dos pais terá restrições de horário em função das suas ocupações profissionais).

O processo de averiguação da possibilidade de marcação de consultas fora do horário normal de trabalho ocorreu da seguinte forma: primeiro foi avaliada a marcação da consulta de acordo com a disponibilidade de vagas informada pelo interlocutor. De seguida, verificou-se se o horário disponível encaixava-se dentro do período laboral que se considerou como sendo normal. No caso do horário proposto ser extra-laboral, considerou-se prontamente que havia marcação fora do horário normal de trabalho. No caso de a marcação ser durante o horário normal de trabalho, questionou-se se

havia possibilidade de se marcar a consulta, por exemplo, na hora do almoço ou depois do horário de trabalho (notando-se que o horário alternativo podia ser no mesmo dia ou não). A resposta a esta questão determinou, nestes casos, se havia possibilidade de marcação fora do horário normal de trabalho (*vide* Quadro 6).

A distribuição dos estabelecimentos por possibilidade de marcação de consultas fora do horário normal de trabalho é ilustrada na Figura 5.

**Figura 5 – Distribuição dos estabelecimentos por possibilidade de marcação de consultas fora do horário normal de trabalho**



**Quadro 6 – Respostas relativas à marcação de consultas fora do horário normal de trabalho**

Em 29% dos estabelecimentos em que se podia marcar consultas por telefone foi possível marcar consultas fora do horário que se considerou como sendo normal. Por outro lado, em 67% dos estabelecimentos não foi possível marcar consultas fora do horário normal de trabalho, e em três estabelecimentos era necessário verificar a disponibilidade do médico, pelo que não se conseguiu marcar directamente uma consulta em horário mais acessível. Verificou-se, assim, que a grande maioria dos estabelecimentos da amostra não é flexível nos horários das marcações, impedindo um acesso mais facilitado dos utentes às consultas.

### 3.3.2. Aceitabilidade

A aceitabilidade, como referido *supra*, corresponde à relação entre a prestação de serviços de saúde e as reais necessidades e expectativas dos utentes. Concretamente, esta dimensão reflecte principalmente a interacção entre as atitudes e preferências dos utentes e dos prestadores acerca do que constituem práticas aceitáveis pessoais (dos profissionais de saúde e administrativos) e de prestação.

Incluem-se aqui factores tão diversos como, por exemplo, aparência, sexo, idade, etnia, língua, cultura e religião, tanto dos profissionais como dos utentes – todas as

barreiras de acesso relativas a estes factores inserem-se na dimensão da aceitabilidade.

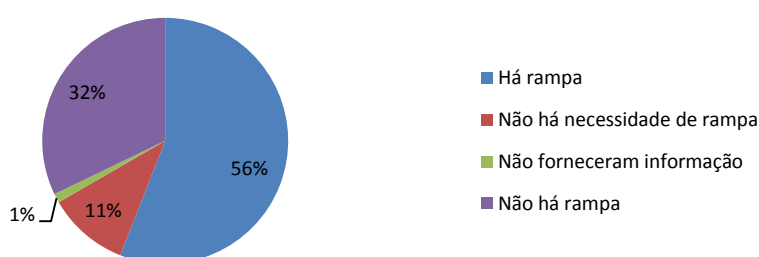
A dimensão da aceitabilidade foi avaliada neste estudo pela inclusão, na comunicação telefónica do utente anónimo com os interlocutores, da informação de que o utente seria utilizador de cadeira de rodas. Questionou-se, designadamente, se as instalações tinham rampa de acesso para deficientes físicos em cadeira de rodas.

### ***Acessibilidade para deficientes físicos***

O objectivo da questão relativa ao problema físico do utente foi verificar se o acesso do utente ao estabelecimento poderia ser dificultado de alguma forma em razão da condição física particular do mesmo (*vide* Quadro 7, com descrição das respostas). Embora estejam previstas excepções, as condições adequadas para a acessibilidade de deficientes físicos aos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde deveriam estar sempre garantidas, em conformidade com a legislação em vigor, tal como o previsto no Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto, que aprovou o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais.

A Figura 6 apresenta os resultados à questão da acessibilidade para cadeira de rodas.

**Figura 6 – Distribuição dos estabelecimentos segundo as respostas relativas à acessibilidade para cadeira de rodas**



#### **Quadro 7 – Respostas relativas à acessibilidade para deficientes físicos**

Em 56% dos estabelecimentos há rampa de acesso para cadeiras de rodas e em 32% não há. Por sua vez, em 11% dos estabelecimentos não haverá necessidade de rampa de acesso, quer seja pela localização do estabelecimento, no rés-do-chão, quer seja pela existência de um acesso facilitado alternativo e a possibilidade de utilização de elevador. Em apenas um estabelecimento não se conseguiu obter informação sobre a existência de rampa de acesso.

Embora a maioria dos estabelecimentos tenham apresentado uma resposta favorável ao acesso de deficientes físicos, verificou-se a existência de barreiras ao acesso em cerca de um terço dos prestadores da amostra.

### 3.3.3. Esforço financeiro

Apresenta-se de seguida a análise da dimensão do esforço financeiro, tendo em conta os resultados da recolha de informações junto dos 84 prestadores da amostra de estabelecimentos não públicos.

O “esforço financeiro” é a dimensão do acesso em que se enquadram todos os aspectos relacionados com a capacidade ou disposição dos utentes para suportar os encargos com a prestação de serviços de saúde. No caso do estudo do acesso aos estabelecimentos do SNS, este tema pode ser considerado como pouco relevante, uma vez que o recurso aos serviços prestados no sector público obriga apenas ao pagamento de taxas moderadoras de valor reduzido, e das quais uma parte significativa dos utentes ainda beneficia de isenção. Ressalte-se que as crianças até aos 12 anos, inclusive, são isentas do pagamento das taxas moderadoras (conforme al. b) do n.º 1 do art. 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto).

Já no caso das consultas de pediatria prestadas em estabelecimentos não públicos, os aspectos de ordem financeira colocam-se como um elemento importante em termos do acesso. No âmbito desta dimensão do acesso, os dois principais temas que merecem destaque são o preço dos serviços e a disponibilidade de acordos ou convenções com terceiras entidades financiadoras (subsistemas de saúde e seguradoras que permitem a cobertura de parte dos encargos com os serviços).

Os preços das consultas de pediatria em estabelecimentos não públicos foram analisados a partir da amostra *supra* referida, tendo sido apurados os preços praticados por 82 prestadores.<sup>25</sup>

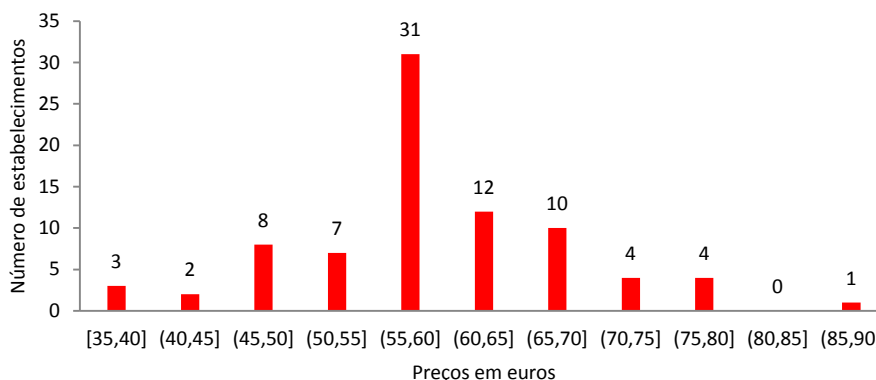
Notaram-se algumas diferenciações em alguns estabelecimentos relativamente aos preços das primeiras consultas e das consultas seguintes, mas 80% dos estabelecimentos da amostra não distinguem o preço da primeira consulta das seguintes.

A Figura 7 apresenta a distribuição dos preços das primeiras consultas pelos estabelecimentos (*vide* Quadro 8, com detalhes das respostas obtidas).

---

<sup>25</sup> Um estabelecimento do Porto e outro de Lisboa não forneceram informações relativas ao preço por telefone.

**Figura 7 – Preços de consultas de pediatria em estabelecimentos não públicos**



#### **Quadro 8 – Respostas relativas ao esforço financeiro**

Os preços concentram-se entre 55,01 € e 60 €, com 38% dos estabelecimentos a cobrarem preços nesta faixa, sendo que a média de todos os preços é de 61,41 €. O preço máximo é de 90 € e o preço mínimo é de 35 €.

No que concerne à questão da cobertura financeira por terceiras entidades financiadoras, note-se que o SNS não tem, em princípio, acordos ou convenções com prestadores de natureza privada para a prestação de consultas de pediatria, pelo que não está garantida aos utentes do SNS qualquer cobertura de encargos resultantes do acesso a esses serviços (nem mesmo pela via de reembolso de despesas), o que não contribui para um acesso mais facilitado dos utentes às consultas de pediatria tendo em conta a dimensão do esforço financeiro.

Por outro lado, sendo a Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE) o mais importante dos diversos subsistemas de saúde existentes em Portugal (segundo dados da própria entidade, em Janeiro de 2011 contavam-se 1.315.484 de beneficiários)<sup>26</sup>, faz-se uma breve análise das coberturas disponíveis aos seus beneficiários.

Do lado da prestação, a cobertura financeira da ADSE tem duas vertentes: uma rede de prestadores convencionados; e um sistema de reembolso parcial das despesas dos seus beneficiários em serviços de saúde (o Regime Livre da ADSE), à luz do qual a rede de prestadores em que se pode beneficiar da cobertura coincide com toda a rede de prestadores não públicos da especialidade.

<sup>26</sup> Ver dados no *website* da ADSE, <http://www.adse.pt>.

Recorrendo a um prestador da rede de entidades convencionadas, um utente beneficiário da ADSE pagará por uma consulta de especialidade 3,99 €, <sup>27</sup> valor que é substancialmente inferior à média de 61,41 € referente às consultas particulares, o que significa que a cobertura proporcionada por este subsistema na vertente de regime convencionado representa uma redução relevante das barreiras de natureza financeira ao acesso aos cuidados de saúde.

Por sua vez, segundo a tabela de comparticipação do Regime Livre da ADSE, a cobertura de encargos com consultas de pediatria ascende, neste regime, a 80% dos valores das consultas, havendo no entanto um limite máximo de cobertura de 20,45 €. <sup>28</sup> Aplicando esta regra aos preços analisados, verifica-se que para os utentes da ADSE, em média, uma consulta de pediatria em prestador não convencionado tem um preço de 40,96 €, o que reduz as barreiras ao acesso deste grupo de utentes às consultas de pediatria. <sup>29</sup>

### 3.4. Análise regional

Nesta secção é apresentada uma análise regional do acesso às consultas de pediatria em estabelecimentos públicos e não públicos tendo em conta as dimensões não espaciais. Os indicadores regionais de adequabilidade e aceitabilidade resultam da atribuição de pontuações com base nos temas analisados no inquérito *supra* apresentado.

#### **Adequabilidade**

Os três temas inseridos na avaliação da adequabilidade – sistema de marcação de consultas, tempo de espera até à consulta e horários alternativos para consultas – obtiveram pontuações calculadas numa escala de 1 a 4, sendo 1 a pontuação mais negativa e 4 a mais positiva, indicativa da melhor avaliação.

---

<sup>27</sup> Segundo a Tabela de Preços e Regras do Regime Convencionado da ADSE em vigor.

<sup>28</sup> A tabela actualmente em vigor foi publicada no Diário da República n.º 103, II Série, de 03/05/2004 (Despacho n.º 8738/2004), estando em vigor desde 1 de Junho de 2004.

<sup>29</sup> Relativamente a outros agentes financiadores com menor expressão (outros subsistemas públicos e privados de saúde e empresas seguradoras), uma avaliação da abrangência da cobertura financeira completa não foi possível devido à ausência de informação fiável relativamente à existência de acordos com prestadores, e relativamente aos utentes beneficiários.

As pontuações regionais relativas aos estabelecimentos não públicos, por tema e RRAS, são apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2 – Pontuações médias regionais de adequabilidade dos estabelecimentos de consultas de pediatria não públicos**

RRAS	Tempo de espera	Sistema de marcação	Horário alternativo	Pontuação média de adequabilidade	Cluster
Chaves	3,09	3,75	4,00	3,67	Alto
Sines	2,26	3,75	4,00	3,50	Alto
São João da Madeira	3,30	3,17	4,00	3,36	Alto
Aveiro	3,48	3,50	2,50	3,30	Alto
Viseu	2,71	3,75	2,50	3,29	Alto
Castelo Branco	4,00	3,75	1,00	3,25	Alto
Odemira	4,00	3,75	1,00	3,25	Alto
Coruche	3,93	3,75	1,00	3,24	Alto
Guarda	3,93	3,75	1,00	3,24	Alto
Braga	2,40	3,75	2,50	3,23	Alto
Portalegre	3,86	3,75	1,00	3,22	Alto
Entroncamento	3,76	3,75	1,00	3,20	Alto
Lisboa	3,28	3,52	2,15	3,20	Alto
Viana do Castelo	2,53	3,63	2,50	3,18	Alto
Faro	3,90	3,63	1,00	3,15	Alto
Montemor-o-Novo	3,51	3,75	1,00	3,15	Alto
Guimarães	3,70	3,67	1,00	3,14	Alto
Covilhã	3,44	3,75	1,00	3,14	Alto
Setúbal	3,58	3,50	1,60	3,14	Alto
Leiria	3,69	3,50	1,00	3,04	Médio
Felgueiras	3,33	3,58	1,00	3,02	Médio
Beja	3,72	3,25	1,00	2,89	Médio
Porto	3,44	3,18	1,27	2,85	Médio
Coimbra	3,27	3,25	1,00	2,80	Médio
Évora	1,56	3,75	1,00	2,76	Médio
Moura	2,12	3,25	1,00	2,57	Baixo
Portimão	3,37	2,75	1,00	2,52	Baixo
Santarém	3,02	2,75	1,00	2,45	Baixo
Caldas da Rainha	3,02	2,58	1,00	2,35	Baixo
Vila Real	1,28	3,00	1,00	2,26	Baixo
Bragança	-	2,25	-	2,25	Baixo
Elvas	-	2,25	-	2,25	Baixo
Lousã	-	2,25	-	2,25	Baixo
Mirandela	-	2,25	-	2,25	Baixo
Ponte de Sor	-	-	-	-	-
Seia	-	-	-	-	-
Sertã	-	-	-	-	-

Na Tabela 2 procede-se também à classificação das diferenças entre RRAS ao nível da pontuação média de adequabilidade, através do agrupamento de regiões em *clusters*.<sup>30</sup> Adoptou-se, portanto, a técnica de *clustering*, que se caracteriza pela maximização do grau de associação entre observações de um mesmo grupo e a

<sup>30</sup> Para efeito do ajustamento das avaliações dos temas tempo de espera até à consulta e número de telefonemas na escala de pontuação de 1 a 4, consideraram-se como referência de pontuação 1 as piores observações que se encontraram em termos individuais (43 dias de espera até à consulta e 6 telefonemas), tendo as melhores pontuações (marcação no mesmo dia e 1 telefonema, respectivamente) correspondido à pontuação 4. Relativamente à avaliação do horário alternativo para consultas, fez-se um ajustamento das percentagens de respostas positivas à escala de 1 a 4.



## Aceitabilidade

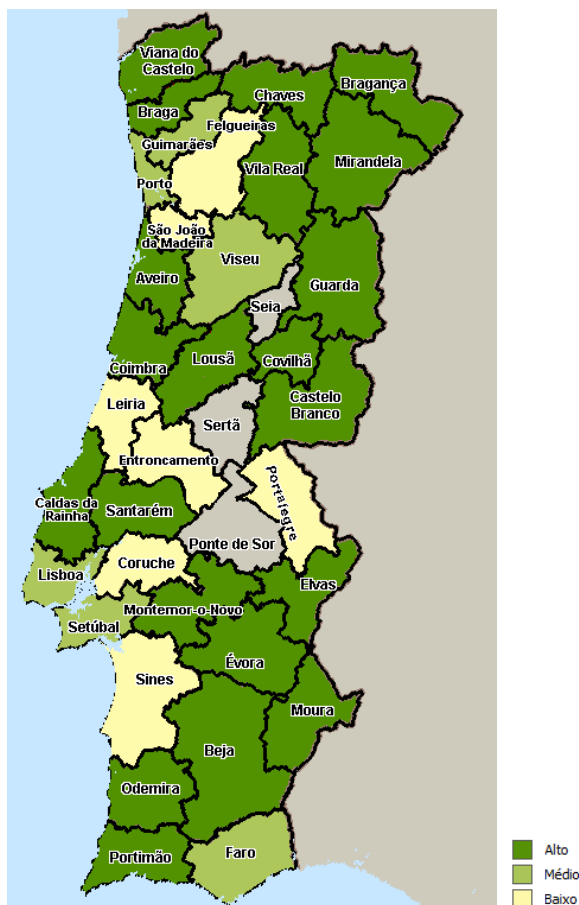
No que se refere à aceitabilidade, conforme referido *supra*, esta foi analisada com base num tema: acessibilidade para deficientes físicos. Apresentam-se as pontuações médias por RRAS na Tabela 3.

**Tabela 3 – Pontuações regionais de aceitabilidade dos estabelecimentos não públicos de consultas de pediatria**

RRAS	Pontuação de aceitabilidade	Cluster
Aveiro	4,00	Alto
Beja	4,00	Alto
Braga	4,00	Alto
Bragança	4,00	Alto
Caldas da Rainha	4,00	Alto
Castelo Branco	4,00	Alto
Chaves	4,00	Alto
Coimbra	4,00	Alto
Covilhã	4,00	Alto
Évora	4,00	Alto
Guarda	4,00	Alto
Lousã	4,00	Alto
Mirandela	4,00	Alto
Montemor-o-Novo	4,00	Alto
Moura	4,00	Alto
Odemira	4,00	Alto
Portimão	4,00	Alto
Santarém	4,00	Alto
Viana do Castelo	4,00	Alto
Vila Real	4,00	Alto
Guimarães	3,00	Médio
Porto	3,00	Médio
Setúbal	3,00	Médio
Lisboa	2,93	Médio
Faro	2,50	Médio
Viseu	2,50	Médio
Coruche	1,00	Baixo
Entroncamento	1,00	Baixo
Felgueiras	1,00	Baixo
Leiria	1,00	Baixo
Portalegre	1,00	Baixo
São João da Madeira	1,00	Baixo
Sines	1,00	Baixo
Ponte de Sor	-	-
Seia	-	-
Sertã	-	-

As classificações em *clusters* da pontuação média da dimensão da aceitabilidade apresentadas na Tabela 3 são ilustradas no mapa da Figura 9.

**Figura 9 – Aceitabilidade dos estabelecimentos de consultas de pediatria não públicos**



Identificam-se no mapa uma distribuição heterogénea das classificações em *clusters*, mas verifica-se que a maior parte das regiões com classificações mais baixas situam-se em regiões centrais de Portugal continental, próximas das RRAS sem estabelecimentos (Seia, Sertã e Ponte de Sor, a cinzento no mapa).

### ***Esforço financeiro***

Também se analisaram as diferenças regionais ao nível da componente financeira do acesso às consultas de pediatria em estabelecimentos não públicos. Essa análise baseou-se, em primeiro lugar, na comparação do preço médio das consultas particulares de pediatria em cada RRAS. Conforme se constata da observação da Tabela 4, os preços médios das primeiras consultas de pediatria oscilam entre os 73 € na RRAS de Portimão, e os 50 € nas RRAS de Sines e Felgueiras (médias simples apresentadas por ordem decrescente).

**Tabela 4 – Preços médios das primeiras consultas**

RRAS	Preço médio da primeira consulta
Felgueiras	50,00 €
Sines	50,00 €
Porto	54,29 €
Chaves	55,00 €
Guimarães	55,00 €
São João da Madeira	55,00 €
Viana do Castelo	57,50 €
Beja	60,00 €
Coruche	60,00 €
Covilhã	60,00 €
Elvas	60,00 €
Guarda	60,00 €
Leiria	60,00 €
Lousã	60,00 €
Mirandela	60,00 €
Montemor-o-Novo	60,00 €
Portalegre	60,00 €
Santarém	60,00 €
Vila Real	60,00 €
Viseu	60,00 €
Setúbal	60,83 €
Aveiro	62,50 €
Braga	62,50 €
Coimbra	62,50 €
Entroncamento	62,50 €
Bragança	65,00 €
Castelo Branco	65,00 €
Évora	65,00 €
Moura	65,00 €
Faro	70,00 €
Odemira	70,00 €
Lisboa	70,77 €
Caldas da Rainha	71,67 €
Portimão	73,00 €

Nota-se que as RRAS com preços médios superiores (Portimão, Caldas da Rainha, Lisboa, Odemira e Faro) concentram-se sobretudo no sul e/ou no litoral do continente. Todavia, poderá ser precipitado afirmar que nessas regiões o esforço financeiro exigido aos utentes para aceder a uma consulta particular de pediatria é superior, uma vez que naturalmente o nível de rendimento médio das populações das diferentes regiões também apresentará heterogeneidade e os estabelecimentos têm áreas de abrangência populacional de dimensões variadas.

Com efeito, se eventualmente se concluísse que a variabilidade inter-regional do preço médio de uma consulta de pediatria, ponderada pela abrangência populacional dos estabelecimentos, acompanha de perto e proporcionalmente a variabilidade inter-regional do poder de compra das populações, então não se poderia concluir pela existência de diferenças relevantes entre regiões ao nível do esforço financeiro enquanto barreira ao acesso a estes cuidados de saúde.

Neste sentido, de forma a verificar a relação entre as variabilidades inter-regionais dos preços e do poder de compra das populações, realizou-se uma análise de regressão, em que se utilizou como variável explicada o preço médio de uma primeira consulta particular de pediatria, e como variável explicativa um indicador da capacidade financeira das populações: o índice *per capita* de poder de compra da RRAS (*vide* quadro 9).

Conforme se conclui, há diferenças relevantes entre regiões ao nível do esforço financeiro enquanto barreira ao acesso às consultas de pediatria.

### Quadro 9 – Regressão entre preço e poder de compra

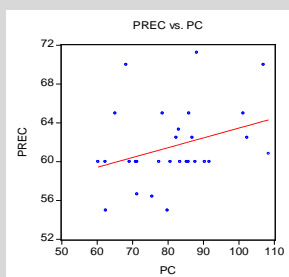
Para o índice *per capita* de poder de compra, utilizou-se o número índice publicado pelo INE, que compara o poder de compra regularmente manifestado nos diferentes concelhos, *per capita*, com o poder de compra médio do país, a que é atribuído o valor 100. Em cada RRAS, o índice resulta da média do índice de poder de compra dos concelhos que constituem essa RRAS, ponderada pela distribuição da população pelos concelhos.

Neste exercício, por sua vez, a média dos preços por RRAS é ponderada pela dimensão dos estabelecimentos, medida pelo número de postos de trabalho de médicos, o qual é representativo da capacidade produtiva dos estabelecimentos e, indirectamente, da sua abrangência populacional. Conferiu-se, assim, um maior peso aos preços mais representativos, isto é, aos preços que serão cobrados a um número relativamente maior de pessoas em cada RRAS.

A análise de regressão realizada considerou inicialmente apenas as 34 RRAS com observações, mas 5 RRAS foram desconsideradas em função da presença de *outliers* (Felgueiras, Lisboa, Porto, Portimão e Sines).

Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
Constante	53,36218	5,74100	9,29493	0,00000
Poder de compra	0,10103	0,07037	1,43560	0,16260

R<sup>2</sup>=0,10502



Os resultados da regressão (com correcção de heteroscedasticidade e autocorrelação dos resíduos) permitem aferir que existe uma associação positiva entre as duas variáveis, no entanto a relação não é estatisticamente significativa a um nível de confiança de 95% (apenas a 80%), pelo que não se pode tirar conclusões sobre uma eventual cobrança de preços mais altos às populações com maior poder de compra.

Apesar do resultado inconclusivo, os encargos para os utentes resultantes do recurso a consultas particulares de pediatria são, do ponto de vista global, uma barreira ao acesso a esses serviços, barreira essa que não se coloca relativamente às consultas obtidas pelos utentes em estabelecimentos do SNS.



## 4. Acesso a urgências de pediatria

O recurso a urgências pediátricas deverá ocorrer apenas e idealmente nos casos agudos. Tendo isto em consideração, o atendimento nas urgências pediátricas caracteriza-se, principalmente, como qualquer atendimento urgente, pela ausência da necessidade de marcação prévia de consulta, pela garantia de atendimento atempado, dadas as necessidades de cuidados de saúde identificadas, e pelo funcionamento contínuo (todos os dias e 24 horas por dia), devendo idealmente haver capacidade suficientemente flexível para fazer face a qualquer volume de procura que se venha a realizar.

Sempre que uma pessoa precisa de recorrer a uma urgência pediátrica, dada a percepção do problema de saúde e a necessidade de atendimento urgente, a principal questão que importará será a distância a percorrer entre a localização da pessoa e a localização do estabelecimento prestador de cuidados de saúde, e o tempo de viagem até à chegada ao estabelecimento. Por esta razão, analisa-se neste capítulo a barreira ao acesso que mais relevará aos utentes quando têm necessidade de recorrer a urgências pediátricas, designadamente a distância à rede, que integra a análise da dimensão proximidade.

### 4.1. Redes de estabelecimentos de urgências pediátricas

Considerou-se como ponto de oferta de serviços de urgência de pediatria os estabelecimentos com pelo menos um médico pediatra em permanência a tempo inteiro, ou seja, durante 24 horas por dia e 7 dias por semana.<sup>33</sup>

Note-se que não é levada em conta nesta delimitação qualquer definição quanto à idade dos utentes, na medida em que, por um lado, se encontram na rede hospitalar pública e não pública portuguesa diversas definições alternativas, e por outro lado, porque essas divergências apenas se põem ao nível do limite superior de idade a considerar como idade pediátrica, sendo por isso certo que mesmo o estabelecimento

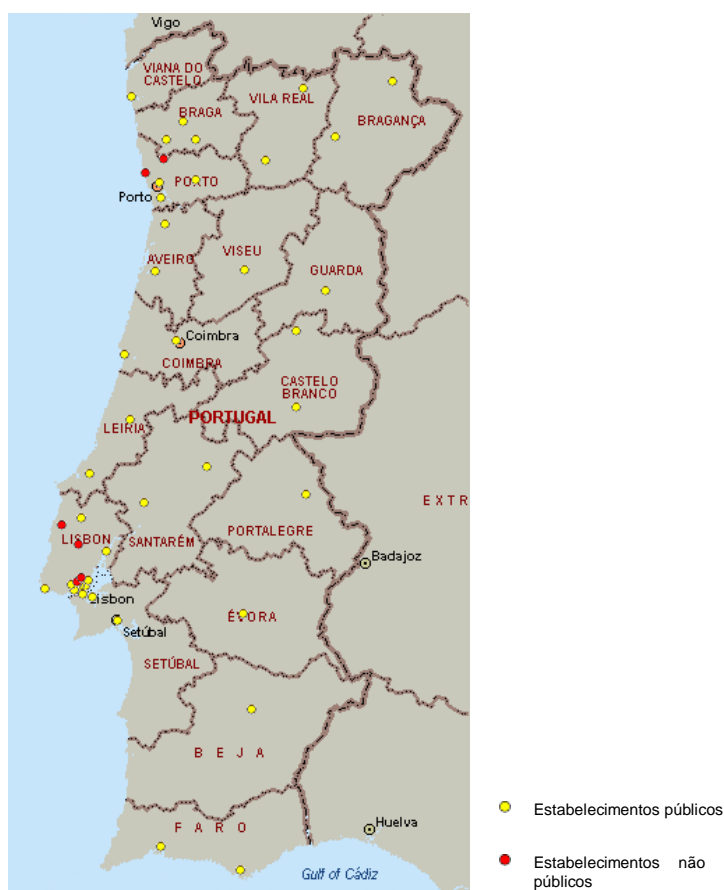
---

<sup>33</sup> A ERS realizou um estudo sobre o conceito de serviço de urgência (“Estudo sobre os Conceitos de ‘Serviço de Urgência’ e ‘Serviço de Atendimento Permanente’ em Estabelecimentos Prestadores de Cuidados de Saúde Não Públicos”), que se encontra disponível em [www.ers.pt](http://www.ers.pt).

que trate, em urgência, crianças com o limite de idade mais restritivo, se deverá sempre considerar como dispondo de urgência pediátrica.

Assim sendo, com base em elementos recolhidos pela ERS em diversas fontes (SRER, fiscalizações e em telefonemas efectuados para os hospitais), conheceu-se a oferta de serviços de urgência de pediatria em Portugal continental, e como ela se distribui pelo território. À data de Novembro de 2009 existiam, então, 49 estabelecimentos com este tipo de serviço, dos quais a grande maioria (43) pertence à rede hospitalar pública do SNS. O mapa da Figura 11 ilustra a distribuição geográfica desses estabelecimentos.

**Figura 11 – Estabelecimentos públicos e não públicos com urgências de pediatria**



## 4.2. Proximidade às urgências de pediatria

Inicia-se a análise da proximidade às urgências pediátricas por meio do cálculo das áreas de alcance de 30 minutos de viagem em estrada relativamente aos pontos de oferta da rede de urgências de pediatria.

Estimou-se que no máximo 13,2% da população alvo dos serviços (ou seja, utentes com idades dos 0 aos 14 anos) residente em Portugal continental estará a mais de 30 minutos de um estabelecimento da rede global de urgências de pediatria, ou de outra forma, que a proximidade a esta rede será de pelo menos 86,8% – sendo que a cobertura unicamente pública será de pelo menos 85,1%.<sup>34</sup> Verificou-se que as regiões do litoral mais urbanizado do país são aquelas em que a percentagem da população abrangida pelas áreas de alcance até 30 minutos é maior, considerando-se serem, por isso, áreas de maior proximidade.

A Tabela 5 apresenta uma classificação em *clusters* do indicador de proximidade, que se considerou como sendo o logaritmo da densidade de estabelecimentos, possibilitando uma análise de *clusters* sem o enviesamento das disparidades entre os dados. Conforme se pode notar, a análise é realizada apenas relativamente às 27 RRAS com urgências de pediatria.

---

<sup>34</sup> Estimativas para transporte em automóvel, sendo certo que as coberturas poderão ser maiores com a consideração de redes viárias mais actualizadas e também poderão variar em função das velocidades escolhidas para os cálculos.

**Tabela 5 – Classificações em *clusters* do indicador de proximidade**

RRAS	Log (densidade de estabelecimentos)	Cluster
Lisboa	1,9	Alto
Porto	1,6	Alto
Guimarães	1,2	Alto
Setúbal	0,7	Médio
Braga	0,5	Médio
Caldas da Rainha	0,3	Médio
Entroncamento	0,3	Médio
São João da Madeira	0,2	Médio
Coimbra	0,0	Médio
Covilhã	-0,3	Médio
Leiria	-0,6	Baixo
Aveiro	-0,6	Baixo
Portimão	-0,8	Baixo
Viana do Castelo	-0,8	Baixo
Chaves	-0,8	Baixo
Santarém	-0,9	Baixo
Portalegre	-0,9	Baixo
Felgueiras	-1,0	Baixo
Faro	-1,0	Baixo
Bragança	-1,0	Baixo
Vila Real	-1,1	Baixo
Évora	-1,1	Baixo
Viseu	-1,2	Baixo
Castelo Branco	-1,3	Baixo
Guarda	-1,4	Baixo
Mirandela	-1,4	Baixo
Beja	-1,7	Baixo
Coruche	-	-
Elvas	-	-
Lousã	-	-
Montemor-o-Novo	-	-
Moura	-	-
Odemira	-	-
Ponte de Sor	-	-
Seia	-	-
Sertã	-	-
Sines	-	-

Os resultados desta análise são ilustrados no mapa da Figura 12.



## 5. Conclusões

No presente estudo analisou-se o acesso dos utentes a cuidados de saúde infantil e juvenil e de pediatria a três níveis, designadamente consultas de saúde infantil e juvenil (ou, simplesmente, “consultas de saúde infantil”), consultas da especialidade de pediatria e urgências de pediatria.

No que concerne às consultas de saúde infantil nos Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, publicado no sítio da ERS na Internet, já tinha avaliado o acesso aos cuidados de saúde primários, em que se incluem as consultas de saúde infantil. Apesar de se terem detectado aspectos menos positivos naquele estudo, tais como a baixa percentagem de marcação de consultas por telefone, não foram encontradas barreiras significativas impeditivas ao acesso.

Por seu turno, a realização de um exercício suplementar para avaliar o acesso às consultas de saúde infantil constatou a existência de um ajustamento entre as consultas realizadas e a procura potencial, verificando-se que efectivamente não haverá barreiras significativas ao acesso dos utentes às consultas de saúde infantil nos Centros de Saúde. A distribuição geográfica da utilização adequa-se à distribuição geográfica da procura potencial, o que representa uma relação favorável à satisfação das necessidades dos utentes.

No que se refere às consultas da especialidade de pediatria, destacou-se primeiramente o facto de que, em geral, o acesso dos utentes do SNS a estas consultas depende de referenciação após consulta de saúde infantil nos Centros de Saúde, o que só ocorre no caso do médico de família entender haver necessidade.

Complementou-se a análise do acesso às consultas de pediatria por meio de classificações regionais do acesso em cinco dimensões: proximidade, capacidade, adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro.

Na avaliação das dimensões espaciais – proximidade e capacidade –, verificou-se que a cobertura dos pontos de oferta públicos e não públicos que oferecem consultas de pediatria será de pelo menos 94,8% da população em idade pediátrica, considerando transporte em automóvel até 30 minutos. Constatou-se também que a distribuição regional da oferta de consultas de pediatria, caracterizada tanto pelo número de estabelecimentos como pelo número de postos de trabalho de médicos, adequa-se à

distribuição da procura potencial. Não se identificaram, portanto, barreiras espaciais ao acesso dos utentes às consultas de pediatria.

Para a análise das dimensões não espaciais – adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro –, realizou-se uma recolha de informações por telefone junto de uma amostra de 84 estabelecimentos não públicos de consultas de pediatria escolhida aleatoriamente.

Na dimensão da adequabilidade, foram avaliados o sistema de marcação de consultas, o tempo de espera da marcação até às consultas e a marcação de consultas em horários alternativos.

Os problemas identificados relativamente ao sistema de marcação de consultas, que se consideraram representativos de barreiras ao acesso dos utentes, foram a percentagem de estabelecimentos em que a marcação de primeiras consultas por telefone não é possível – 8% – e a percentagem de estabelecimentos em que o atendimento das ligações telefónicas efectuadas só foi possível após duas ou mais ligações – 26%.

Relativamente ao tempo de espera da marcação até à consulta, a principal barreira de acesso caracterizou-se pela percentagem de 10% de estabelecimentos em que os períodos de espera foram superiores a um mês.

Verificou-se, ainda, que em 71% dos estabelecimentos não foi possível marcar a consulta directamente em horários alternativos ao horário que se considerou como sendo representativo de um horário normal de trabalho. Tal facto foi identificado como sendo impeditivo a um acesso mais facilitado dos utentes às consultas.

Na dimensão da aceitabilidade, foi avaliada a acessibilidade para deficientes físicos. Constatou-se que em 67% dos estabelecimentos da amostra considerada a acessibilidade será apropriada, sem barreiras ao acesso de deficientes físicos às consultas de pediatria. No entanto, verificou-se a existência de barreiras ao acesso em cerca de um terço dos prestadores da amostra.

Relativamente ao esforço financeiro, foram apresentados os preços das primeiras consultas de pediatria. Verificou-se uma concentração de preços na faixa entre 55 € e 60 €, tendo o preço médio sido de 61,41 €. O preço máximo encontrado foi de 90 € e o mínimo foi de 35 €.

No que concerne à análise regional das dimensões não espaciais do acesso às consultas de pediatria, identificaram-se, para cada dimensão do acesso, três níveis de acesso em diferentes regiões de Portugal continental.

A análise da adequabilidade não permitiu a identificação de um padrão regional de diferenciação do acesso. No entanto, na análise da aceitabilidade pôde-se constatar que a maior parte das regiões com classificações mais baixas situam-se em regiões centrais de Portugal continental, perto das zonas em que não há estabelecimentos disponíveis para as populações ali residentes (regiões de Seia, Sertã e Ponte de Sor).

No que se refere à análise regional do esforço financeiro, não se pôde tirar conclusões sobre uma eventual cobrança de preços mais altos às populações com maior poder de compra, não se tendo identificado uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis preço e poder de compra. Por outro lado, a análise regional permitiu a identificação de barreiras financeiras ao acesso mais pronunciadas nas regiões do sul – Odemira, Portimão e Faro – e do litoral – Lisboa e Caldas da Rainha.

Por último, foi realizada uma análise do acesso às urgências pediátricas, tendo-se examinado especificamente a distância das populações à rede formada pelos estabelecimentos de Portugal continental que têm urgências de pediatria. Constatou-se que pelo menos 86,8% da população até 14 anos tem acesso a uma urgência pediátrica em até 30 minutos de viagem em estrada.

Uma análise regional permitiu identificar, ainda, que a proximidade às urgências pediátricas é maior nas regiões centrais do Entroncamento e da Covilhã, em regiões do litoral – Lisboa, Porto, Setúbal, Caldas da Rainha e Coimbra, e em regiões do norte de Portugal continental – Guimarães, São João da Madeira e Braga.

## Anexo I – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

Os objectivos da regulação independente na saúde incluem, entre outros, promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde, e promover o respeito pela livre concorrência nas actividades sujeitas à sua regulação.

Uma das potenciais causas de desigualdade no acesso a cuidados de saúde reside nas diferenças ao nível da oferta desses cuidados em diferentes regiões do país. A existência de situações de descontinuidade na prestação de cuidados de saúde e escassez de serviços podem ser conducentes a iniquidades significativas no acesso aos cuidados de saúde entre os cidadãos. A promoção da equidade exigirá, por isso, uma prévia avaliação das desigualdades regionais no acesso aos diferentes tipos de cuidados de saúde, o que pressupõe a definição de uma matriz de avaliação regional. No limite, a unidade geográfica de análise deveria ser o utente (ou a família), uma vez que em rigor existirão diferenças na acessibilidade a cuidados de saúde de habitação para habitação. Tal definição de matriz regional exige um grau de continuidade analítica inatingível por diversos motivos, dos quais se realça a impossibilidade de obter e processar informação a essa escala. Por outro lado, é razoável considerar que não existirão diferenças relevantes no acesso entre famílias cujas residências sejam próximas, pelo que será razoável considerar agregados geográficos de matriz menos densa.

Por sua vez, apesar de se apresentar como um factor muitas vezes ignorado pela produção teórica sobre os determinantes da procura nos mercados de cuidados de saúde, a distância ao local de oferta é sobremaneira relevante, em termos de custos para o utente no processo de procura/consumo. As deslocações até aos locais de oferta têm associados custos por duas vias: uma directa, pela despesa suportada com meios de transporte; e uma indirecta, pelo custo de oportunidade do tempo perdido nas deslocações. Este aspecto é importante para a definição de mercado relevante. Tendo por base a desutilidade associada pelos utentes às deslocações para a obtenção de serviços de saúde, intuitivamente percebemos que existirá um limite em termos de distância ao local de oferta a partir do qual um indivíduo deixará de ter incentivos a se deslocar para obter os serviços. A partir desse limite, o inconveniente da deslocação medido em termos de custo, tempo e trabalho gera uma desutilidade que ultrapassa a utilidade atribuída ao serviço a obter. Este limite constitui o alcance

do serviço, e com referência à localização de um prestador, delimita a área dentro da qual se fazem sentir restrições competitivas por parte de outros prestadores.

Dado que os estudos e avaliações na área do acesso e da concorrência exigem a definição de unidades regionais de análise, a ERS entendeu criar uma matriz regional que servirá de referência<sup>35</sup> a esses trabalhos, definindo Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS).

Os estudos e análises empíricas já efectuados pela ERS sobre o alcance de vários tipos de serviços de prestação de cuidados de saúde permitiram concluir que, para a maior parte desses serviços, a área geográfica de alcance dos prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km<sup>2</sup>. Assim, uma definição meramente geométrica das RRAS implicaria a criação de cerca de 44 áreas geográficas relevantes de 2.000 km<sup>2</sup> cada, tendo em conta que a área total de Portugal continental é de 88.967 km<sup>2</sup>.<sup>36</sup>

No entanto, a definição das RRAS não deverá ser geométrica, mas antes deverá tomar em consideração as características sócio-económicas de cada população, bem como as limitações à acessibilidade introduzidas pela rede viária, pela rede hidrográfica, e pela divisão político-administrativa do território. Aliás, é prática comum<sup>37</sup>, sempre que tal não se mostre de todo desadequado, definir unidades geográficas de análise com referência a unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos. Em primeiro lugar, porque estas unidades territoriais são divisões de todos conhecidas e às quais intuitivamente se associam conhecimentos relevantes. Em segundo lugar, porque a informação estatística recolhida se encontra catalogada nestas divisões. Em terceiro lugar, porque nas divisões administrativas se traduzem efectivas áreas relevantes em termos de centros de decisão das políticas regionais. Finalmente, porque as divisões estatísticas assentam nas diferenças do perfil sócio-económico das regiões, relevante do ponto de vista analítico.

A divisão regional de Portugal continental em unidades territoriais utilizadas para fins estatísticos e/ou administrativos assenta em 4.077 freguesias, 278 concelhos, 18

---

<sup>35</sup> De facto, procura-se aqui definir uma matriz de referência aplicável a uma grande parte dos subgrupos do sector da prestação de cuidados de saúde, e um importante ponto de partida para a definição de matrizes alternativas, quando tal for necessário.

<sup>36</sup> Instituto Geográfico Português – Carta Administrativa Oficial de Portugal (versão 5.0 de 2005).

<sup>37</sup> Veja-se, por exemplo, Gaynor, M., Vogt, W. B. 2000. “Antitrust and Competition in Health Care Markets”. In Handbook of Health Economics, ed. A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 1405-1487. Amsterdam, North Holland.

distritos, 28 NUTSIII e 5 NUTSII<sup>38</sup>. A mera análise do número de regiões sugeriria a utilização das NUTSIII como base de partida para a criação das RRAS, mas no caso da prestação de cuidados de saúde essa opção é reforçada por outro tipo de considerações.

Conforme estabelece a Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro), o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – que abrange todas as instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde – é organizado em Administrações Regionais de Saúde (ARS), que têm por missão garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprindo o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção. Por seu turno, o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, estabelece no seu art. 2.º que as cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) exercem as suas atribuições nas áreas correspondentes às NUTSII, e no seu art. 19.º, que neste âmbito são aplicáveis os mapas para o nível II das NUTS previstos no Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto. Assim, a divisão regional da prestação de cuidados de saúde em Portugal tem uma matriz político-administrativa assente nas NUTSII de 1999<sup>39</sup>, o que não poderá ser ignorado na construção da matriz das RRAS.

Todavia, no que concerne à maioria dos cuidados de saúde, as NUTSII correspondem a áreas geográficas demasiado grandes para traduzirem regiões dentro das quais os utentes estão dispostos a deslocar-se para a sua obtenção. As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respectivamente, 21.287, 23.672, 11.736, 27.276 e 4.996 km<sup>2</sup>, enquanto que, como foi dito, a área geográfica de abrangência da maior parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km<sup>2</sup>. Assim, as RRAS deverão coincidir com sub-regiões das NUTSII, o que sugere naturalmente a utilização das NUTSIII como base de referência

---

<sup>38</sup> Estas são as divisões para efeitos estatísticos consideradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nos censos de 2001. As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária (*vide* Regulamento (CEE) N.º 2052/88 do Conselho das Comunidades Europeias, de 24 de Junho de 1988, relativo às missões dos Fundos com finalidade estrutural, à sua eficácia e à coordenação das suas intervenções, entre si, com as intervenções do Banco Europeu de Investimento e com as dos outros instrumentos financeiros existentes). As NUTSII e III são, respectivamente, regiões e sub-regiões estatísticas, construídas com o objectivo agruparem municípios contíguos, com problemas, desafios e perfis socio-económicos semelhantes. As RRAS aqui apresentadas consideraram as NUTS de níveis I, II e III que foram criadas por meio do Decreto-Lei n.º 46/89, de 15 de Fevereiro, com as alterações introduzidas com os Decretos-Lei n.º 163/99, de 13 de Maio, e n.º 317/99, de 11 de Agosto, e a alteração da configuração das NUTS de nível II, introduzida com o Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro.

<sup>39</sup> No remanescente do presente documento, sempre que se mencionarem as NUTS II, deverá considerar-se a versão constante do Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto.

na construção das RRAS. Recorde-se que, por outro lado, das unidades territoriais devidamente estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos, e que estão na base das estatísticas actualmente existentes, aquela que parece mais se aproximar da dimensão resultante do estudo empírico é a das NUTSIII.

A maioria das NUTSIII têm dimensões compatíveis com o alcance dos prestadores de cuidados de saúde (2.000 km<sup>2</sup>). No entanto, algumas NUTSIII, sobretudo do interior, têm uma dimensão demasiado grande para traduzirem uma realidade homogénea em termos de acesso e concorrência na prestação de cuidados de saúde.

Assim, entendemos que as RRAS deverão corresponder às actuais NUTSIII, excepto no caso daquelas (nove) cuja área é superior a 4.000 km<sup>2</sup>, que deverão ser divididas. As 8 NUTSIII com áreas entre os 2.000 km<sup>2</sup> e os 4.000 km<sup>2</sup> foram mantidas intactas, uma vez que da sua divisão não poderiam resultar sequer duas regiões com pelo menos 2.000 km<sup>2</sup>.

A divisão das nove NUTSIII com dimensão superior a 4.000 km<sup>2</sup>, situadas no Algarve, no Alentejo (todas as 4), em Lisboa e Vale do Tejo (Lezíria do Tejo), no Centro (Beira Interior Norte), e no Norte (Alto Trás-os-Montes e Douro), foi realizada por recurso à aplicação sucessiva de vários critérios que consideram a relevância de factores como as divisões administrativas, as acessibilidades rodoviárias, a distribuição da população e a existência de pólos urbanos de atracção (cidades ou vilas).

Em primeiro lugar, dada a importância político-administrativa e estatística das unidades territoriais NUTSII e concelhos, estabeleceu-se como primeiro critério que as RRAS deveriam ser construídas por aglomeração de concelhos, e não deveriam ser incluídos na mesma RRAS concelhos pertencentes a NUTSII distintas. Assim, a definição das RRAS consistiu em cinco exercícios diferentes, um para cada NUTSII.

Em segundo lugar, estabeleceu-se que cada RRAS definida por este processo deveria ter pelo menos 2.000 km<sup>2</sup> e incluir pelo menos um pólo urbano de atracção, definido como uma cidade ou vila com pelo menos 5.000 habitantes, que servisse como centro onde se poderão localizar a maioria dos prestadores de cuidados de saúde da RRAS.

Em cada uma das NUTSII, o primeiro passo consistiu na identificação dos pólos de atracção da região, e a sua ordenação por ordem decrescente do número de habitantes. O segundo passo consistiu na definição da primeira RRAS em torno do

concelho onde se situa o pólo de maior dimensão<sup>40</sup>, através da agregação dos concelhos circundantes, que se situem mais próximos desse do que de qualquer outro pólo. A avaliação da proximidade de cada concelho a um determinado pólo assentou no cálculo da distância média ponderada em estrada entre as juntas de freguesia do concelho em análise e o pólo agregador, sendo o ponderador a população de cada freguesia. Quando, por esse processo, se atinge uma área de pelo menos 2.000 km<sup>2</sup>, passa-se ao segundo pólo, para definir uma nova RRAS<sup>41</sup>. Se este processo for suficiente para atingir uma área de 2000 km<sup>2</sup>, então integra-se na RRAS o pólo mais próximo. Este processo continua pelos outros pólos da região, por ordem decrescente do número de habitantes, até que não seja possível criar uma nova RRAS com pelo menos 2.000 km<sup>2</sup><sup>42</sup>. Nessa fase, todos os concelhos da região que ainda não tenham sido afectados a uma RRAS são agregados à RRAS cujo pólo é mais próximo.

Cada RRAS é identificada pelo nome do pólo de atracção, e no caso de RRAS correspondentes a NUTSIII, adoptamos o nome das cidades/vilas mais relevantes em termos de poder administrativo: as cidades capitais de distrito, nas RRAS em que existem, e as cidades/vilas sedes de concelho, nas demais RRAS, sendo que nas RRAS onde existe mais que uma localidade administrativamente equivalente, a escolha recaiu sobre aquela com população mais numerosa.

A figura A1 apresenta as 37 RRAS resultantes deste exercício, e a tabela A1 indica os concelhos que as compõem. A tabela A2 apresenta algumas estatísticas caracterizadoras das RRAS.

Na região Norte, as NUTSIII de Alto Trás-os-Montes e Douro deram origem a quatro RRAS: Vila Real, Chaves, Bragança e Mirandela, centradas nas cidades com os mesmos nomes<sup>43</sup>. Na região Centro, a única NUTSIII com mais de 4.000 km<sup>2</sup>, a Beira Interior Norte, só tem um potencial pólo de atracção (Guarda) pelo que não é possível

---

<sup>40</sup> Para ilustrar a aplicação da metodologia, utilizaremos a definição das RRAS na NUTSII Alentejo, onde o pólo de maior dimensão é Évora.

<sup>41</sup> Para criar a RRAS de Évora, começamos por agregar ao concelho de Évora, os concelhos de Viana do Alentejo e Portel, que somam uma área de 2.300 km<sup>2</sup>, suficiente para considerar criada esta RRAS.

<sup>42</sup> Na NUTSII Alentejo, os pólos analisados foram, por ordem decrescente da população, Évora, Beja, Portalegre, Elvas (Estremoz) e Sines (Grândola), que serviram de pólos de atracção para as respectivas RRAS (em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Os pólos seguintes, Montemor-o-Novo (Vendas Novas), Ponte de Sôr e Moura (Serpa), permitiram a criação de RRAS (mais uma vez, em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Os pólos de Alcácer do Sal e Reguengos de Monsaraz não agregam concelhos com dimensão suficiente para atingir os 2.000 km<sup>2</sup>. A última RRAS foi criada em torno do pólo de Odemira, uma vez que Aljustrel só agrega o concelho de Castro Verde (perfazendo apenas 1.028 km<sup>2</sup>).

<sup>43</sup> Os pólos de Lamego e Peso da Régua foram agregados à RRAS de Vila Real.

a sua divisão em duas RRAS. Na região do Alentejo foram criadas 9 RRAS, em torno dos pólos de Évora, Beja, Portalegre, Elvas, Sines, Montemor-o-Novo, Ponte de Sôr, Moura e Odemira. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, a NUTS III de Lezíria do Tejo deu origem às RRAS de Santarém e Coruche. Na região do Algarve foram criadas duas RRAS, em torno dos dois pólos com mais habitantes, Faro e Portimão.

**Figura A1 – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)**



**Tabela A1 – RRAS e seus concelhos**

RRAS	Concelho	RRAS	Concelho
Aveiro	Águeda	Chaves	Boticas
	Albergaria-a-Velha		Chaves
	Anadia		Montalegre
	Aveiro		Valpaços
	Estarreja	Coimbra	Cantanhede
	Ílhavo		Coimbra
	Mealhada		Condeixa-a-Nova
	Murtosa		Figueira da Foz
	Oliveira do Bairro		Mira
	Ovar		Montemor-o-Velho
	Sever do Vouga		Penacova
Vagos	Soure		
Beja	Aljustrel	Coruche	Benavente
	Almodôvar		Coruche
	Alvito		Salvaterra de Magos
	Beja	Covilhã	Belmonte
	Castro Verde		Covilhã
	Cuba		Fundão
	Ferreira do Alentejo		Alandroal
Mértola	Elvas	Borba	
Vidigueira		Campo Maior	
Braga		Amares	Elvas
		Barcelos	Estremoz
	Braga	Vila Viçosa	
	Esposende	Entroncamento	Abrantes
	Terras de Bouro		Alcanena
	Vila Verde		Constância
Bragança	Bragança		Entroncamento
	Miranda do Douro		Ferreira do Zêzere
	Vimioso		Ourém
Caldas da Rainha	Vinhais	Évora	Sardoal
	Alcobaça		Tomar
	Alenquer		Torres Novas
	Arruda dos Vinhos		Vila Nova da Barquinha
	Bombarral		Évora
	Cadaval		Portel
	Caldas da Rainha	Redondo	
	Lourinhã	Reguengos de Monsaraz	
	Nazaré	Viana do Alentejo	
	Óbidos	Faro	Alcoutim
	Peniche		Castro Marim
	Sobral de Monte Agraço		Faro
	Torres Vedras		Loulé
Castelo Branco	Castelo Branco		Olhão
	Idanha-a-Nova		São Brás de Alportel
	Penamacor		Tavira
	Vila Velha de Ródão	Vila Real de Santo António	

RRAS	Concelho	RRAS	Concelho
Felgueiras	Amarante	Lousã	Alvaiázere
	Baião		Ansião
	Cabeceiras de Basto		Arganil
	Castelo de Paiva		Castanheira de Pêra
	Celorico de Basto		Figueiró dos Vinhos
	Cinfães		Góis
	Felgueiras		Lousã
	Lousada		Miranda do Corvo
	Marco de Canaveses		Oliveira do Hospital
	Mondim de Basto		Pampilhosa da Serra
	Paços de Ferreira		Pedrógão Grande
	Paredes		Penela
	Penafiel		Tábua
	Resende		Vila Nova de Poiares
Ribeira de Pena	Alfândega da Fé		
Guarda	Almeida	Mirandela	Carraceda de Ansiães
	Celorico da Beira		Freixo de Espada À Cinta
	Figueira de Castelo Rodrigo		Macedo de Cavaleiros
	Guarda		Mirandela
	Manteigas		Mogadouro
	Meda		Torre de Moncorvo
	Pinhel		Vila Flor
	Sabugal		Vila Nova de Foz Côa
Trancoso	Arraiolos		
Guimarães	Fafe	Montemor-o-Novo	Montemor-o-Novo
	Guimarães		Mora
	Póvoa de Lanhoso		Vendas Novas
	Santo Tirso	Moura	Barrancos
	Trofa		Moura
	Vieira do Minho		Mourão
Vila Nova de Famalicão	Serpa		
Leiria	Batalha	Odemira	Odemira
	Leiria		Ourique
	Marinha Grande	Ponte de Sôr	Alter do Chão
	Pombal		Avis
Porto de Mós	Portalegre	Fronteira	
Amadora		Gavião	
Lisboa	Cascais	Ponte de Sôr	
	Lisboa	Sousel	
	Loures	Arronches	
	Mafra	Castelo de Vide	
	Odivelas	Crato	
	Oeiras	Marvão	
	Sintra	Monforte	
Vila Franca de Xira	Nisa		
	Portalegre		

RRAS	Concelho	RRAS	Concelho	
Portimão	Albufeira	Sines	Alcácer do Sal	
	Aljezur		Grândola	
	Lagoa		Santiago do Cacém	
	Lagos		Sines	
	Monchique		Arcos de Valdevez	
	Portimão		Caminha	
	Silves		Melgaço	
	Vila do Bispo		Monção	
Porto	Espinho	Viana do Castelo	Paredes de Coura	
	Gondomar		Ponte da Barca	
	Maia		Ponte de Lima	
	Matosinhos		Valença	
	Porto		Viana do Castelo	
	Póvoa de Varzim		Vila Nova de Cerveira	
	Valongo		Alijó	
	Vila do Conde		Armamar	
Santarém	Vila Nova de Gaia	Vila Real	Lamego	
	Almeirim		Mesão Frio	
	Alpiarça		Moimenta da Beira	
	Azambuja		Murça	
	Cartaxo		Penedono	
	Chamusca		Peso da Régua	
	Golegã		Sabrosa	
	Rio Maior		Santa Marta de Penaguião	
São João da Madeira	Santarém	Viseu	São João da Pesqueira	
	Arouca		Sernancelhe	
	Oliveira de Azeméis		Tabuaço	
	Santa Maria da Feira		Tarouca	
	São João da Madeira		Vila Pouca de Aguiar	
Seia	Vale de Cambra	Viseu	Vila Real	
	Fornos de Algodres		Aguiar da Beira	
	Gouveia		Carregal do Sal	
Sertã	Seia		Castro Daire	
	Mação		Mangualde	
	Oleiros		Mortágua	
	Proença-a-Nova		Nelas	
	Sertã		Oliveira de Frades	
Setúbal	Vila de Rei		Viseu	Penalva do Castelo
	Alcochete			Santa Comba Dão
	Almada			São Pedro do Sul
	Barreiro	Sátão		
	Moita	Tondela		
	Montijo	Vila Nova de Paiva		
	Palmela	Viseu		
	Seixal	Vouzela		
Sesimbra				
Setúbal				

**Tabela A2 – População residente, área e densidade populacional das RRAS**

RRAS	População	Área (Km <sup>2</sup> )	Densidade Populacional
Aveiro	396.704	1.802	220
Beja	89.692	5.647	16
Braga	407.558	1.246	327
Bragança	57.284	2.837	20
Caldas da Rainha	356.296	2.220	160
Castelo Branco	75.282	3.748	20
Chaves	81.321	2.267	36
Coimbra	335.532	2.063	163
Coruche	67.941	1.881	36
Covilhã	92.160	1.375	67
Elvas	68.376	2.275	30
Entroncamento	230.980	2.306	100
Évora	86.675	3.135	28
Faro	229.374	2.794	82
Felgueiras	559.406	2.620	214
Guarda	112.114	4.063	28
Guimarães	521.749	1.221	427
Leiria	263.848	1.744	151
Lisboa	2.012.925	1.376	1.463
Lousã	137.840	2.617	53
Mirandela	95.338	4.159	23
Montemor-o-Novo	43.391	2.583	17
Moura	37.502	2.511	15
Odemira	31.419	2.384	13
Ponte de Sôr	39.298	2.630	15
Portalegre	50.292	2.576	20
Portimão	187.473	2.202	85
Porto	1.276.575	814	1.567
Santarém	179.861	2.394	75
São João da Madeira	285.464	862	331
Seia	48.548	868	56
Sertã	42.125	1.905	22
Setúbal	766.172	1.559	491
Sines	71.524	3.535	20
Viana do Castelo	252.272	2.218	114
Vila Real	200.824	3.016	67
Viseu	291.019	3.489	83

Fonte: INE, áreas medidas em 2005, e estimativas da população para 31 de Dezembro de 2005.



## ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO  
e-mail: [geral@ers.pt](mailto:geral@ers.pt) • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • [www.ers.pt](http://www.ers.pt)