

**ENTIDADE REGULADORA
DA SAÚDE**

**ESTUDO DO ACESSO DOS UTENTES AOS
CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE**

MARÇO DE 2011

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Metodologia de análise e definições conceptuais | 3 |
| 3. O acesso espacial dos utentes aos cuidados continuados de saúde | 6 |
| 3.1. Redes de estabelecimentos e recursos humanos | 6 |
| 3.2. Análise da acessibilidade espacial dos utentes..... | 11 |
| 3.2.1. Proximidade dos utentes aos cuidados continuados integrados de saúde de internamento..... | 11 |
| 3.2.2. Capacidade das redes de estabelecimentos de cuidados continuados integrados de saúde de internamento | 18 |
| 4. Barreiras ao envolvimento das famílias..... | 23 |
| 5. Avaliação qualitativa | 27 |
| 5.1. Gestão de informação..... | 27 |
| 5.2. Instalações e equipamentos | 31 |
| 5.3. Melhoria da qualidade..... | 35 |
| 5.4. Comentários finais | 36 |
| 6. Conclusões | 37 |
| Anexo I – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde..... | 39 |

Índice de Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

CEE – Comunidade Económica Europeia

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

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) consiste em “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, al. a), do mesmo diploma, “assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados”, bem como, conforme o art. 35.º, al. d), “zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados”.

O cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde só será assegurado em pleno se não se verificarem desigualdades significativas no grau de acesso das populações das diversas regiões. Idealmente, a oferta de cuidados de saúde 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 a escassez de oferta de cuidados de saúde, conducentes a desigualdades no acesso, através do desenvolvimento de mapas da oferta para diversos tipos de serviços de saúde prestados. 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, nos casos necessários, efectuadas recomendações de reorganização do sistema, de forma a reduzir as desigualdades no acesso dos cidadãos.

O presente documento apresenta os resultados do estudo do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde, atendendo ao que está previsto no plano de actividades da ERS. O relatório foi elaborado essencialmente com base em informações reunidas até Dezembro de 2010.

No capítulo 2, apresenta-se a metodologia de análise adoptada e definições conceptuais relevantes para o estudo.

O capítulo 3 inicia-se com a caracterização da oferta e a identificação das redes de estabelecimentos e respectivos recursos humanos em Portugal continental. Avalia-se o acesso em diferentes dimensões, realizando uma análise da acessibilidade espacial dos utentes aos estabelecimentos prestadores de cuidados continuados de saúde de internamento.

O capítulo 4 apresenta uma avaliação de barreiras ao envolvimento das famílias nos cuidados continuados de saúde prestados aos utentes.

No capítulo 5, é apresentada uma avaliação do acesso às unidades de internamento prestadoras de cuidados continuados de saúde numa vertente qualitativa.

No capítulo 6, apresenta-se as conclusões do estudo.

2. Metodologia de análise e definições conceptuais

A grande maioria dos utentes que recorre aos cuidados continuados de saúde (cerca de 90% dos utentes¹) utiliza os cuidados continuados de saúde prestados nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Portugal continental (*vide* Quadro 1), pelo que o presente estudo concentra a análise no acesso dos utentes a estas unidades.

Sendo assim, define-se os cuidados continuados de saúde como sendo “*o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social*”, conforme o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que criou a RNCCI.

Quadro 1 – A RNCCI

Em Portugal, foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com a publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, pretendendo-se “*dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados*”.

A RNCCI foi criada com o objectivo de fazer face a uma série de problemas específicos, nomeadamente o progressivo envelhecimento demográfico, o predomínio de doenças crónicas incapacitantes, a escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional e a inexistência de uma política integrada de saúde e de segurança social (*vide* Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados).

O planeamento estratégico da RNCCI está organizado em três fases de desenvolvimento ao longo de 10 anos. A fase 1, entre 2006 e 2008, teve em vista atingir a meta de 30% de cobertura das necessidades existentes. A segunda fase, de 2009 a 2012, tem como objectivo uma percentagem de cobertura de 60%. A terceira fase, de 2013 a 2016, visará atingir a meta de 100% de cobertura.

O conceito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde evidencia-se pelas condições que devem ser satisfeitas e pelas barreiras que devem ser transpostas para os utentes obterem cuidados de saúde. O acesso tem dois componentes: o acesso

¹ Percentagem de utentes assistidos entre Janeiro e Junho de 2009, segundo o Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e das Actividades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no 1.º semestre de 2009.

potencial, que depende da satisfação de condições e da transposição de barreiras, e o acesso realizado, que equivale à efectiva utilização dos cuidados de saúde.²

O acesso realizado é analisado por meio de indicadores de utilização ou de satisfação dos utentes, por ter como foco a utilização dos cuidados de saúde, e o acesso potencial é estudado a partir das características da população e do sistema de saúde, uma vez que considera o provável ingresso dos utentes no sistema de saúde.

A análise do acesso potencial compreende a análise de barreiras ao acesso, ou factores facilitadores, incluindo características espaciais e não espaciais.

Outra definição conceptual refere-se ao acesso equitativo, o qual ocorre quando os serviços de saúde estão distribuídos de acordo com as necessidades das pessoas, isto é, quando há um acesso igual para todas as pessoas que têm necessidades idênticas.

Em condições normais, o acesso aos cuidados continuados de saúde de internamento será equitativo, porque a necessidade constitui um critério para o internamento dos utentes nas unidades da RNCCI. No entanto, verificar-se-á desigualdades no acesso, se barreiras ao acesso dificultarem a utilização dos cuidados continuados de saúde, não permitindo um ajustamento entre as necessidades dos utentes e a oferta de cuidados continuados de saúde, tanto em termos quantitativos como em termos qualitativos.

Com vista a identificar áreas em que o acesso equitativo aos cuidados continuados de saúde possa não estar a ser assegurado, o presente estudo considerou potenciais barreiras ao acesso, dados fornecidos pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), dados demográficos e os resultados de um inquérito enviado às unidades de internamento da RNCCI para a avaliação do acesso numa vertente qualitativa.

Utilizaram-se como unidades geográficas de análise agregados regionais, cuja definição é prática comum em análises de acesso, em que quase sempre são

² Vide Andersen, R. e Newman, J. F. 1973, Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society. 51 (1): 95-124; Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G. Y. e Bell, R. 1983, Exploring Dimensions of Access to Medical Care, Health Services Research. 18 (1): 49-74; e Guagliardo, M. F. 2004, Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges, International Journal of Health Geographics. 3 (3).

aproveitadas unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos.³

Tendo em conta que o padrão comum de tempo de viagem para cuidados de saúde frequentes é de, no máximo, 30 minutos de viagem em estrada⁴, adoptou-se no presente estudo esta referência para a definição das unidades geográficas.

Por sua vez, considerando que esta referência de tempo de viagem é tida em conta em áreas de captação que são consideradas típicas na prestação de cuidados de saúde e que serviram de base para a criação da matriz regional pela ERS, cujas regiões foram designadas por Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)⁵, utilizaram-se as RRAS como unidades geográficas de análise.

³ *Vide* Gaynor, M. e Vogt, W.B. 2000. “Antitrust and Competition in Health Care Markets”. In Handbook of Health Economics, eds. Culyer A. J. e Newhouse J. P. 1405-1487, Amsterdam, North Holland.

⁴ Veja-se, por exemplo, Committee on Pediatric Manpower, 1981, Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee, Pediatrics. 67 (5): 585-596.

⁵ *Vide* Anexo I com a explicação sobre a criação das RRAS e a identificação dos concelhos que integram cada uma destas regiões.

3. O acesso espacial dos utentes aos cuidados continuados de saúde

Este capítulo apresenta a análise do acesso espacial dos utentes aos cuidados continuados de saúde prestados nas unidades de internamento da RNCCI. Consideraram-se para este estudo dados reportados a Fevereiro e a Novembro de 2010 que foram fornecidos pela UMCCI.

3.1. Redes de estabelecimentos e recursos humanos

Com base nas RRAS, apresenta-se de seguida a estrutura da oferta dos estabelecimentos prestadores de cuidados continuados de saúde integrados na RNCCI. O mapa da Figura 1 mostra a distribuição das unidades de internamento prestadoras de cuidados continuados de saúde da RNCCI pelas RRAS, conforme dados da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) de Novembro de 2010.

Figura 1 – Distribuição geográfica das unidades de internamento prestadoras de cuidados continuados em Novembro de 2010⁶



Em Novembro de 2010, a Rede era constituída por 143 prestadores de cuidados de saúde públicos e não públicos e 214 unidades de internamento, verificando-se uma maior concentração de estabelecimentos prestadores de cuidados continuados de saúde e camas disponíveis para internamento nas RRAS localizadas na região Norte de Portugal continental, e também um número mais expressivo de estabelecimentos nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Centro.

⁶ A unidade geográfica usada para a referenciação dos estabelecimentos no mapa foi o concelho, pelo que todas as unidades de internamento pertencentes ao mesmo concelho surgem representadas no mesmo círculo no mapa. Desta forma, a dimensão de cada círculo traduz, em escala contínua, o número de unidades de internamento pertencentes ao concelho em que está centrado o círculo. O círculo que apresenta maior dimensão no mapa corresponde ao concelho de Coimbra, com nove unidades de internamento.

Entre Fevereiro e Novembro de 2010 houve um crescimento expressivo do número de unidades de internamento integradas na RNCCI, de 189 para 214, representando um aumento de 13%, tendo havido também um aumento no número de camas de 15%. As mudanças mais marcantes ocorreram nas RRAS de Chaves, em que não havia unidade de internamento em Fevereiro, e de Castelo Branco, Sertã, Santarém e Sines, que apresentaram crescimentos de unidades de internamento e de camas iguais ou superiores a 100%.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos prestadores e respectivas unidades de internamento e camas pelas RRAS.

Tabela 1 – Distribuição dos prestadores de cuidados de saúde e respectivas unidades de internamento e camas pelas RRAS

| RRAS | N.º de unidades | | | N.º de camas | | |
|------------------------------|-----------------|------------|------------|--------------|-------------|------------|
| | Fev-10 | Nov-10 | Var. (%) | Fev-10 | Nov-10 | Var. (%) |
| Norte | | | | | | |
| Braga | 3 | 4 | 33% | 55 | 92 | 67% |
| Bragança | 2 | 2 | 0% | 41 | 41 | 0% |
| Chaves | 0 | 2 | - | 0 | 32 | - |
| Felgueiras | 10 | 11 | 10% | 173 | 189 | 9% |
| Guimarães | 5 | 9 | 80% | 87 | 157 | 80% |
| Mirandela | 8 | 8 | 0% | 137 | 137 | 0% |
| Porto | 17 | 17 | 0% | 461 | 461 | 0% |
| São João da Madeira | 3 | 3 | 0% | 39 | 39 | 0% |
| Viana do Castelo | 6 | 7 | 17% | 124 | 142 | 15% |
| Vila Real | 10 | 10 | 0% | 187 | 187 | 0% |
| Centro | | | | | | |
| Aveiro | 5 | 7 | 40% | 110 | 165 | 50% |
| Castelo Branco | 1 | 2 | 100% | 18 | 37 | 106% |
| Coimbra | 15 | 16 | 7% | 363 | 393 | 8% |
| Covilhã | 3 | 3 | 0% | 45 | 45 | 0% |
| Guarda | 3 | 3 | 0% | 37 | 37 | 0% |
| Leiria | 4 | 4 | 0% | 82 | 92 | 12% |
| Lousã | 12 | 12 | 0% | 306 | 306 | 0% |
| Seia | 4 | 5 | 25% | 60 | 89 | 48% |
| Sertã | 1 | 3 | 200% | 19 | 90 | 374% |
| Viseu | 11 | 12 | 9% | 181 | 196 | 8% |
| Lisboa e Vale do Tejo | | | | | | |
| Caldas da Rainha | 11 | 11 | 0% | 170 | 187 | 10% |
| Coruche | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| Entroncamento | 5 | 6 | 20% | 95 | 148 | 56% |
| Lisboa | 12 | 13 | 8% | 351 | 365 | 4% |
| Santarém | 1 | 3 | 200% | 15 | 62 | 313% |
| Setúbal | 4 | 5 | 25% | 112 | 122 | 9% |
| Alentejo | | | | | | |
| Beja | 4 | 4 | 0% | 75 | 75 | 0% |
| Elvas | 1 | 1 | 0% | 23 | 23 | 0% |
| Évora | 4 | 4 | 0% | 84 | 84 | 0% |
| Montemor-o-Novo | 3 | 4 | 33% | 41 | 47 | 15% |
| Moura | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| Odemira | 2 | 2 | 0% | 36 | 36 | 0% |
| Ponte de Sor | 2 | 2 | 0% | 49 | 49 | 0% |
| Portalegre | 2 | 2 | 0% | 42 | 42 | 0% |
| Sines | 1 | 3 | 200% | 24 | 64 | 167% |
| Algarve | | | | | | |
| Faro | 6 | 6 | 0% | 149 | 149 | 0% |
| Portimão | 8 | 8 | 0% | 168 | 168 | 0% |
| Total | 189 | 214 | 13% | 3959 | 4548 | 15% |

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos quatro tipos de unidades de internamento da RNCCI por RRAS (Unidade de Convalescença (UC), Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)), com base nos dados de Novembro de 2010.

Tabela 2 – Distribuição dos tipos de unidade de internamento por RRAS

| RRAS | UC | UMDR | ULDM | UCP | Total |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Norte | | | | | |
| Braga | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| Bragança | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Chaves | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Felgueiras | 3 | 5 | 3 | 0 | 11 |
| Guimarães | 3 | 2 | 4 | 0 | 9 |
| Mirandela | 1 | 2 | 4 | 1 | 8 |
| Porto | 3 | 6 | 7 | 1 | 17 |
| São João da Madeira | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| Viana do Castelo | 2 | 2 | 3 | 0 | 7 |
| Vila Real | 2 | 4 | 3 | 1 | 10 |
| Centro | | | | | |
| Aveiro | 2 | 3 | 2 | 0 | 7 |
| Castelo Branco | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Coimbra | 2 | 5 | 8 | 1 | 16 |
| Covilhã | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Guarda | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| Leiria | 0 | 2 | 2 | 0 | 4 |
| Lousã | 0 | 5 | 7 | 0 | 12 |
| Seia | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 |
| Sertã | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| Viseu | 0 | 4 | 7 | 1 | 12 |
| Lisboa e Vale do Tejo | | | | | |
| Caldas da Rainha | 2 | 3 | 5 | 1 | 11 |
| Coruche | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Entroncamento | 1 | 1 | 3 | 1 | 6 |
| Lisboa | 3 | 3 | 4 | 3 | 13 |
| Santarém | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Setúbal | 0 | 2 | 2 | 1 | 5 |
| Alentejo | | | | | |
| Beja | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| Évora | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Évora | 1 | 1 | 2 | 0 | 4 |
| Montemor-o-Novo | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Moura | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Odemira | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Ponte de Sor | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Portalegre | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Sines | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| Algarve | | | | | |
| Faro | 1 | 2 | 3 | 0 | 6 |
| Portimão | 2 | 1 | 4 | 1 | 8 |
| Total | 34 | 69 | 95 | 16 | 214 |

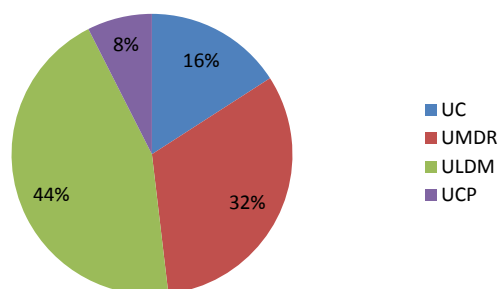
Note-se que o maior crescimento em termos de número de unidades de internamento entre Fevereiro e Novembro de 2010 verificou-se nos cuidados paliativos, tendo o número de unidades aumentado 19%. O menor crescimento foi o dos cuidados de convalescença, tendo o número das respectivas unidades de internamento aumentado 6%.

Outra evolução positiva verificou-se no número de RRAS com os quatro tipos de unidades de internamento, que aumentou de oito para 10, entre Fevereiro e Novembro

de 2010, ao passo que o número de RRAS com apenas um tipo de unidade de internamento diminuiu de oito para quatro.

A Figura 2 ilustra a distribuição de unidades de internamento por tipologia em Portugal continental, tendo em conta os dados de Novembro de 2010.

Figura 2 – Distribuição de unidades de internamento por tipologia



As diferenças entre esta distribuição e a de Fevereiro de 2010 são muito pequenas, destacando-se apenas o aumento da representatividade das unidades de cuidados paliativos, de 7% para 8%, com a redução referente às unidades de convalescença, de 17% para 16%.

Sobre estas diferenças de números de unidades de internamento de ULDM e UCP, note-se que também se exprimem em termos de números de camas. O Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI de 2009 refere que o expressivo crescimento do número de camas de ULDM deriva da necessidade de se ter um maior número de camas nesta tipologia, e devido à menor rotatividade de utentes. Por sua vez, o mesmo relatório afirma que os cuidados paliativos são cuidados transversais a toda a Rede e “podem e devem ser prestados em todas as tipologias”, pelo que o menor número de UCP não necessariamente indicará um menor número de doentes a obterem cuidados paliativos.

De facto, tendo-se enviado um inquérito a todas as unidades de internamento em Dezembro de 2010, verificou-se, com base nas respostas ao inquérito e nos dados obtidos da RNCCI, que cerca de 37% das unidades de internamento de UMDR e

ULDM tinham utentes de cuidados paliativos em número representativo de cerca de 11% do total de utentes internados nessas unidades.⁷

No que se refere aos recursos humanos da área da saúde com vínculo contratual nos estabelecimentos prestadores de cuidados continuados de saúde, os mesmos são compostos principalmente por enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, com uma elevada percentagem de ajudantes, auxiliares e assistentes – em torno de 25% –, em que se incluem os auxiliares de acção médica. No entanto, uma análise completa e mais detalhada relativa aos profissionais de saúde das unidades de internamento da RNCCI ainda não é possível, em função da dificuldade de obtenção de dados fiáveis e completos ao longo do ano de 2010.

3.2. Análise da acessibilidade espacial dos utentes

As dimensões espaciais do acesso são as dimensões da proximidade – a relação entre a localização da oferta e a localização dos utentes – e da capacidade – a relação entre o volume e o tipo dos serviços e recursos existentes e as necessidades dos utentes. Quando consideradas conjuntamente, tais dimensões representam a acessibilidade espacial dos utentes aos cuidados de saúde prestadores nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

3.2.1. Proximidade dos utentes aos cuidados continuados integrados de saúde de internamento

Um indicador da proximidade à rede de unidades de internamento da RNCCI consiste na estimativa da população que reside a uma distância suficientemente próxima de pelo menos um ponto da Rede, calculada a partir da simulação de áreas de captação de 30 minutos (tempo de viagem em estrada) em torno dos pontos da Rede. A opção

⁷ Esta situação não será ideal, considerando que se paga um encargo diário mais alto para internamentos em UCP do que para internamentos em UMDR e ULDM (cfr. Portaria n.º 326/2010, de 16 de Junho) e que os requisitos de condições de instalação estabelecidos na Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio, determinam que os quartos nas unidades de internamento de cuidados paliativos devem ser individuais (no entanto, conforme se verificou no inquérito aplicado aos prestadores em Dezembro de 2010, 63% das unidades de UMDR e ULDM com utentes em cuidados paliativos não internou esses utentes em quartos individuais).

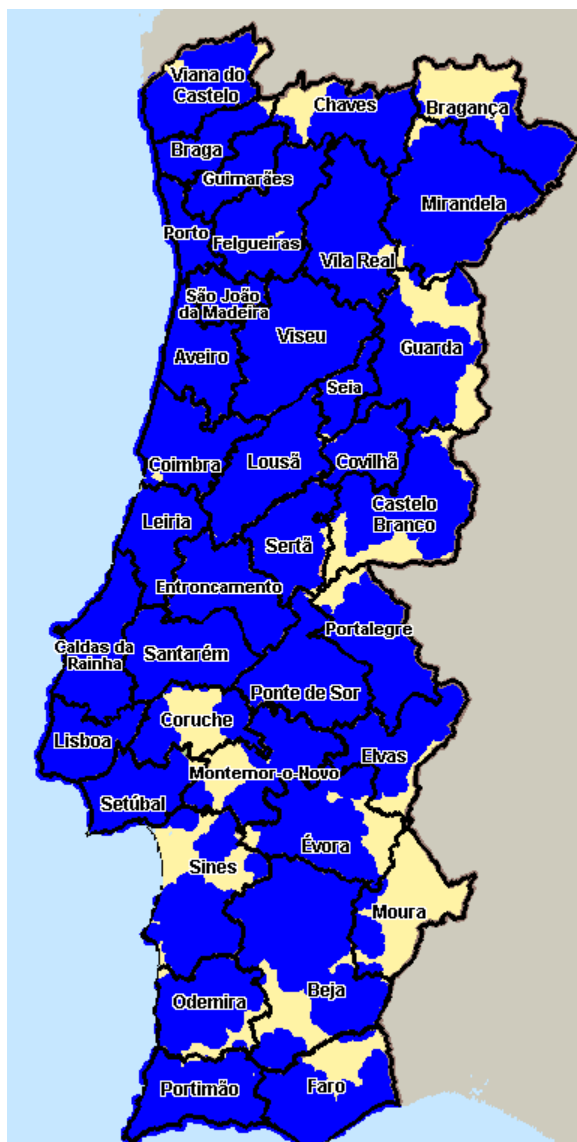
pelos 30 minutos justificou-se pelo facto desta ser uma referência comum em diversos estudos sobre acesso a cuidados de saúde, conforme referido no capítulo 2.

De forma a verificar a cobertura populacional dos pontos de oferta de cuidados continuados de saúde, incluindo todos os quatro tipos de unidades de internamento, tendo em conta o tempo máximo de viagem em estrada de 30 minutos, foram calculadas as coberturas estimadas da população total de Portugal continental e do número de residentes com idade igual ou superior a 65 anos. A escolha desta faixa etária deve-se ao facto de a maioria dos utentes que recorrem aos cuidados continuados de saúde ser constituída por idosos, com idade igual ou superior a 65 anos (cerca de 80%).⁸

A Figura 3 apresenta o mapa de Portugal continental com as áreas de captação em torno dos pontos de oferta de Novembro de 2010.

⁸ Vide Relatórios de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2009 e do 1.º Semestre de 2010.

Figura 3 – Cobertura populacional das unidades de internamento até 30 minutos



Assim, a cobertura populacional estimada, considerando áreas de captação até meia hora de viagem em estrada em torno dos estabelecimentos e os dados de população residente, é de cerca de 96%, sendo que a população mais idosa, com idade igual ou superior a 65 anos, tem associada uma cobertura um pouco inferior, de aproximadamente 94%.⁹

A Tabela 3 apresenta as percentagens de populações cobertas nas RRAS e a cobertura total da população de Portugal continental.

⁹ Os dados populacionais são de população residente, segundo os Censos de 2001 do Instituto Nacional de Estatística (INE). As áreas de captação foram feitas por meio da utilização do *software* MapPoint 2009.

Tabela 3 – Cobertura populacional nas RRAS

| RRAS | Cobertura populacional | |
|------------------------------|------------------------|-----------------|
| | População total | 65 anos ou mais |
| Norte | | |
| Braga | 99% | 98% |
| Bragança | 29% | 38% |
| Chaves | 82% | 78% |
| Felgueiras | 94% | 93% |
| Guimarães | 100% | 100% |
| Mirandela | 87% | 85% |
| Porto | 100% | 100% |
| São João da Madeira | 99% | 99% |
| Viana do Castelo | 88% | 86% |
| Vila Real | 94% | 92% |
| Centro | | |
| Aveiro | 99% | 99% |
| Castelo Branco | 89% | 82% |
| Coimbra | 97% | 97% |
| Covilhã | 100% | 100% |
| Guarda | 70% | 64% |
| Leiria | 97% | 96% |
| Lousã | 99% | 99% |
| Seia | 100% | 100% |
| Sertã | 89% | 87% |
| Viseu | 99% | 99% |
| Lisboa e Vale do Tejo | | |
| Caldas da Rainha | 100% | 100% |
| Coruche | 55% | 48% |
| Entroncamento | 91% | 89% |
| Lisboa | 100% | 100% |
| Santarém | 85% | 85% |
| Setúbal | 100% | 100% |
| Alentejo | | |
| Beja | 83% | 82% |
| Évora | 96% | 96% |
| Montemor-o-Novo | 35% | 39% |
| Moura | 17% | 15% |
| Odemira | 70% | 74% |
| Ponte de Sor | 97% | 97% |
| Portalegre | 97% | 95% |
| Sines | 98% | 98% |
| Algarve | | |
| Faro | 95% | 91% |
| Portimão | 99% | 99% |
| Total | 96% | 94% |

Como se pode notar, tanto na Figura 3 como na Tabela 3, as RRAS em que a cobertura populacional é destacadamente menor são as RRAS de Bragança, Coruche, Montemor-o-Novo e Moura (com coberturas populacionais de idosos de 38%, 48%, 39% e 15%, respectivamente), pelo que será nestas RRAS que o acesso dos utentes aos cuidados continuados será pior em termos de proximidade, pois a maior parte dos utentes ali residentes que precisem de ser internados serão deslocados para unidades de internamento muito distantes das cidades em que residem, longe do enquadramento social e comunitário em que estão habituados a viver.

No entanto, antes de se concluir sobre o acesso na dimensão da proximidade, complementa-se a análise com a apreciação de um indicador adicional que considera as superfícies de cada RRAS e os tipos e números de unidades de internamento em cada uma destas regiões. Para incluir estes aspectos na análise, calcularam-se as densidades das redes de unidades de internamento por RRAS.

A Tabela 4 apresenta os números de unidades de internamento por 1.000 quilómetros quadrados, tendo em conta os dados de Novembro de 2010.

Tabela 4 – N.º de unidades de internamento por 1.000 quilómetros quadrados

| RRAS | UC | UMDR | ULDM | UCP |
|------------------------------|-----|------|------|-----|
| Norte | | | | |
| Braga | 0,8 | 1,6 | 0,8 | 0,0 |
| Bragança | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,0 |
| Chaves | 0,0 | 0,4 | 0,4 | 0,0 |
| Felgueiras | 1,1 | 1,9 | 1,1 | 0,0 |
| Guimarães | 2,4 | 1,6 | 3,2 | 0,0 |
| Mirandela | 0,2 | 0,5 | 1,0 | 0,2 |
| Porto | 3,7 | 7,4 | 8,6 | 1,2 |
| São João da Madeira | 0,0 | 1,2 | 2,3 | 0,0 |
| Viana do Castelo | 0,9 | 0,9 | 1,4 | 0,0 |
| Vila Real | 0,7 | 1,3 | 1,0 | 0,3 |
| Centro | | | | |
| Aveiro | 1,1 | 1,7 | 1,1 | 0,0 |
| Castelo Branco | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 |
| Coimbra | 1,0 | 2,4 | 3,9 | 0,5 |
| Covilhã | 0,0 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Guarda | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,0 |
| Leiria | 0,0 | 1,1 | 1,1 | 0,0 |
| Lousã | 0,0 | 1,9 | 2,7 | 0,0 |
| Seia | 1,2 | 1,2 | 2,3 | 1,2 |
| Sertã | 0,0 | 0,5 | 1,1 | 0,0 |
| Viseu | 0,0 | 1,1 | 2,0 | 0,3 |
| Lisboa e Vale do Tejo | | | | |
| Caldas da Rainha | 0,9 | 1,4 | 2,3 | 0,5 |
| Coruche | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Entroncamento | 0,4 | 0,4 | 1,3 | 0,4 |
| Lisboa | 2,2 | 2,2 | 2,9 | 2,2 |
| Santarém | 0,0 | 0,8 | 0,4 | 0,0 |
| Setúbal | 0,0 | 1,3 | 1,3 | 0,6 |
| Alentejo | | | | |
| Beja | 0,2 | 0,0 | 0,4 | 0,2 |
| Elvas | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 |
| Évora | 0,3 | 0,3 | 0,6 | 0,0 |
| Montemor-o-Novo | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| Moura | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Odemira | 0,0 | 0,4 | 0,4 | 0,0 |
| Ponte de Sor | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,0 |
| Portalegre | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,0 |
| Sines | 0,0 | 0,3 | 0,6 | 0,0 |
| Algarve | | | | |
| Faro | 0,4 | 0,7 | 1,1 | 0,0 |
| Portimão | 0,9 | 0,5 | 1,8 | 0,5 |

A avaliação da proximidade que considera a densidade de unidade de internamentos por RRAS resume-se na Tabela 5, que apresenta as classificações das densidades de

pontos de oferta em três grupos definidos por meio da adopção de uma técnica de *clustering*.¹⁰

Tabela 5 – Classificações das RRAS de acordo com as densidades de pontos de oferta

| RRAS | UC | Pontos | UMDR | Pontos | ULDM | Pontos | UCP | Pontos | Soma | % |
|------------------------------|-----|--------|------|--------|------|--------|-----|--------|------|------|
| Norte | | | | | | | | | | |
| Braga | 0,8 | 1 | 1,6 | 1 | 0,8 | 0 | 0,0 | 0 | 2 | 25% |
| Bragança | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Chaves | 0,0 | 0 | 0,4 | 0 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Felgueiras | 1,1 | 1 | 1,9 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 2 | 25% |
| Guimarães | 2,4 | 2 | 1,6 | 1 | 3,2 | 1 | 0,0 | 0 | 4 | 50% |
| Mirandela | 0,2 | 0 | 0,5 | 0 | 1,0 | 0 | 0,2 | 1 | 1 | 13% |
| Porto | 3,7 | 2 | 7,4 | 2 | 8,6 | 2 | 1,2 | 2 | 8 | 100% |
| São João da Madeira | 0,0 | 0 | 1,2 | 1 | 2,3 | 1 | 0,0 | 0 | 2 | 25% |
| Viana do Castelo | 0,9 | 1 | 0,9 | 0 | 1,4 | 0 | 0,0 | 0 | 1 | 13% |
| Vila Real | 0,7 | 1 | 1,3 | 1 | 1,0 | 0 | 0,3 | 1 | 3 | 38% |
| Centro | | | | | | | | | | |
| Aveiro | 1,1 | 1 | 1,7 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 2 | 25% |
| Castelo Branco | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Coimbra | 1,0 | 1 | 2,4 | 1 | 3,9 | 1 | 0,5 | 1 | 4 | 50% |
| Covilhã | 0,0 | 0 | 0,7 | 0 | 0,7 | 0 | 0,7 | 1 | 1 | 13% |
| Guarda | 0,2 | 0 | 0,2 | 0 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Leiria | 0,0 | 0 | 1,1 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 1 | 13% |
| Lousã | 0,0 | 0 | 1,9 | 1 | 2,7 | 1 | 0,0 | 0 | 2 | 25% |
| Seia | 1,2 | 1 | 1,2 | 1 | 2,3 | 1 | 1,2 | 2 | 5 | 63% |
| Sertão | 0,0 | 0 | 0,5 | 0 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Viseu | 0,0 | 0 | 1,1 | 1 | 2,0 | 1 | 0,3 | 1 | 3 | 38% |
| Lisboa e Vale do Tejo | | | | | | | | | | |
| Caldas da Rainha | 0,9 | 1 | 1,4 | 1 | 2,3 | 1 | 0,5 | 1 | 4 | 50% |
| Coruche | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Entroncamento | 0,4 | 0 | 0,4 | 0 | 1,3 | 0 | 0,4 | 1 | 1 | 13% |
| Lisboa | 2,2 | 2 | 2,2 | 1 | 2,9 | 1 | 2,2 | 2 | 6 | 75% |
| Santarém | 0,0 | 0 | 0,8 | 0 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Setúbal | 0,0 | 0 | 1,3 | 1 | 1,3 | 0 | 0,6 | 1 | 2 | 25% |
| Alentejo | | | | | | | | | | |
| Beja | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,4 | 0 | 0,2 | 0 | 0 | 0% |
| Elvas | 0,0 | 0 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Évora | 0,3 | 0 | 0,3 | 0 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Montemor-o-Novo | 0,4 | 0 | 0,4 | 0 | 0,4 | 0 | 0,4 | 1 | 1 | 13% |
| Moura | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Odemira | 0,0 | 0 | 0,4 | 0 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Ponte de Sor | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Portalegre | 0,0 | 0 | 0,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Sines | 0,0 | 0 | 0,3 | 0 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Algarve | | | | | | | | | | |
| Faro | 0,4 | 0 | 0,7 | 0 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0% |
| Portimão | 0,9 | 1 | 0,5 | 0 | 1,8 | 1 | 0,5 | 1 | 3 | 38% |

Note-se que se associaram pontuações de 0 a 2 a cada um dos *clusters* (0 ao *cluster* baixo, 1 ao *cluster* médio e 2 ao *cluster* alto) formados com base nos dados referentes a cada um dos tipos de internamento e, para cada RRAS, foi efectuada uma soma dos

¹⁰ A metodologia de *clustering* visa analisar a distribuição de um indicador através da classificação dos dados em grupos, sendo o resultado caracterizado pela maximização do grau de associação entre observações de um mesmo grupo e a minimização do grau de associação entre observações de grupos diferentes. Do ponto de vista metodológico, a análise de *clusters* apresenta a vantagem de não exigir a definição arbitrária dos limites de cada categoria. São os próprios dados que definem o que é um valor alto, médio ou baixo. Das diversas técnicas de *clustering* existentes, foi utilizada a técnica das *k*-médias (McQueen, J. 1967, Some methods for classification and analysis of multivariate observations, Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability: 281-297.).

Desta análise da proximidade dos utentes às unidades de internamento resulta, portanto, que as populações das RRAS de Moura, Montemor-o-Novo, Coruche, Guarda e Bragança são as que se deparam com uma barreira relativamente maior à utilização dos cuidados continuados do ponto de vista da proximidade.

Esta análise espacial é complementada com a análise da capacidade das unidades de internamento, o que se apresenta de seguida.

3.2.2. Capacidade das redes de estabelecimentos de cuidados continuados integrados de saúde de internamento

O acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde em termos espaciais não depende apenas da existência de estabelecimentos próximos das populações, porque a proximidade não garante que os cuidados estejam disponíveis a toda a população. É também importante analisar se a capacidade de oferta desses estabelecimentos, caracterizada, por exemplo, pelo número de estabelecimentos e a sua dimensão, é suficiente para suprir a procura potencial, algo que cabe na análise da dimensão capacidade, a que é dedicada esta subsecção.

Assim, para se medir a capacidade de resposta das unidades de internamento da Rede à procura potencial, foi usada, mais uma vez, a matriz regional das RRAS, tendo-se recorrido a dados da capacidade instalada, em termos de número de camas.

Constatou-se que, enquanto havia 3.959 camas em Fevereiro de 2010, em Novembro este número aumentou para 4.548, representando um crescimento de 15% no período (*vide* Tabela 1, que também apresenta a distribuição de camas por RRAS).

A Tabela 6 apresenta a distribuição das camas por RRAS consoante o tipo de unidade de internamento e a evolução ocorrida entre Fevereiro e Novembro de 2010.

Tabela 6 – Número de camas por tipologia

| RRAS | UC | | UMDR | | ULDM | | UCP | | Todas | |
|------------------------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|--------------|
| | Fev. 2010 | Nov. 2010 | Fev. 2010 | Nov. 2010 | Fev. 2010 | Nov. 2010 | Fev. 2010 | Nov. 2010 | Fev. 2010 | Nov. 2010 |
| Norte | | | | | | | | | | |
| Braga | 19 | 19 | 10 | 31 | 26 | 42 | 0 | 0 | 55 | 92 |
| Bragança | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 41 | 0 | 0 | 41 | 41 |
| Chaves | 0 | 0 | 0 | 16 | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 32 |
| Felgueiras | 34 | 50 | 85 | 85 | 54 | 54 | 0 | 0 | 173 | 189 |
| Guimarães | 42 | 53 | 11 | 26 | 34 | 78 | 0 | 0 | 87 | 157 |
| Mirandela | 18 | 18 | 22 | 22 | 89 | 89 | 8 | 8 | 137 | 137 |
| Porto | 59 | 59 | 170 | 170 | 212 | 212 | 20 | 20 | 461 | 461 |
| São João da Madeira | 0 | 0 | 6 | 6 | 33 | 33 | 0 | 0 | 39 | 39 |
| Viana do Castelo | 34 | 34 | 45 | 45 | 45 | 63 | 0 | 0 | 124 | 142 |
| Vila Real | 31 | 31 | 81 | 81 | 68 | 68 | 7 | 7 | 187 | 187 |
| Centro | | | | | | | | | | |
| Aveiro | 40 | 40 | 54 | 80 | 16 | 45 | 0 | 0 | 110 | 165 |
| Castelo Branco | 18 | 18 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 18 | 37 |
| Coimbra | 50 | 50 | 144 | 144 | 155 | 185 | 14 | 14 | 363 | 393 |
| Covilhã | 0 | 0 | 10 | 10 | 10 | 10 | 25 | 25 | 45 | 45 |
| Guarda | 18 | 18 | 9 | 9 | 10 | 10 | 0 | 0 | 37 | 37 |
| Leiria | 0 | 0 | 56 | 56 | 26 | 36 | 0 | 0 | 82 | 92 |
| Lousã | 0 | 0 | 98 | 98 | 208 | 208 | 0 | 0 | 306 | 306 |
| Seia | 16 | 16 | 12 | 30 | 32 | 32 | 0 | 11 | 60 | 89 |
| Sertã | 0 | 0 | 0 | 30 | 19 | 60 | 0 | 0 | 19 | 90 |
| Viseu | 0 | 0 | 54 | 54 | 127 | 127 | 0 | 15 | 181 | 196 |
| Lisboa e Vale do Tejo | | | | | | | | | | |
| Caldas da Rainha | 22 | 22 | 37 | 37 | 104 | 121 | 7 | 7 | 170 | 187 |
| Coruche | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Entroncamento | 15 | 15 | 17 | 40 | 53 | 83 | 10 | 10 | 95 | 148 |
| Lisboa | 57 | 57 | 100 | 121 | 128 | 151 | 66 | 36 | 351 | 365 |
| Santarém | 0 | 0 | 15 | 40 | 0 | 22 | 0 | 0 | 15 | 62 |
| Setúbal | 0 | 0 | 46 | 46 | 66 | 66 | 0 | 10 | 112 | 122 |
| Alentejo | | | | | | | | | | |
| Beja | 18 | 18 | 0 | 0 | 51 | 51 | 6 | 6 | 75 | 75 |
| Évora | 19 | 19 | 12 | 12 | 53 | 53 | 0 | 0 | 84 | 84 |
| Montemor-o-Novo | 21 | 21 | 10 | 10 | 10 | 10 | 0 | 6 | 41 | 47 |
| Moura | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Odemira | 0 | 0 | 20 | 20 | 16 | 16 | 0 | 0 | 36 | 36 |
| Ponte de Sor | 0 | 0 | 0 | 0 | 49 | 49 | 0 | 0 | 49 | 49 |
| Portalegre | 0 | 0 | 42 | 42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 42 | 42 |
| Sines | 0 | 0 | 0 | 20 | 24 | 44 | 0 | 0 | 24 | 64 |
| Algarve | | | | | | | | | | |
| Faro | 20 | 20 | 48 | 48 | 81 | 81 | 0 | 0 | 149 | 149 |
| Portimão | 30 | 30 | 26 | 26 | 102 | 102 | 10 | 10 | 168 | 168 |
| Total | 581 | 608 | 1.263 | 1.478 | 1.942 | 2.277 | 173 | 185 | 3.959 | 4.548 |

Note-se que o número de camas das unidades UMDR e ULDM apresentou as maiores taxas de crescimento do número de camas, de 17% no período, enquanto as taxas de crescimento das unidades UC e UCP foram de 5% e 7%, respectivamente.

O indicador escolhido para a análise do acesso das populações das RRAS na dimensão da capacidade foi o número de camas por 10.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos, apresentado na Tabela 7 (dados de Novembro de 2010).

Tabela 7 – N.º de camas por 10.000 habitantes com idade igual ou superior a 65¹¹

| RRAS | UC | UMDR | ULDM | UCP | Todas |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Norte | | | | | |
| Braga | 3,48 | 5,68 | 7,70 | 0,00 | 16,86 |
| Bragança | 0,00 | 0,00 | 29,01 | 0,00 | 29,01 |
| Chaves | 0,00 | 8,36 | 8,36 | 0,00 | 16,72 |
| Felgueiras | 6,94 | 11,80 | 7,50 | 0,00 | 26,23 |
| Guimarães | 7,55 | 3,70 | 11,11 | 0,00 | 22,37 |
| Mirandela | 7,47 | 9,13 | 36,94 | 3,32 | 56,86 |
| Porto | 2,92 | 8,41 | 10,48 | 0,99 | 22,80 |
| São João da Madeira | 0,00 | 1,36 | 7,50 | 0,00 | 8,86 |
| Viana do Castelo | 6,45 | 8,54 | 11,95 | 0,00 | 26,94 |
| Vila Real | 8,25 | 21,56 | 18,10 | 1,86 | 49,78 |
| Centro | | | | | |
| Aveiro | 5,69 | 11,38 | 6,40 | 0,00 | 23,46 |
| Castelo Branco | 9,07 | 0,00 | 9,58 | 0,00 | 18,65 |
| Coimbra | 7,34 | 21,15 | 27,17 | 2,06 | 57,71 |
| Covilhã | 0,00 | 4,88 | 4,88 | 12,20 | 21,95 |
| Guarda | 6,54 | 3,27 | 3,64 | 0,00 | 13,45 |
| Leiria | 0,00 | 11,36 | 7,31 | 0,00 | 18,67 |
| Lousã | 0,00 | 29,77 | 63,19 | 0,00 | 92,97 |
| Seia | 14,33 | 26,88 | 28,67 | 9,85 | 79,73 |
| Sertã | 0,00 | 24,84 | 49,68 | 0,00 | 74,52 |
| Viseu | 0,00 | 8,90 | 20,94 | 2,47 | 32,31 |
| Lisboa e Vale do Tejo | | | | | |
| Caldas da Rainha | 3,18 | 5,35 | 17,49 | 1,01 | 27,02 |
| Coruche | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Entroncamento | 2,99 | 7,98 | 16,55 | 1,99 | 29,52 |
| Lisboa | 1,56 | 3,31 | 4,13 | 0,99 | 9,99 |
| Santarém | 0,00 | 10,55 | 5,80 | 0,00 | 16,35 |
| Setúbal | 0,00 | 3,44 | 4,94 | 0,75 | 9,13 |
| Alentejo | | | | | |
| Beja | 8,99 | 0,00 | 25,47 | 3,00 | 37,45 |
| Évora | 0,00 | 14,38 | 0,00 | 0,00 | 14,38 |
| Montemor-o-Novo | 10,44 | 6,60 | 29,13 | 0,00 | 46,17 |
| Moura | 18,40 | 8,76 | 8,76 | 5,26 | 41,18 |
| Moura | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Odemira | 0,00 | 23,70 | 18,96 | 0,00 | 42,66 |
| Ponte de Sor | 0,00 | 0,00 | 47,57 | 0,00 | 47,57 |
| Portalegre | 0,00 | 32,38 | 0,00 | 0,00 | 32,38 |
| Sines | 0,00 | 12,84 | 28,25 | 0,00 | 41,10 |
| Algarve | | | | | |
| Faro | 4,40 | 10,57 | 17,83 | 0,00 | 32,80 |
| Portimão | 7,96 | 6,90 | 27,05 | 2,65 | 44,55 |

A avaliação da capacidade tendo em conta cada tipo de unidade de internamento é demonstrada na Tabela 8, em que se apresentam as classificações dos números de camas por 10.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos em três grupos definidos por meio da adopção da técnica de *clustering supra* referida. Atribuiu-se novamente a pontuação de 0 a 2, sendo 0 igual à classificação mais baixa (menor número de camas por 10.000 habitantes), 1 equivalente ao *cluster* médio e 2 igual ao *cluster* alto, com o maior número de camas por 10.000 habitantes.

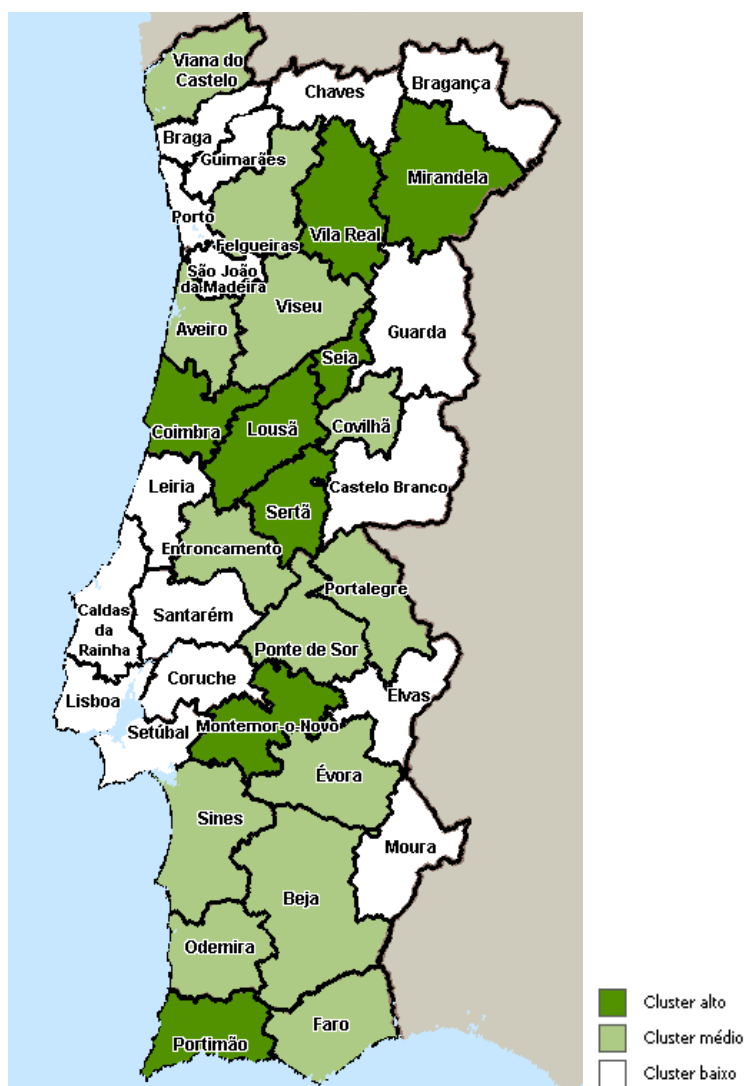
¹¹ Estimativas de população residente de 65 ou mais anos do INE referentes a 2009.

Tabela 8 – Classificações das RRAS de acordo com a capacidade

| RRAS | UC | Pontos | UMDR | Pontos | ULDM | Pontos | UCP | Pontos | Soma | % |
|------------------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|------|-----|
| Norte | | | | | | | | | | |
| Braga | 3,48 | 0 | 5,68 | 0 | 7,70 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0% |
| Bragança | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 29,01 | 1 | 0,00 | 0 | 1 | 13% |
| Chaves | 0,00 | 0 | 8,36 | 1 | 8,36 | 0 | 0,00 | 0 | 1 | 13% |
| Felgueiras | 6,94 | 1 | 11,80 | 1 | 7,50 | 0 | 0,00 | 0 | 2 | 25% |
| Guimarães | 7,55 | 1 | 3,70 | 0 | 11,11 | 0 | 0,00 | 0 | 1 | 13% |
| Mirandela | 7,47 | 1 | 9,13 | 1 | 36,94 | 1 | 3,32 | 1 | 4 | 50% |
| Porto | 2,92 | 0 | 8,41 | 1 | 10,48 | 0 | 0,99 | 0 | 1 | 13% |
| São João da Madeira | 0,00 | 0 | 1,36 | 0 | 7,50 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0% |
| Viana do Castelo | 6,45 | 1 | 8,54 | 1 | 11,95 | 0 | 0,00 | 0 | 2 | 25% |
| Vila Real | 8,25 | 1 | 21,56 | 2 | 18,10 | 1 | 1,86 | 1 | 5 | 63% |
| Centro | | | | | | | | | | |
| Aveiro | 5,69 | 1 | 11,38 | 1 | 6,40 | 0 | 0,00 | 0 | 2 | 25% |
| Castelo Branco | 9,07 | 1 | 0,00 | 0 | 9,58 | 0 | 0,00 | 0 | 1 | 13% |
| Coimbra | 7,34 | 1 | 21,15 | 2 | 27,17 | 1 | 2,06 | 1 | 5 | 63% |
| Covilhã | 0,00 | 0 | 4,88 | 0 | 4,88 | 0 | 12,20 | 2 | 2 | 25% |
| Guarda | 6,54 | 1 | 3,27 | 0 | 3,64 | 0 | 0,00 | 0 | 1 | 13% |
| Leiria | 0,00 | 0 | 11,36 | 1 | 7,31 | 0 | 0,00 | 0 | 1 | 13% |
| Lousã | 0,00 | 0 | 29,77 | 2 | 63,19 | 2 | 0,00 | 0 | 4 | 50% |
| Seia | 14,33 | 2 | 26,88 | 2 | 28,67 | 1 | 9,85 | 2 | 7 | 88% |
| Sertão | 0,00 | 0 | 24,84 | 2 | 49,68 | 2 | 0,00 | 0 | 4 | 50% |
| Viseu | 0,00 | 0 | 8,90 | 1 | 20,94 | 1 | 2,47 | 1 | 3 | 38% |
| Lisboa e Vale do Tejo | | | | | | | | | | |
| Caldas da Rainha | 3,18 | 0 | 5,35 | 0 | 17,49 | 1 | 1,01 | 0 | 1 | 13% |
| Coruche | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0% |
| Entroncamento | 2,99 | 0 | 7,98 | 1 | 16,55 | 1 | 1,99 | 1 | 3 | 38% |
| Lisboa | 1,56 | 0 | 3,31 | 0 | 4,13 | 0 | 0,99 | 0 | 0 | 0% |
| Santarém | 0,00 | 0 | 10,55 | 1 | 5,80 | 0 | 0,00 | 0 | 1 | 13% |
| Setúbal | 0,00 | 0 | 3,44 | 0 | 4,94 | 0 | 0,75 | 0 | 0 | 0% |
| Alentejo | | | | | | | | | | |
| Beja | 8,99 | 1 | 0,00 | 0 | 25,47 | 1 | 3,00 | 1 | 3 | 38% |
| Évora | 10,44 | 1 | 6,60 | 1 | 29,13 | 1 | 0,00 | 0 | 3 | 38% |
| Montemor-o-Novo | 18,40 | 2 | 8,76 | 1 | 8,76 | 0 | 5,26 | 1 | 4 | 50% |
| Moura | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0% |
| Odemira | 0,00 | 0 | 23,70 | 2 | 18,96 | 1 | 0,00 | 0 | 3 | 38% |
| Ponte de Sor | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 47,57 | 2 | 0,00 | 0 | 2 | 25% |
| Portalegre | 0,00 | 0 | 32,38 | 2 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2 | 25% |
| Sines | 0,00 | 0 | 12,84 | 1 | 28,25 | 1 | 0,00 | 0 | 2 | 25% |
| Algarve | | | | | | | | | | |
| Faro | 4,40 | 1 | 10,57 | 1 | 17,83 | 1 | 0,00 | 0 | 3 | 38% |
| Portimão | 7,96 | 1 | 6,90 | 1 | 27,05 | 1 | 2,65 | 1 | 4 | 50% |

Conforme se pode notar na tabela, também são apresentadas as percentagens das pontuações totais obtidas (as somas das pontuações de cada tipo de unidade de internamento) face à pontuação máxima de oito pontos. Com base nestas percentagens foi efectuada uma nova classificação em três *clusters*, cujo resultado é ilustrado no mapa da Figura 5 *infra*.

Figura 5 – Capacidade dos pontos de oferta da RNCCI



Numa análise espacial conjunta, considerando portanto proximidade e capacidade, identificam-se, finalmente, quatro regiões cujas populações terão as maiores barreiras ao internamento nas unidades da RNCCI, designadamente Bragança, Coruche, Guarda e Moura. Estas quatro RRAS, em que habitam cerca de 65.000 idosos de 65 anos ou mais – potenciais utentes dos cuidados continuados –, representando cerca de 4% da população total de idosos desta faixa etária, foram classificadas no *cluster* baixo, tanto na análise da proximidade como na análise da capacidade.

Por último, destaca-se a acessibilidade espacial em Setúbal, que detém a terceira maior população de idosos (mais de 130.000, representativa de 7% da população total de idosos). A classificação relativamente má, tanto em termos de proximidade como em termos de capacidade, indica a existência de barreiras à acessibilidade espacial que atingem um número substancial de potenciais utentes de cuidados continuados.

4. Barreiras ao envolvimento das famílias

A análise do acesso dos utentes *supra* apresentada foi uma análise espacial realizada com base em dados da oferta e de dados demográficos. Os dados demográficos utilizados representaram uma aproximação da procura potencial por cuidados continuados de saúde, uma vez que se consideraram as populações com idades de 65 anos ou mais – faixa etária que concentra a grande maioria dos utentes atendidos na RNCCI.

Procura-se de seguida avaliar um outro factor referente ao acesso dos utentes aos cuidados continuados prestados pelas unidades de internamento da RNCCI, nomeadamente um factor não espacial. Deste modo, são apresentados os resultados de exercícios que foram realizados com base em dados de utentes que foram internados na RNCCI entre 2008 e o início de 2010 fornecidos pela UMCCI.

Concretamente, procura-se avaliar a distância entre os utentes internados e as respectivas famílias, no intuito de avaliar os diferentes graus de dificuldade com que defrontarão os familiares dos doentes, em função das distâncias que precisam de percorrer (em estrada) até às unidades de internamento.

Nota-se que a proximidade das famílias é fundamental para os doentes internados na RNCCI, porque em mais de 50%¹² dos casos em que os utentes recebem apoio, os familiares constituem o principal suporte, e quanto maiores as distâncias entre as residências dos familiares e as unidades de internamento, mais difícil será a concretização do suporte familiar nas visitas aos doentes. Refira-se que a proximidade das famílias é especialmente valorizada no caso das unidades de internamento de cuidados paliativos, verificando-se a existência de situações em que os doentes recusam as vagas disponíveis por considerarem ser excessiva a distância até à residência dos seus familiares.¹³

Com base na localização aproximada dos registos de residência de 22.112 utentes internados entre 2008 e 2010 (apenas códigos postais, sem qualquer identificação dos utentes) foi possível calcular as distâncias em quilómetros (em estrada) até às

¹² Percentagem referente a 2009, conforme informação do Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI de 2009. A alimentação, higiene pessoal, roupa e medicamentos são alguns dos principais tipos de apoio.

¹³ *Vide* Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e das Actividades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no 1.º Semestre de 2009 e Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI de 2009.

unidades de internamento.¹⁴ Os registos de residência foram considerados uma aproximação da residência dos familiares mais próximos dos doentes, que visitarão os utentes internados com maior frequência e que prestarão apoios diversos, tais como alimentação, higiene pessoal, roupa e medicamentos.

Embora o exercício realizado apresente uma característica muito semelhante à análise da proximidade, apresentada no capítulo 3, destaca-se a associação das distâncias calculadas com as barreiras que devem ser ultrapassadas pelos familiares nas visitas e na prestação de apoios diversos (barreiras ao envolvimento das famílias). Tais barreiras representam essencialmente um factor não espacial, porque não se referem às distâncias ou tempos de viagem entre utentes potenciais e os estabelecimentos (dimensão da proximidade), nem com a capacidade de oferta dos estabelecimentos (dimensão da capacidade), mas podem mesmo assim influenciar o acesso dos utentes aos cuidados continuados prestados, em que o apoio familiar é considerado fundamental.

A Tabela 9 apresenta os resultados dos cálculos realizados, podendo-se identificar as distâncias para cada tipo de unidade de internamento, para além das distâncias referentes a todas as unidades em conjunto. A apresentação desses resultados faz-se por RRAS, o que possibilita a integração da apreciação deste factor não espacial com a análise da acessibilidade espacial, facilitando a identificação das populações que têm o pior acesso relativo aos cuidados continuados prestados pelas unidades de internamento da RNCCI, segundo os critérios e pressupostos do estudo realizado.

¹⁴ Note-se que o número total de dados fornecidos foi de 34.195, no entanto só foi possível referenciar correctamente no mapa de Portugal continental os códigos postais de 23.807 internamentos de 22.112 utentes em 202 unidades de internamento.

Tabela 9 – Distâncias dos familiares até aos utentes internados

| RRAS | Quilometragem média em estradas | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|------------|------------|-----------|------------|
| | UC | UMDR | ULDm | UCP | Total |
| Norte | | | | | |
| Braga | 30 | 234 | 187 | 72 | 94 |
| Bragança | 63 | 331 | 187 | 60 | 172 |
| Chaves | 52 | 273 | 201 | 50 | 159 |
| Felgueiras | 22 | 235 | 212 | 45 | 109 |
| Guimarães | 18 | 205 | 175 | 45 | 94 |
| Mirandela | 44 | 254 | 137 | 46 | 146 |
| Porto | 20 | 186 | 176 | 12 | 100 |
| São João da Madeira | 49 | 172 | 157 | 46 | 127 |
| Viana do Castelo | 33 | 268 | 241 | 109 | 125 |
| Vila Real | 24 | 226 | 159 | 47 | 91 |
| Centro | | | | | |
| Aveiro | 21 | 146 | 177 | 42 | 74 |
| Castelo Branco | 47 | 236 | 233 | 147 | 112 |
| Coimbra | 17 | 144 | 124 | 21 | 76 |
| Covilhã | 49 | 206 | 213 | 0 | 157 |
| Guarda | 36 | 228 | 188 | 236 | 105 |
| Leiria | 67 | 163 | 154 | 86 | 145 |
| Lousã | 61 | 152 | 121 | 67 | 129 |
| Seia | 34 | 197 | 134 | 104 | 107 |
| Sertã | 97 | 197 | 210 | 78 | 144 |
| Viseu | 55 | 174 | 116 | 99 | 141 |
| Lisboa e Vale do Tejo | | | | | |
| Caldas da Rainha | 30 | 229 | 244 | 52 | 130 |
| Coruche | 76 | 204 | 194 | 108 | 159 |
| Entroncamento | 31 | 200 | 227 | 30 | 114 |
| Lisboa | 35 | 240 | 226 | 38 | 160 |
| Santarém | 57 | 191 | 202 | 75 | 134 |
| Setúbal | 75 | 252 | 227 | 72 | 199 |
| Alentejo | | | | | |
| Beja | 33 | 373 | 259 | 41 | 189 |
| Elvas | 74 | 301 | 281 | 128 | 255 |
| Évora | 26 | 296 | 264 | 60 | 174 |
| Montemor-o-Novo | 50 | 277 | 266 | 127 | 188 |
| Moura | 58 | 430 | 268 | 54 | 193 |
| Odemira | 97 | 381 | 229 | 79 | 246 |
| Ponte de Sor | 105 | 251 | 192 | 97 | 212 |
| Portalegre | 112 | 236 | 265 | 148 | 244 |
| Sines | 97 | 326 | 236 | 212 | 216 |
| Algarve | | | | | |
| Faro | 37 | 437 | 341 | 140 | 234 |
| Portimão | 25 | 412 | 333 | 25 | 170 |
| Total | 32 | 246 | 211 | 44 | 138 |

Como se nota na Tabela 9, a distância média entre os familiares e os utentes internados é de 138 quilómetros. A distância média máxima verifica-se nas UMDR (média de 246 quilómetros), enquanto a distância média mínima é aferida nas UC (média de 32 quilómetros).

Mesmo definindo como critérios de identificação de barreiras significativas ao envolvimento das famílias nos cuidados continuados distâncias superiores a 300 quilómetros nos tipos individuais de unidade de internamento e acima de 200 quilómetros nas médias gerais, que serão distâncias consideráveis, identificam-se ainda assim 10 regiões em que o apoio e as visitas familiares são mais dificultados:

Beja, Bragança, Elvas, Faro, Moura, Odemira, Ponte de Sor, Portalegre, Portimão e Sines.¹⁵ Ou seja, e independentemente das razões que possam justificar tais resultados – e porventura desde logo se podendo apontar eventuais razões preexistentes e subjacentes à própria situação de separação demográfica dos núcleos familiares –, podem-se indiciar barreiras significativas ao envolvimento das famílias dos utentes por não ser expectável que em muitas situações possa verificar-se um acompanhamento próximo ou regular.

Finalmente, numa análise integrada, que também considera os resultados da análise de acessibilidade espacial realizada no capítulo anterior, identificam-se Bragança e Moura como sendo as regiões em que as populações têm a pior acessibilidade espacial e as mais pronunciadas barreiras ao envolvimento das famílias nos cuidados continuados, pelo que será nestas duas regiões que a expansão da RNCCI deverá idealmente ocorrer para a redução de desigualdades no acesso das diferentes populações de Portugal continental aos cuidados continuados de saúde prestados em unidades de internamento e, conseqüentemente, para a promoção de uma maior equidade no acesso.

¹⁵ Estes resultados devem ser vistos à luz do comentário anterior e relativo ao facto de os registos de residência considerarem uma aproximação da residência dos familiares mais próximos dos doentes, sublinhando-se que tal aproximação nem sempre permitirá uma correcta apreciação das barreiras ao envolvimento dos familiares. Efectivamente, daí resultarão, seguramente, situações de distorções como, por exemplo, nos casos em que os registos de residência se referem às residências dos doentes mas os seus familiares residem longe das mesmas mas próximos das unidades de internamento. O exercício realizado não capta estas situações.

5. Avaliação qualitativa

No presente capítulo são apresentados os resultados de uma avaliação da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde pelas unidades de internamento da RNCCI. Para esta análise foi enviado um inquérito que considerou diferentes critérios de qualidade, os quais permitiram a observação do cumprimento das condições e requisitos de funcionamento das unidades de cuidados continuados integrados, bem como da qualidade da prestação efectiva de cuidados de saúde aos utentes.

O envio do inquérito aos prestadores de cuidados de saúde em causa teve em conta os objectivos da ERS de “*velar pelo cumprimento dos requisitos do exercício da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*” e de “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” (cfr. als. a) e c) do art. 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio). Procurou-se, em especial, verificar em que medida o acesso dos utentes aos cuidados continuados de internamento equivale ao acesso a cuidados continuados de qualidade.

Os parâmetros de qualidade incluídos no inquérito foram divididos por secções, de modo a analisar de forma mais organizada os resultados de cada unidade de internamento. Foram considerados os seguintes factores: gestão de informação, instalações e equipamentos e melhoria da qualidade.

Tendo em consideração o universo de unidades de internamento existentes em Novembro de 2010 (214), foram obtidas 210 de respostas, das quais foram validadas 206.

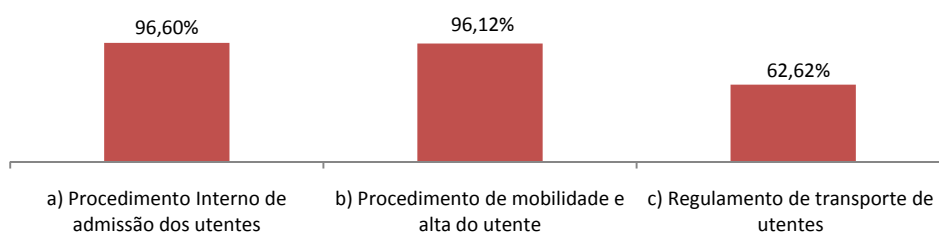
5.1. Gestão de informação

No que concerne à gestão de informação, incluindo a prestação de informação aos doentes por parte das unidades de internamento da RNCCI, os seguintes temas foram avaliados: organização e funcionamento e informação na admissão, no internamento, na transferência e na alta.

Organização e funcionamento

Relativamente ao regulamento interno – questão inserida no tema organização e funcionamento –, destaca-se que pouco mais de 60% referiu ter um regulamento de transportes de utentes (*vide* Figura 6), pelo que mais protocolos deveriam ser idealmente celebrados.

Figura 6 – Regulamento Interno

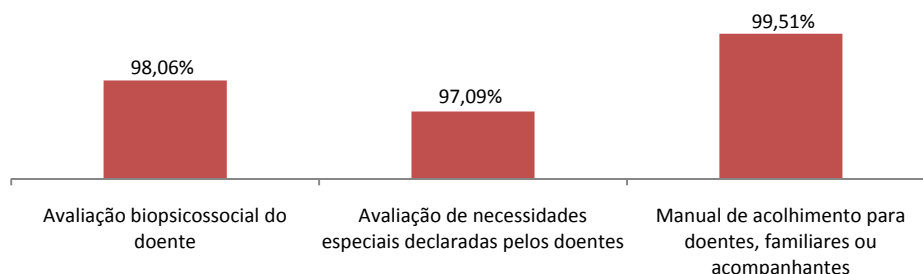


Informação na admissão, no internamento, na transferência e na alta

A maioria dos prestadores tem um cuidado especial com a informação dada ao doente, parecendo ser evidente que a preocupação com as questões da humanização dos cuidados constitui uma prioridade.

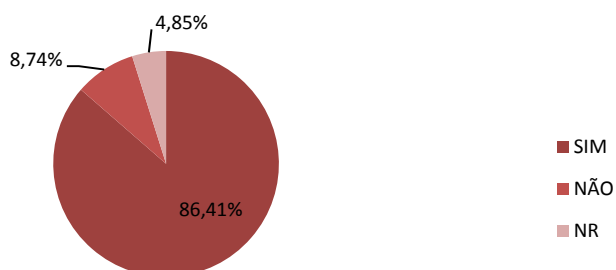
Praticamente todas as unidades de internamento afirmaram que é sempre executada uma avaliação psicossocial dos doentes e uma avaliação das suas necessidades especiais e que fornecem manuais de acolhimento (*vide* Figura 7).

Figura 7 – Procedimento clínico



No que se refere à informação no internamento, destaca-se que menos de 10% admite não ter um procedimento escrito sobre consentimento informado (*vide* Figura 8).

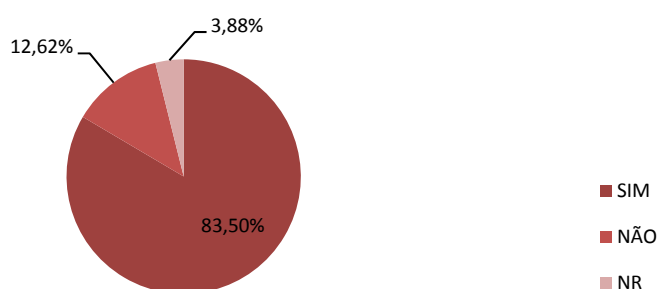
Figura 8 – Existência de um procedimento escrito sobre consentimento informado e esclarecido



Outro resultado pertinente refere-se ao facto de ainda existirem unidades que não arquivam o consentimento informado (menos de 2%).

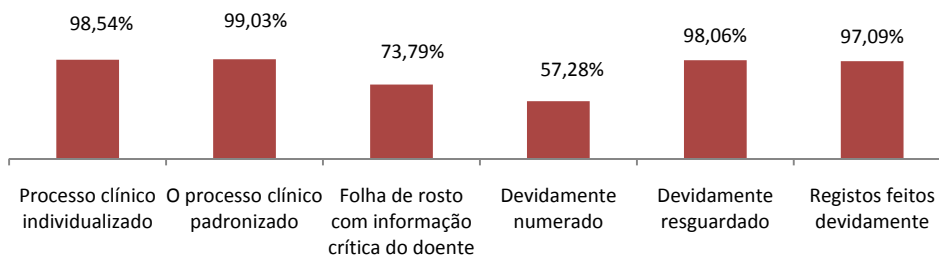
Tendo-se questionado sobre a existência de um procedimento escrito sobre o controlo da dor, verificou-se que, apesar da tabela de controlo da dor e as práticas do controlo da dor serem largamente conhecidas e difundidas na literatura especializada, em torno de 13% das unidades ainda não possui qualquer procedimento de controlo da dor (*vide* Figura 9).

Figura 9 – Existência de um procedimento escrito sobre controlo da dor



Por sua vez, no que se refere ao processo clínico, 99% das unidades de internamento afirmou utilizar um processo clínico devidamente padronizado (*vide* Figura 10).

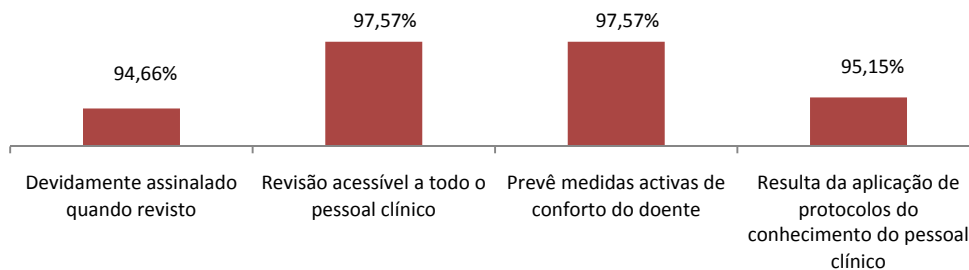
Figura 10 – Processo clínico



No caso do processo clínico em papel, embora seja boa prática que todas as folhas sejam numeradas, apenas cerca de 57% das unidades o afirmou fazer e, apesar de ser recomendável que as unidades venham a ter uma folha de rosto com a informação crítica do doente, cerca de 25% das unidades ainda não a tem.

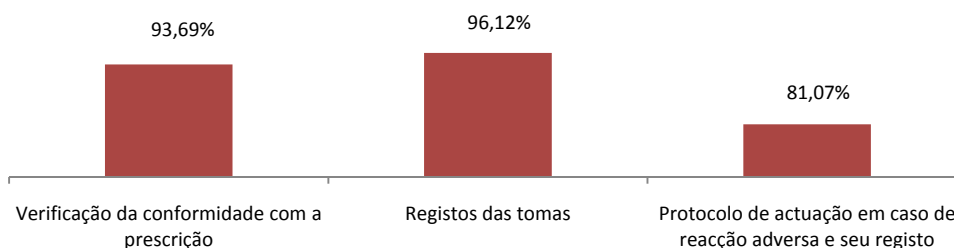
Por seu turno, as unidades demonstraram grande preocupação no planeamento dos cuidados a ter com os doentes, bem como na necessidade de manter os registos actualizados (*vide* Figura 11).

Figura 11 – Plano de cuidados



Note-se, ainda no que concerne à informação no internamento, a elevada preocupação com a verificação da conformidade entre a prescrição e a administração da medicação (*vide* Figura 12).

Figura 12 – Administração da medicação



Não foram, no entanto, elaborados protocolos escritos de actuação em caso de reacção adversa em mais de 15% dos prestadores.¹⁶

Por último, no que se refere a procedimentos de transferência e alta, nota-se uma preocupação em fazer acompanhar os utentes com a informação clínica adequada.

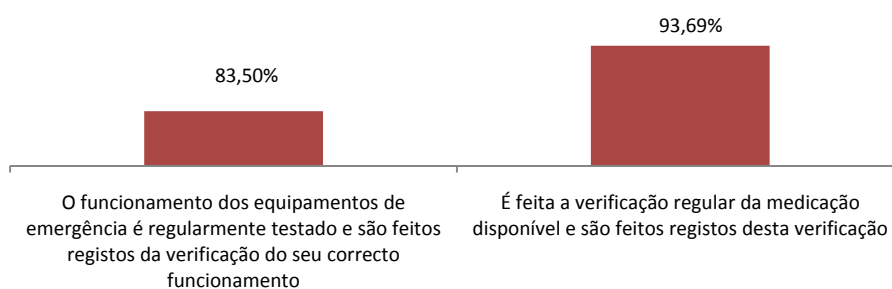
5.2. Instalações e equipamentos

Equipamento e medicação de emergência

Os equipamentos e medicação de emergência são fundamentais em todas as unidades de saúde, mas cerca de 7% das unidades referiu não os possuir no momento.

A maior parte das unidades afirmou ter disponíveis equipamentos/medicação de emergência e que são feitos regularmente testes e registos de verificação do seu funcionamento. Acresce que mais de 90% das unidades afirmou que é feita a verificação regular da medicação disponível e são feitos registos desta verificação (*vide* Figura 13).

Figura 13 – Equipamentos e medicação de emergência



Manutenção de equipamento de uso clínico

A manutenção dos equipamentos de uso clínico de acordo com o manual do fabricante não constitui preocupação para cerca de 24% dos prestadores.

¹⁶ Também não estão ainda escritos protocolos de actuação para situações de emergência clínica em cerca de 10% dos prestadores.

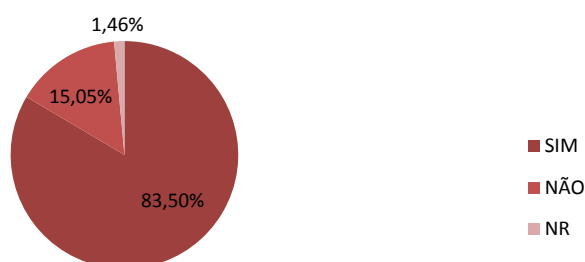
Não existe ainda preocupação em manter os registos de todas as reparações e intervenções de manutenção dos equipamentos para aproximadamente 17% das unidades.

Armazenamento

As unidades de internamento da RNCCI referiram que os medicamentos e materiais de uso clínico estão devidamente armazenados e o seu acesso é restrito.

Por sua vez, foi constatada a necessidade de melhoria do controle de frio no armazenamento dos medicamentos, dado que cerca de 15% dos prestadores não possuem um frigorífico com registo permanente de temperatura e alarme (*vide* Figura 14).

Figura 14 – Armazenamento de medicamentos que necessitam de ser mantidos no frio e a temperaturas controladas num frigorífico com registo permanente de temperatura e com alarme



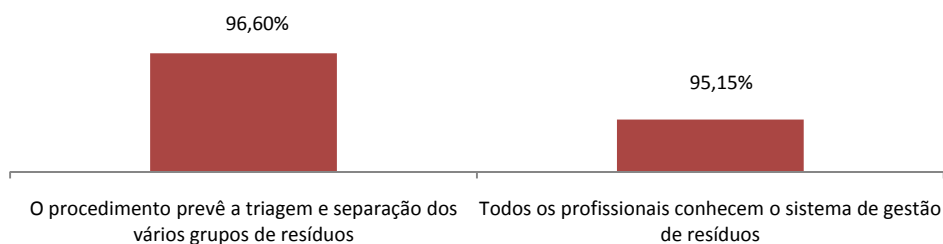
Higienização e limpeza

Apesar das unidades de internamento terem cuidados diferenciados com a higienização e limpeza, existe margem de melhoria e elevação dos patamares da qualidade, particularmente ao nível dos registos e na produção de procedimentos escritos.

Gestão de resíduos

Em termos gerais, as unidades de internamento empregam os procedimentos adequados no que toca a gestão de resíduos hospitalares (*vide* Figura 15).

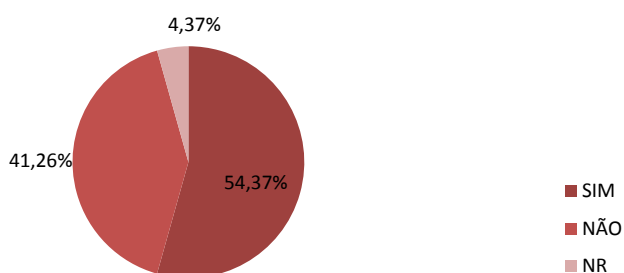
Figura 15 – Gestão de resíduos



Gestão de risco geral

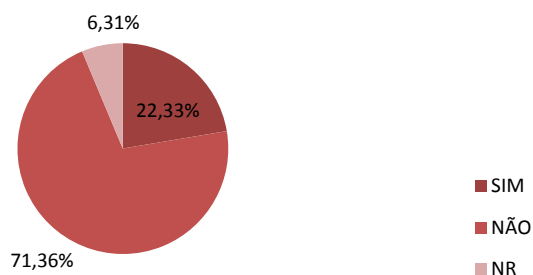
A nomeação de um responsável de gestão de risco não clínico não constitui uma prioridade para aproximadamente 41% dos prestadores (*vide* Figura 16).

Figura 16 – Nomeação de um responsável pela gestão do risco não clínico



Embora 74% das unidades tenha referido possuir plano de emergência e evacuação, uma percentagem inferior (cerca de 71% das unidades) afirmou ter realizado simulacros de evacuação com recurso a figurantes (*vide* Figura 17).

Figura 17 – Realização de simulacros de evacuação com recurso a figurantes



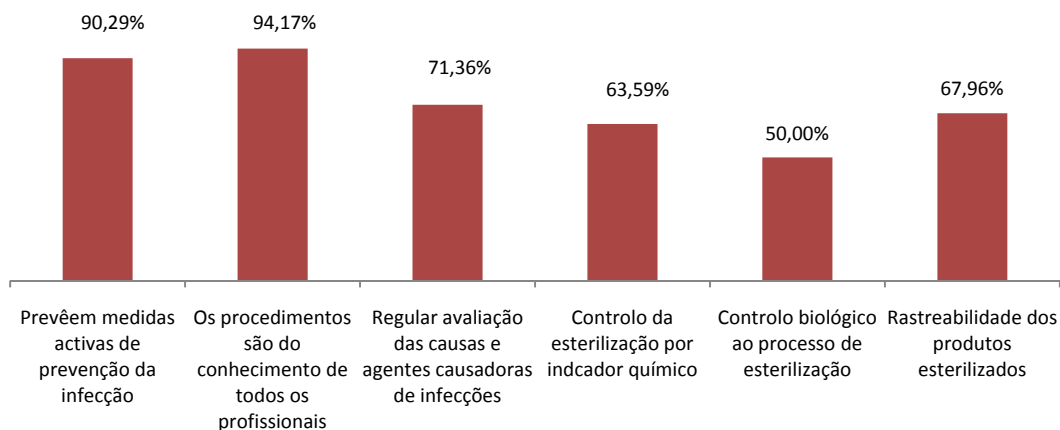
Controlo de infecção

Praticamente todos os prestadores afirmam manter práticas e políticas de controlo da infecção. No entanto, cerca de 25% afirmou não avaliar quais os agentes implicados nas infecções detectadas.

Apesar da demonstrada importância nas medidas activas de prevenção da infecção e disseminação para todos os profissionais da unidade, do ponto de vista do controlo dos produtos esterilizados existe ainda margem de melhoria, que se torna especialmente evidente na ausência do uso de indicadores químicos, biológicos e na rastreabilidade dos itens.¹⁷

O facto de cerca de 25% das unidades de internamento ter referido não utilizar qualquer indicador químico no controlo de esterilização surpreende, uma vez que seria de prever que todo o processo de esterilização fosse controlado com este marcador. Também surpreende a constatação de que apenas 50% dos prestadores que afirmaram esterilizar o material utiliza marcadores biológicos no controlo do processo (vide Figura 18).

Figura 18 – Controlo da infecção



¹⁷ As unidades de internamento que referiram usar apenas material descartável não foram contempladas para efeitos estatísticos.

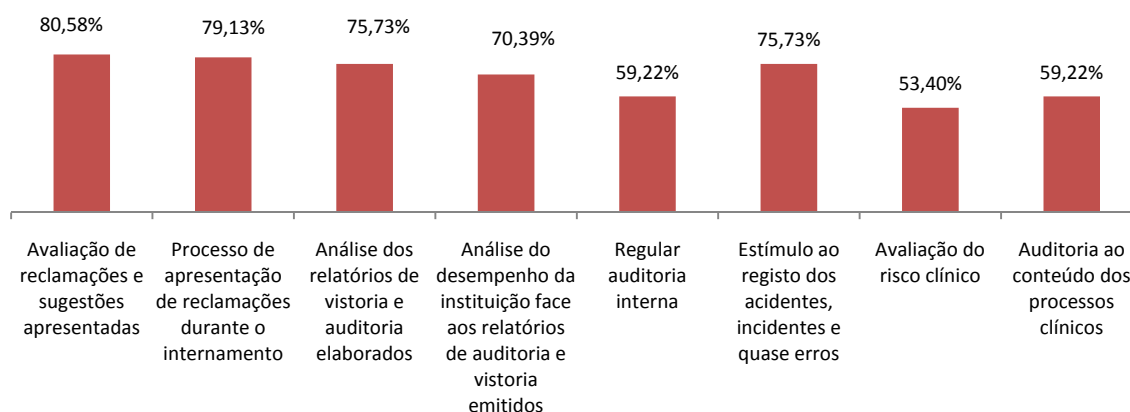
5.3. Melhoria da qualidade

Medidas de melhoria da qualidade

Algumas unidades referiram estar em processo de certificação ISO 9000.

De realçar, ainda, que cerca de 75% dos prestadores referiu estimular a prática do registo dos acidentes, incidentes e quase erros na unidade. Acresce que as auditorias internas já são executadas por quase 60% dos prestadores (*vide* Figura 19).

Figura 19 – Medidas de melhoria de qualidade



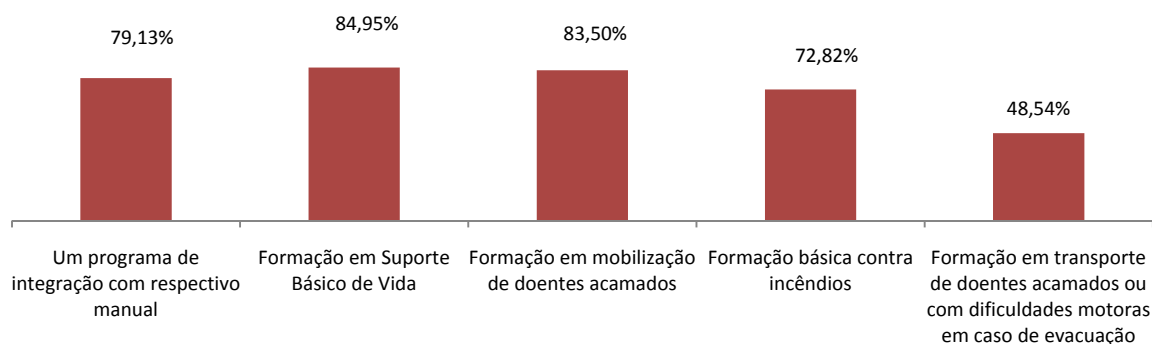
Por sua vez, a avaliação de risco clínico está prevista em apenas cerca de 53% dos prestadores e os conteúdos dos processos clínicos são auditados em menos de 60% dos prestadores.

Formação

Cerca de 90% das unidades afirmou ter um plano de formação escrito para todos os profissionais.

Quanto à formação de Suporte Básico de Vida, cerca de 85% demonstrou preocupação em dar formação aos seus colaboradores e 73% na formação básica contra incêndios (*vide* Figura 20).

Figura 20 – Plano de formação



Destaca-se ainda o baixo nível de formação em transporte dos doentes acamados ou com dificuldades motoras em caso de evacuação (menos de 50% das unidades).

5.4. Comentários finais

Em termos gerais, considera-se que a prestação de cuidados continuados integrados cumpre com as normas da qualidade previstas, pelo que, globalmente, o acesso dos utentes aos cuidados continuados de internamento equivalerá ao acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Não obstante, salienta-se que a melhoria de alguns dos critérios avaliados, nas instalações, prática clínica e risco destas unidades, beneficiaria os índices da qualidade na prestação dos cuidados de saúde, designadamente no que toca ao controlo de infeção, à gestão de risco geral, à manutenção de equipamentos e à melhoria da qualidade.

6. Conclusões

O presente documento apresenta os resultados do estudo do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde, atendendo ao que está previsto no plano de actividades da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

O estudo incluiu a caracterização da oferta, designadamente das unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e a identificação das redes de estabelecimentos e respectivos recursos humanos em Portugal continental.

Avaliou-se o acesso em termos espaciais, verificando-se se a expansão da RNCCI tem sido adequadamente distribuída, de forma a minimizar as desigualdades regionais no acesso. Realizou-se uma análise referente a barreiras ao envolvimento das famílias nos cuidados continuados de saúde.

Efectuou-se também uma avaliação do acesso numa vertente qualitativa, considerando os resultados de um inquérito enviado às unidades de internamento da RNCCI – tendo-se concluído, sucintamente, que, em termos gerais, a prestação de cuidados continuados de internamento cumpre com as normas da qualidade previstas, pelo que, globalmente, o acesso dos utentes aos cuidados continuados de internamento equivalerá ao acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Segundo dados da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) em Novembro de 2010, a Rede era constituída por 143 prestadores de cuidados de saúde públicos e não públicos e 214 unidades de internamento, verificando-se uma maior concentração de estabelecimentos prestadores de cuidados continuados de saúde e camas disponíveis para internamento nas Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) localizadas na região Norte de Portugal continental, e também um número mais expressivo de estabelecimentos nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Centro.

Entre Fevereiro e Novembro de 2010 houve um crescimento expressivo do número de unidades de internamento integradas na RNCCI, de 189 para 214, representando um aumento de 13%, tendo havido também um aumento no número de camas de 15% no mesmo período, de 3.959 para 4.548. As mudanças mais marcantes ocorreram nas RRAS de Chaves, em que anteriormente não existia nenhuma unidade de internamento, e de Castelo Branco, Sertão, Santarém e Sines, que apresentaram, em

tal período, crescimentos de unidades de internamento e de camas iguais ou superiores a 100%.

O maior crescimento em termos de número de unidades de internamento entre Fevereiro e Novembro de 2010 verificou-se nos cuidados paliativos, tendo o número de unidades aumentado 19%. O menor crescimento foi o dos cuidados de convalescença, tendo o número das respectivas unidades de internamento aumentado 6%.

Outra evolução positiva verificou-se no número de RRAS com os quatro tipos de unidades de internamento, que aumentou de oito para 10, entre Fevereiro e Novembro de 2010, ao passo que o número de RRAS com apenas um tipo de unidade de internamento diminuiu de oito para quatro.

A análise da acessibilidade espacial dos utentes aos cuidados continuados revelou que as maiores barreiras ao acesso do ponto de vista da proximidade dos utentes às unidades de internamento encontram-se nas RRAS de Moura, Montemor-o-Novo, Coruche, Guarda e Bragança. Por outro lado, a cobertura populacional estimada, considerando áreas de captação até meia hora de viagem em estrada em torno dos estabelecimentos e os dados de população residente, é de cerca de 96%, sendo que a população mais idosa, com idade igual ou superior a 65 anos, tem associada uma cobertura de aproximadamente 94%.

Numa análise espacial conjunta, considerando as duas dimensões espaciais do acesso – proximidade e capacidade –, identificaram-se quatro regiões cujas populações enfrentarão as maiores barreiras espaciais ao internamento nas unidades da RNCCI, designadamente Bragança, Coruche, Guarda e Moura, em que habitam cerca de 65.000 idosos de 65 anos ou mais, representando cerca de 4% da população total de idosos desta faixa etária. Destacou-se igualmente a má classificação obtida na análise pela RRAS de Setúbal, que detém a terceira maior população de idosos (mais de 130.000, representativa de 7% da população total de idosos), indicando a existência de barreiras à acessibilidade espacial que atingem um número substancial de potenciais utentes de cuidados continuados.

Por sua vez, agregando-se a avaliação das barreiras ao envolvimento das famílias nos cuidados continuados, identificaram-se como regiões prioritárias para uma redução das desigualdades no acesso das diferentes populações de Portugal continental aos cuidados continuados de saúde prestados em unidades de internamento as RRAS de Bragança e Moura.

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.

A promoção da concorrência exige, também, uma prévia avaliação do grau e condições de concorrência em cada mercado relevante. Nos termos da Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes¹⁸, *“um mercado do produto relevante compreende todos os produtos e/ou serviços considerados permutáveis ou substituíveis pelo consumidor devido às suas características, preços e utilização pretendida”* – (§7). Tem sido prática comum da Comissão Europeia começar por definir o mercado relevante do produto com base em elementos atinentes à procura, uma vez que, conforme refere a mesma Comunicação a este propósito, *“Do ponto de vista económico, para a definição do mercado relevante, a substituição do lado da procura constitui o elemento de disciplina mais imediato e eficaz sobre os*

¹⁸ Comunicação (97/C 372/03) publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5 de 9.12.1997.

fornecedores de um dado produto, em especial no que diz respeito às suas decisões em matéria de preços” – cfr. §13 da Comunicação da Comissão.

Por outro lado, uma definição do mercado relevante visa sobretudo identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes operadores têm de enfrentar por concorrentes efectivos, susceptíveis de restringir o seu comportamento e os impedir de actuar com independência, face a uma eventual pressão concorrencial efectiva¹⁹. Nesta perspectiva, assume particular relevo analisar o mercado na dimensão geográfica, uma vez que sendo a prestação de cuidados de saúde um serviço que exige a presença física do utente, só se poderão considerar como concorrentes prestadores que se situem a uma distância do utente não muito elevada. Nos termos da Comunicação da Comissão referida, que aqui acompanhamos, os mercados geográficos relevantes compreendem a área: (1) em que as empresas a serem analisadas estão envolvidas na oferta e procura de produtos ou serviços; (2) em que as condições de concorrência são suficientemente homogêneas; e (3) que pode ser distinguida de áreas vizinhas em razão de condições de concorrência apreciavelmente diferentes nessas áreas.

Nenhum método de definição de mercados geográficos é unânime, podendo os diferentes métodos apresentar resultados bastante heterogêneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)²⁰. No caso em apreço, a definição do mercado geográfico relevante encontra-se profundamente imbricada com a definição do mercado do produto relevante, isto é, as características deste último determinam necessariamente o tipo de critérios que deverá estar subjacente a uma delimitação do âmbito geográfico. 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

¹⁹ Esta questão releva de sobremaneira para efeitos da concorrência no mercado, mas também em sede da concorrência no acesso ao mercado como em caso de concurso público.

²⁰ 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.

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.

Em suma, 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 referência²¹ 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 km². Assim, uma definição meramente geométrica das RRAS implicaria a criação de cerca de 44 áreas geográficas relevantes de 2.000 km² cada, tendo em conta que a área total de Portugal continental é de 88.967 km².²²

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 comum²³, 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.

²¹ 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.

²² Instituto Geográfico Português – Carta Administrativa Oficial de Portugal (versão 5.0 de 2005).

²³ 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.

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 distritos, 28 NUTSIII e 5 NUTSII²⁴. 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 1999²⁵, o que não poderá ser ignorado na construção da matriz das RRAS.

Todavia, as NUTSII correspondem a áreas geográficas demasiado grandes para traduzirem regiões dentro das quais os utentes estão dispostos a deslocar-se para

²⁴ 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.

²⁵ 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.

obter serviços de saúde. As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respectivamente, 21.287, 23.672, 11.736, 27.276 e 4.996 km², enquanto que, como foi dito, a área geográfica de abrangência dos serviços prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km². Assim, as RRAS deverão coincidir com sub-regiões das NUTSII, o que sugere naturalmente a utilização das NUTSIII como base de referência 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 km²). 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 km², que deverão ser divididas. As 8 NUTSIII com áreas entre os 2.000 km² e os 4.000 km² foram mantidas intactas, uma vez que da sua divisão não poderiam resultar sequer duas regiões com pelo menos 2.000 km².

A divisão das nove NUTSIII com dimensão superior a 4.000 km², 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 km² 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 dimensão²⁶, 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 2000 km², passa-se ao segundo pólo, para definir uma nova RRAS²⁷. Se este processo for suficiente para atingir uma área de 2.000 km², 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 km²²⁸. 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.

²⁶ Para ilustrar a aplicação da metodologia, utilizaremos a definição das RRAS na NUTSII Alentejo, onde o pólo de maior dimensão é Évora.

²⁷ 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 km², suficiente para considerar criada esta RRAS.

²⁸ 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 Sor 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 km². 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 km²).

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 nomes²⁹. Na região Centro, a única NUTSIII com mais de 4.000 km², a Beira Interior Norte, só tem um potencial pólo de atracção (Guarda) pelo que não é possível 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 Sor, 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)



²⁹ Os pólos de Lamego e Peso da Régua foram agregados à RRAS de Vila Real.

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 | Abrantes | |
| | Terras de Bouro | Alcanena | |
| | Vila Verde | Constância | |
| Bragança | Bragança | Entroncamento | Entroncamento |
| | Miranda do Douro | | Ferreira do Zêzere |
| | Vimioso | | Ourém |
| | Vinhais | | Sardoal |
| Caldas da Rainha | Alcobaça | Évora | 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 Sor | Alter do Chão |
| | Pombal | | Avis |
| Lisboa | Porto de Mós | Portalegre | Fronteira |
| | Amadora | | Gavião |
| | Cascais | | Ponte de Sor |
| | 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 | |
| | Vila Nova de Gaia | Lamego | |
| | Santarém | Almeirim | Vila Real |
| Alpiarça | | Moimenta da Beira | |
| Azambuja | | Murça | |
| Cartaxo | | Penedono | |
| Chamusca | | Peso da Régua | |
| Golegã | | Sabrosa | |
| Rio Maior | | Santa Marta de Penaguião | |
| Santarém | | São João da Pesqueira | |
| São João da Madeira | Arouca | Sernancelhe | |
| | Oliveira de Azeméis | Tabuaço | |
| | Santa Maria da Feira | Tarouca | |
| | São João da Madeira | Vila Pouca de Aguiar | |
| | Vale de Cambra | Vila Real | |
| Seia | Fornos de Algodres | Viseu | Aguiar da Beira |
| | Gouveia | | Carregal do Sal |
| | Seia | | Castro Daire |
| Sertã | Mação | | Mangualde |
| | Oleiros | | Mortágua |
| | Proença-a-Nova | | Nelas |
| | Sertã | | Oliveira de Frades |
| | Vila de Rei | | Penalva do Castelo |
| Setúbal | 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 ²) | 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 Sor | 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 • *telef.:* 222 092 350 • *fax:* 222 092 351 • *www.ers.pt*