





# ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



## CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO DOS UTENTES A CONSULTAS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**AGOSTO DE 2010**



## Índice

1. Introdução.....	1
2. Estrutura da oferta .....	4
2.1. Rede de prestadores e suas estruturas organizacionais .....	4
3. Dimensões espaciais do acesso .....	9
3.1. Proximidade .....	9
3.2. Capacidade .....	15
4. Dimensões não espaciais do acesso .....	21
4.1. Adequabilidade .....	22
4.1.1. Sistema de marcação de consulta .....	22
4.1.2. Tempo de espera da marcação até à consulta .....	25
4.1.3. Funcionamento fora do horário normal de trabalho .....	26
4.2. Aceitabilidade.....	27
4.2.1. Clareza das informações prestadas .....	28
4.2.2. Acessibilidade para deficientes físicos .....	29
4.2.3. Simpatia.....	30
4.3. Esforço financeiro .....	31
5. Índice global de acesso .....	35
6. Conclusões .....	48
Anexo I – Acesso aos serviços de saúde: as cinco dimensões .....	51

## Índice de Abreviaturas

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

ARS – Administração Regional de Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GMENAC – *Graduate Medical Education National Advisory Committee*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

MGF – Medicina Geral e Familiar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

SRS – Sub-Região de Saúde

## 1. Introdução

Nos termos da al. b) do art. 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, um dos objectivos da actividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei. Para esse efeito, incumbe à ERS, nos termos do art. 35.º do mesmo diploma, assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados, bem como zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados.

O direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido em pleno se não se verificarem desigualdades significativas, ao nível do acesso, entre as populações das diversas regiões do continente. A oferta de serviços deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acesso uniforme para todas as populações.

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

O presente documento, atendendo ao que está previsto no plano de actividades da ERS, apresenta os resultados do estudo de caracterização do acesso dos utentes a consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF) e constitui a versão final do relatório, elaborada após o envio de uma versão preliminar a entidades com interesse no sector, para recolha de comentários. Analisou-se o acesso dos utentes às consultas em estabelecimentos não públicos, complementando o estudo de caracterização do acesso às consultas com os médicos de família nos Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente o “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, publicado no sítio da ERS ([www.ers.pt](http://www.ers.pt)).

A MGF é uma especialidade clínica orientada para a prestação de cuidados de saúde primários e tem um papel fundamental na gestão da intercomunicação com as outras especialidades médicas, cobrindo um vasto leque de actividades. A actuação do estabelecimento prestador de serviços de saúde que oferece consultas de MGF não se limita apenas ao diagnóstico e tratamento de doenças específicas, mas compreende também a gestão hierarquizada de múltiplos problemas, tendo em conta tanto as prioridades identificadas pelos profissionais de saúde como as prioridades do utente.<sup>1</sup>

Os estabelecimentos que oferecem consultas de MGF assumem-se como promotores da saúde, não apenas dos utentes individuais, mas também das famílias que recorrem aos seus profissionais de saúde. Sendo assim, no que se refere aos profissionais de saúde que realizam as consultas de MGF, é adequada a denominação comumente utilizada de “médico de família”, em alternativa a médico de MGF, devendo-se caracterizar o utente de consultas de MGF como sendo não apenas um utente individual, mas um indivíduo pertencente a uma família, cujos restantes membros também costumam ser acompanhados pelo mesmo médico.<sup>2</sup>

O conceito de “médico de família” equivale ao conceito de médico generalista (maioritariamente, o médico com a especialidade de MGF), ou o profissional cuja actividade está orientada para a prestação de cuidados de saúde primários à população, consultando os indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas. O conceito não depende do leque de serviços de saúde abrangidos – concretamente determinados pelas necessidades dos utentes – ou do local ou regime em que o profissional exerce actividade.

O acesso dos utentes aos serviços de saúde pode ser avaliado em múltiplas dimensões, e qualquer avaliação do acesso exige uma prévia definição da dimensão em análise. Uma das metodologias utilizadas para avaliar o acesso parte da definição de dois “estádios” na prestação de serviços de saúde: a prestação “potencial” de serviços de saúde, isto é, aquela que satisfaria todas as necessidades da população; e a prestação “realizada” de serviços de saúde, ou seja, aquela que efectivamente é fornecida aos utentes. A avaliação do acesso consistiria na avaliação das barreiras

---

<sup>1</sup> Allen, J. *et al.* (2005), “A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar), Versão Reduzida. EURACT, 2005”, publicado na Revista Portuguesa de Clínica Geral 2005; 21:511-6.

<sup>2</sup> Rebelo, L. (2001), “O médico de família do futuro, Três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais”, publicado na Revista Portuguesa de Clínica Geral 2001; 17:159-62.

que impedem a transformação completa da prestação “potencial” em prestação “realizada”.<sup>3</sup>

As barreiras ao acesso – que interferem na progressão do acesso potencial ao realizado – podem ser agrupadas em cinco dimensões: proximidade, capacidade, esforço financeiro, aceitabilidade e adequabilidade.<sup>4</sup> As duas primeiras dimensões têm uma vertente espacial: sucintamente, a “capacidade” refere-se ao volume existente de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde de entre os quais os utentes podem optar e a “proximidade” é caracterizada pela adequação entre as distribuições geográficas dos estabelecimentos e dos utentes, em termos de distância ou tempo de viagem entre os locais onde se encontram os utentes e os estabelecimentos. As três últimas dimensões são essencialmente não espaciais e reflectem os sistemas de financiamento, a organização dos serviços de saúde e factores culturais. O “esforço financeiro” refere-se à capacidade ou disposição dos utentes para suportar os encargos com a prestação de serviços de saúde. A “aceitabilidade” reporta-se à correspondência entre a prestação de serviços de saúde e as reais necessidades e expectativas dos utentes. A “adequabilidade” alude à adequação da organização do prestador em termos de horários de funcionamento e marcação de consultas, entre outros factores, às restrições e preferências dos utentes.

O trabalho apresentado neste documento visa avaliar estas cinco dimensões do acesso dos utentes a consultas de MGF, complementando-se a análise realizada no “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” com novas informações recolhidas referentes aos prestadores não públicos de consultas de MGF.

Assim, o capítulo 2 descreve a estrutura da oferta de consultas nesta área. No capítulo 3, procede-se à avaliação do acesso a consultas não públicas de MGF, de forma a complementar a avaliação do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, nas suas dimensões espaciais de proximidade e capacidade. No capítulo 4, por sua vez, são apresentados os resultados da análise das dimensões não espaciais, possibilitando o cálculo de um índice global de acesso, o qual é apresentado no capítulo 5. Finalmente, no capítulo 6 são expostas as principais conclusões do estudo.

---

<sup>3</sup> Guagliardo, M. F., (2004), “Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges”, *International Journal of Health Geographics*, 3 (3).

<sup>4</sup> Na classificação de Penchansky R, Thomas JW, “The Concept of Access”, *Medical Care*, 1981, 19(2):127-140. Uma revisão mais profunda da principal literatura sobre a metodologia das cinco dimensões do acesso aos serviços de saúde é apresentada no Anexo I do presente relatório.

## 2. Estrutura da oferta

### 2.1. Rede de prestadores e suas estruturas organizacionais

Para se efectuar uma análise de acesso dos utentes a estabelecimentos prestadores de serviços de saúde define-se usualmente uma matriz regional constituída por agregados regionais para os quais se calculam métricas de acesso. Tais métricas podem depois ser comparadas entre as regiões, de forma a detectarem-se as desigualdades de acesso por partes das diferentes populações. É prática comum, 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.

No caso dos cuidados primários do SNS, conforme se viu no “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, eram duas as divisões administrativas que se traduziam em efectivas áreas relevantes em termos de centros de decisão das políticas regionais: as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as já extintas Sub-Regiões de Saúde (SRS). As primeiras são regiões demasiado latas e abrangentes para servirem de unidade de análise numa avaliação de acesso aos estabelecimentos, uma vez que não é razoável admitir que os utentes efectuem, no âmbito dos cuidados de saúde primários ou das consultas de MGF, deslocções tão grandes como, por exemplo, os 213 quilómetros que ligam a vila de Vinhais à cidade do Porto (na ARS Norte). Utilizaram-se, então, as extintas SRS como unidade de análise do acesso aos estabelecimentos, que até recentemente constituíam centros de decisão relevantes, em termos de organização dos cuidados primários do SNS. Sendo assim, e para se aproveitar a análise realizada no estudo anterior do acesso dos utentes a consultas públicas, complementando-se tal análise com a consideração do acesso a consultas não públicas, opta-se no presente documento pela utilização das áreas geográficas das antigas SRS como unidade de análise, as quais têm a vantagem de coincidir com outras divisões administrativas, nomeadamente os distritos. Portanto, com base nos distritos, apresenta-se de seguida a estrutura da oferta dos estabelecimentos prestadores de consultas de MGF públicos e não públicos.

A partir de informação fornecida à ERS, verifica-se que em 2007 existiam 345 Centros de Saúde, e 1.767 extensões destes, totalizando 2.112 pontos de acesso a consultas públicas de MGF. Por sua vez, com base nos elementos constantes do SRER, em

Março de 2009, constatou-se que eram 1.693 os estabelecimentos não públicos prestadores de consultas de MGF.<sup>5</sup>

A tabela 1 apresenta os estabelecimentos públicos e não públicos prestadores de consultas de MGF distribuídos por ARS e distritos.

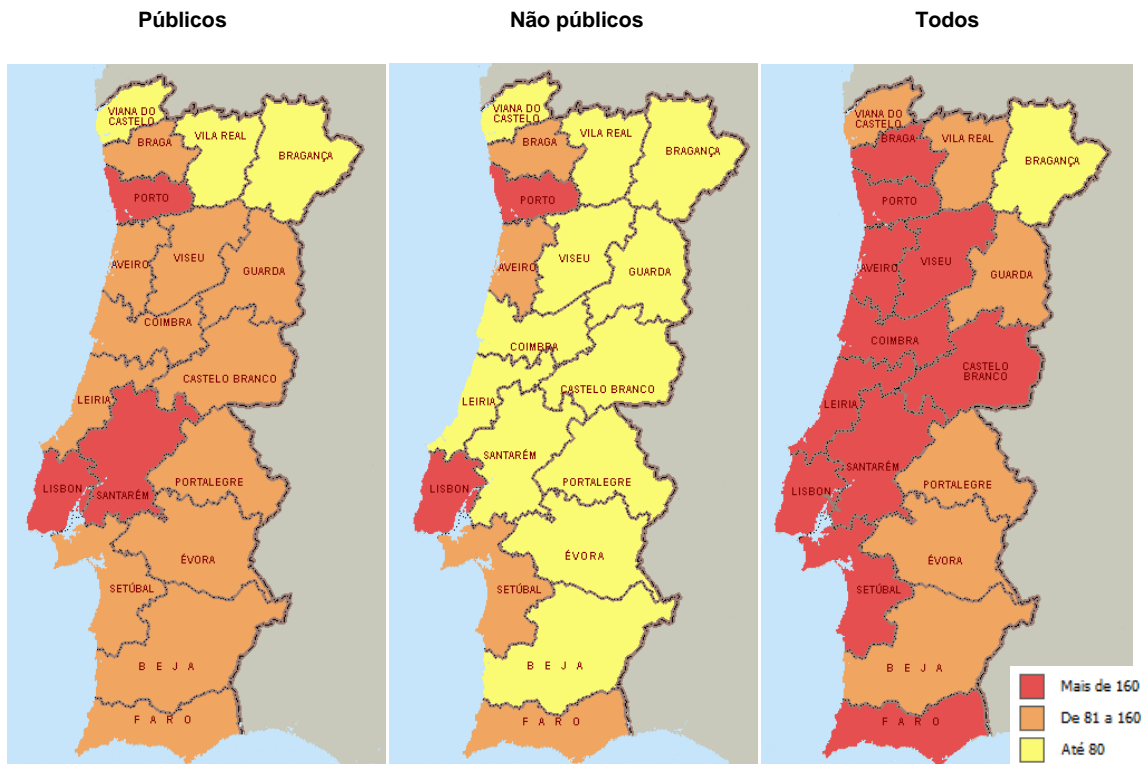
**Tabela 1 – Estabelecimentos públicos e não públicos de consultas de MGF**

Distrito	C. Saúde	Extensões	Est. púb.	%	Est. n. púb.	%	Total	%
Braga	15	88	103	5%	125	7%	228	6%
Bragança	12	51	63	3%	17	1%	80	2%
Porto	34	148	182	9%	370	22%	552	15%
Viana do Castelo	12	27	39	2%	42	2%	81	2%
Vila Real	16	56	72	3%	24	1%	96	3%
Aveiro	19	139	158	7%	120	7%	278	7%
Castelo Branco	11	137	148	7%	33	2%	181	5%
Coimbra	22	137	159	8%	56	3%	215	6%
Guarda	14	82	96	5%	17	1%	113	3%
Leiria	17	116	133	6%	78	5%	211	6%
Viseu	26	66	92	4%	71	4%	163	4%
Lisboa	45	147	192	9%	388	23%	580	15%
Setúbal	20	92	112	5%	148	9%	260	7%
Santarém	22	166	188	9%	69	4%	257	7%
Beja	14	87	101	5%	15	1%	116	3%
Évora	14	81	95	4%	22	1%	117	3%
Portalegre	16	75	91	4%	17	1%	108	3%
Faro	16	72	88	4%	81	5%	169	4%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>1.767</b>	<b>2.112</b>	<b>100%</b>	<b>1.693</b>	<b>100%</b>	<b>3.805</b>	<b>100%</b>

Os mapas da figura 1 ilustram as distribuições geográficas dos estabelecimentos públicos, dos estabelecimentos não públicos e de todos os estabelecimentos que oferecem consultas de MGF, notando-se a maior concentração da oferta não pública nos centros urbanos de Porto e Lisboa.

<sup>5</sup> Note-se que, do total de estabelecimentos que oferecem consultas não públicas de MGF, 88% são detidos por entidades privadas e 12% são detidos por cooperativas e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

**Figura 1 – Número de Estabelecimentos por Distritos**

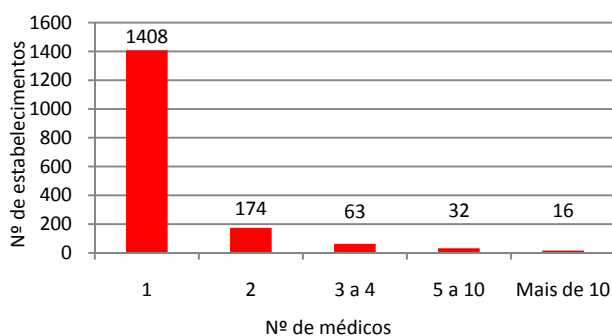


Os quadros de pessoal dos Centros de Saúde são tipicamente compostos por uma grande variedade de categorias profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros, pessoal técnico superior, pessoal técnico, pessoal administrativo, pessoal auxiliar e outros. Cada Centro de Saúde emprega, em média, 19 médicos e 21 enfermeiros. Se, além destes, forem considerados os demais profissionais, verifica-se que os Centros de Saúde têm um quadro de pessoal médio de 76 colaboradores. O número total de médicos nos Centros de Saúde é de 6.443.

Por sua vez, os 1.693 estabelecimentos não públicos de MGF contam com 2.459 empregos de médicos.<sup>6</sup> Como se constata na figura 2, a maioria dos estabelecimentos não públicos de MGF tem apenas um médico (cerca de 83% dos 1.693). Vê-se claramente nesta figura que a distribuição dos estabelecimentos de MGF por dimensão (avaliada pelo número de médicos empregados) é assimétrica, com enviesamento para as dimensões menores.

<sup>6</sup> O uso da terminologia “empregos de médicos” significa que a contagem dos profissionais de saúde é feita com base em postos de trabalho nos serviços, pelo que um qualquer profissional de saúde que exerça funções em vários estabelecimentos é contado tantas vezes quantas o número de postos de trabalho que ocupa.

**Figura 2 – Distribuição dos estabelecimentos não públicos de MGF por número de médicos**

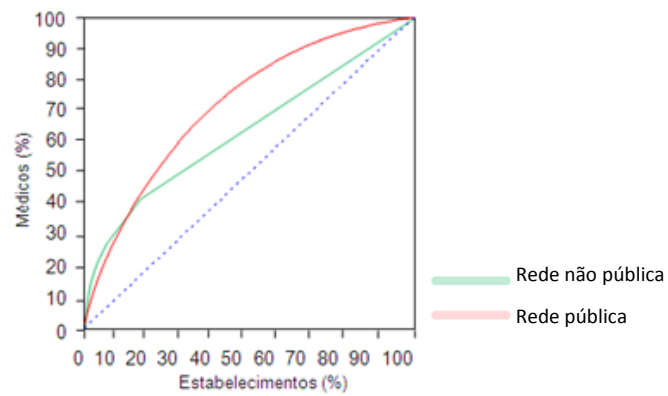


Dividindo o número total de médicos pelo número de estabelecimentos não públicos, constata-se que, em média, cada estabelecimento de MGF em Portugal continental emprega 1,45 médicos, número que, arredondado, equivale à mediana.<sup>7</sup> Portanto, o estabelecimento não público de MGF típico terá 1 médico, enquanto, em contrapartida, o estabelecimento público típico (Centro de Saúde), quando avaliado pela mediana, tem 15 médicos.

Pode-se comparar visualmente as heterogeneidades nas estruturas de pessoal dos estabelecimentos de MGF por meio da figura 3, que mostra a desigualdade existente na distribuição de médicos pelos estabelecimentos públicos (a vermelho) e não públicos (a verde). Enquanto os 10% mais pequenos Centros de Saúde concentram apenas cerca de 2% do total dos médicos (com uma média de 3 médicos por centro e respectivas extensões), os 10% maiores concentram 30% dos médicos (55 por centro e respectivas extensões, em média). Por outro lado, enquanto os 10% estabelecimentos não públicos mais pequenos de MGF concentram 7% do total dos médicos (com uma média de 1 médico por estabelecimento), os 10% maiores estabelecimentos não públicos concentram 33% do total de médicos (com uma média de cerca de 5 médicos por estabelecimento).

<sup>7</sup> Quando a distribuição da população a analisar é enviesada, o valor médio é afectado pela existência de poucas unidades com muitos profissionais. A mediana, outra medida de tendência central, não tem este inconveniente.

**Figura 3 – Distribuição de médicos pelos estabelecimentos de MGF**



De seguida, inicia-se a apresentação da análise das cinco dimensões do acesso dos utentes aos estabelecimentos não públicos que oferecem consultas de MGF, complementando a análise do acesso aos estabelecimentos públicos realizada no “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”.

## 3. Dimensões espaciais do acesso

### 3.1. Proximidade

A avaliação da proximidade à rede de Centros de Saúde realizada no “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” incluiu a estimacão da populacão que reside a uma distãncia suficientemente prxima de pelo menos um ponto da rede, e pela anãlise da densidade da rede de Centros de Saude e suas extensões em cada regiao. Simularam-se áreas de captacão de 30 minutos (tempo de viagem em estrada) em torno dos pontos da rede. A opcao pelos 30 minutos justificou-se por ser este o padrao de distãncia em tempo de viagem atã aos servicos recomendado pelo GMENAC (*Graduate Medical Education National Advisory Committee*) para cuidados primários.<sup>8</sup> Como se verificou no estudo da ERS, a quase totalidade do território continental estã a menos de 30 minutos de um Centro de Saude ou extensão. A populacão residente não coberta pelas áreas de captacão não chega a representar 0,1% da populacão de Portugal continental. Mais precisamente, estimou-se uma populacão a mais de 30 minutos na ordem dos 0,023%.

O mesmo exercicio foi realizado com base nos estabelecimentos não pùblicos que oferecem consultas de MGF e obteve-se um resultado semelhante, embora menos abrangente: tendo em conta as áreas cobertas pela rede global de oferta de consultas de MGF nos termos descritos *supra*, estimou-se que cerca de 5% da populacão residente em Portugal continental se encontra a mais de 30 minutos de um estabelecimento de MGF não pùblico ou, dito de outra forma, que a proximidade a estabelecimentos de MGF não pùblicos é de 95%. As regioes do interior e sul do país são aquelas em que a percentagem da populacão não abrangida pelas áreas de alcance atã 30 minutos é maior, pelo que são áreas de menor proximidade.

Considerando a oferta pùblica e não pùblica conjuntamente, verificou-se que a cobertura da oferta não pùblica é na verdade um subconjunto da oferta pùblica, pelo que continua a haver 35 localidades que se situam a mais de 30 minutos de algum ponto de oferta de consultas de MGF. Sendo assim, mantem-se a estimativa de populacão não coberta em atã 30 minutos, calculada no estudo dos cuidados de saude primários do SNS, de 0,023% da populacão de Portugal continental.

---

<sup>8</sup> Veja-se, por exemplo, Fortney, J. et al. (2000), “Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services”, *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 1:2, pp. 173-184.

A tabela 2 *infra* apresenta as densidades da rede de estabelecimentos de MGF públicos e não públicos nos distritos. A última coluna apresenta as densidades considerando todos os estabelecimentos – públicos e não públicos –, pelo que se pode notar que há em Portugal continental cerca de quatro estabelecimentos que oferecem consultas de MGF por cada 100 quilómetros quadrados, sendo notório que as densidades de estabelecimentos são maiores nos distritos do Porto e de Lisboa, onde há mais de 20 estabelecimentos por cada 100 quilómetros quadrados.

**Tabela 2 – N.º de estabelecimentos de MGF públicos e não públicos por 100 quilómetros quadrados**

<b>Distrito</b>	<b>Púb. por 100 km<sup>2</sup></b>	<b>N. Púb. por 100 km<sup>2</sup></b>	<b>Est. por 100 km<sup>2</sup></b>
Porto	7,8	15,9	23,7
Lisboa	6,9	13,8	20,7
Aveiro	5,6	4,3	9,9
Braga	3,8	4,6	8,4
Leiria	3,8	2,2	6,0
Coimbra	4,0	1,4	5,4
Setúbal	2,2	2,9	5,1
Santarém	2,8	1,0	3,8
Viana do Castelo	1,8	1,9	3,7
Faro	1,8	1,6	3,4
Viseu	1,8	1,4	3,3
Castelo Branco	2,2	0,5	2,7
Vila Real	1,7	0,6	2,2
Guarda	1,7	0,3	2,0
Portalegre	1,5	0,3	1,8
Évora	1,3	0,3	1,6
Bragança	1,0	0,3	1,2
Beja	1,0	0,1	1,1
Total	2,4	1,9	4,3

O indicador de proximidade utilizado para efeito da construção do índice global de acesso no “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” foi, tendo em conta cada distrito, o ajustamento entre o rácio de Centros de Saúde e suas extensões por 100 quilómetros quadrados e a densidade populacional. Verificou-se que a relação entre o rácio e a densidade das populações é positiva e estatisticamente significativa a um nível de confiança superior a 95%, evidenciando algum grau de ajustamento global entre a densidade de pontos de oferta de cuidados de saúde primários do SNS e a localização das populações.

No intuito de se verificar se o rácio de estabelecimentos não públicos por 100 quilómetros quadrados e a densidade populacional também apresentam uma relação positiva e estatisticamente significativa a um nível de confiança superior a 95%,

realizou-se uma regressão similar à realizada no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, cujos resultados são apresentados na tabela 3.

**Tabela 3 – Regressão: n.º de estabelecimentos não públicos de MGF por 100 quilómetros quadrados e densidades populacionais**

Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	<i>P-value</i> <sup>9</sup>
Constante	-0,278962	0,114673	-2,432676	0,0271
Densidade populacional	0,018785	0,001146	16,38985	0,0000

$R^2=0,986708$

Note-se que se verifica novamente, assim como ocorreu no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, um ajustamento entre a densidade de pontos da oferta e a densidade das populações. Repare-se que o *P-value* próximo de zero indica uma associação estatística relevante do rácio de estabelecimentos por 100.000 quilómetros quadrados à densidade populacional.

No entanto, tendo-se verificado uma situação de heteroscedasticidade,<sup>10</sup> em que os resíduos da estimação aumentavam juntamente com o aumento da densidade populacional, recorreu-se à realização de uma regressão adicional, com os logaritmos das variáveis em causa, com vista à análise desses novos resíduos, desta vez não influenciados pela situação de heteroscedasticidade.

Apresenta-se na figura 4 o resultado desta regressão dos logaritmos das variáveis em causa, nomeadamente os rácios de estabelecimentos não públicos por 100.000 quilómetros quadrados e as densidades populacionais por distrito. Na tabela 4 apresenta-se a análise de *clusters*<sup>11</sup> realizada – mesmo método utilizado no estudo

<sup>9</sup> O *P-value* mede a probabilidade de o coeficiente ser zero, ou seja, de a variável ser irrelevante.

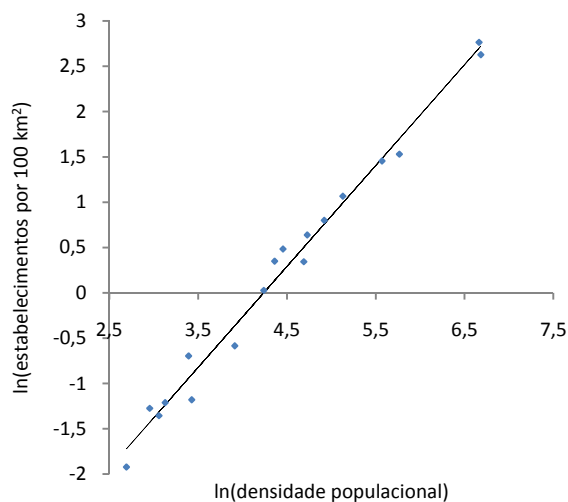
<sup>10</sup> A heteroscedasticidade foi confirmada por meio de testes estatísticos (testes de Goldfeld-Quandt e White). A regressão, cujos resultados são apresentados na tabela 3, foi realizada com a adopção de um método correctivo de heteroscedasticidade (correção de White).

<sup>11</sup> Do ponto de vista metodológico, a análise de *clusters* apresenta a vantagem de não exigir a definição arbitrária dos limites de cada categoria. É a própria metodologia que agrupa as observações segundo um critério de afinidade em termos de uma determinada variável, maximizando o grau de associação entre observações do mesmo grupo e minimizando o grau de associação entre observações de grupos diferentes. Isto é, são os próprios dados que definem o que é um valor alto ou um valor 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), considerada a técnica mais adequada para estudos em que temos, à partida, uma hipótese quanto ao número de grupos a formar.

dos cuidados de saúde primários do SNS –, que permite classificar em três níveis os graus de ajustamento verificados nos distritos.

**Figura 4 – Regressão: logaritmo do rácio de estabelecimentos por 100.000 km<sup>2</sup> vs. logaritmo da densidade populacional**



**Tabela 4 – Resíduos de estimação**

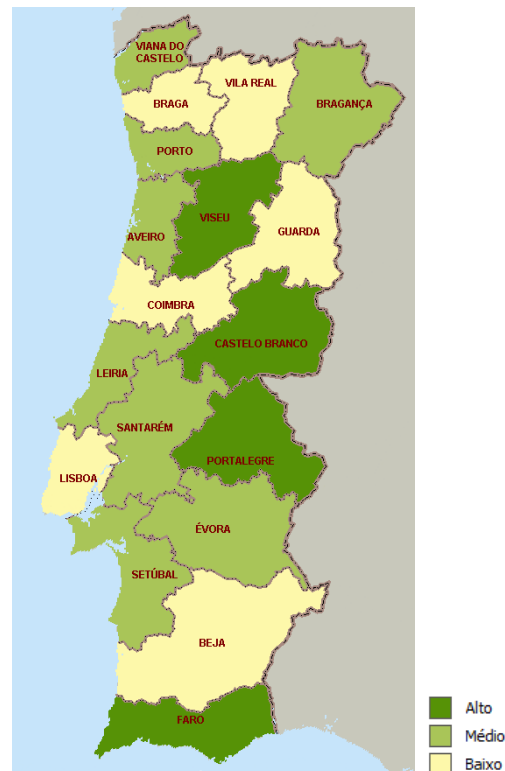
<b>Distrito</b>	<b>Resíduo de estimação</b>	<b>Cluster</b>
Castelo Branco	0,25	Alto
Faro	0,24	Alto
Viseu	0,21	Alto
Portalegre	0,16	Alto
Viana do Castelo	0,09	Médio
Setúbal	0,08	Médio
Porto	0,07	Médio
Leiria	0,04	Médio
Santarém	0,03	Médio
Évora	0,03	Médio
Aveiro	-0,03	Médio
Bragança	-0,04	Médio
Lisboa	-0,09	Baixo
Coimbra	-0,16	Baixo
Braga	-0,17	Baixo
Beja	-0,20	Baixo
Vila Real	-0,22	Baixo
Guarda	-0,28	Baixo

Note-se que um resíduo perto de zero indica um ajustamento adequado entre a densidade da rede e a densidade populacional, mais próximo do previsto pela linha de regressão. Por sua vez, quanto mais negativo for o resíduo associado a um distrito,

menos ajustada estará a localização da oferta relativamente à localização da procura potencial na área e as pessoas estarão, de modo geral, mais distantes dos estabelecimentos de MGF naquela área.

A figura 5 apresenta a classificação em *clusters* no mapa de Portugal continental.

**Figura 5 – Ajustamento da rede de estabelecimentos não públicos de MGF à densidade populacional**



Tendo em vista o facto de que a oferta pública agrega a grande maioria dos pontos de oferta, poder-se-á considerar a oferta não pública como uma oferta adicional, ou complementar, constituindo, assim, um indicador da liberdade de escolha das populações regionais, que se torna maior ou menor consoante a maior ou menor existência de pontos de oferta não públicos no distrito.

Neste sentido, o mapa da figura 5 ilustra a maior ou menor liberdade de escolha das populações, tendo em conta a proximidade da oferta não pública, medida pelo ajustamento da rede de estabelecimentos não públicos de MGF à densidade populacional.

Note-se que a maior liberdade de escolha ocorre nos distritos do *cluster* alto (Faro, Portalegre, Castelo Branco e Viseu), enquanto a menor liberdade de escolha aflige as

populações nos distritos classificados segundo o *cluster* baixo (Braga, Vila Real, Coimbra, Guarda, Lisboa e Beja), onde a proximidade das opções não públicas é menor.<sup>12</sup>

Por sua vez, reunindo-se na análise todos os estabelecimentos – públicos e não públicos – obtém-se os resultados ilustrados na figura 6.

**Figura 6 – Ajustamento da rede de estabelecimentos públicos e não públicos de MGF à densidade populacional<sup>13</sup>**



Se, por um lado, o mesmo exercício realizado para os Centros de Saúde do SNS resultou em três distritos no *cluster* alto (Aveiro, Coimbra e Leiria), três distritos no *cluster* médio (Castelo Branco, Santarém e Porto) e 12 distritos classificados no *cluster* baixo (Faro, Beja, Braga, Portalegre, Viana do Castelo, Setúbal, Évora, Lisboa, Guarda, Vila Real, Bragança e Viseu), nota-se na figura 6 que também são três os distritos classificados no *cluster* alto (Porto, Castelo Branco e Portalegre), sendo oito distritos classificados no *cluster* médio (Beja, Évora, Santarém, Lisboa, Leiria,

<sup>12</sup> A proximidade às consultas de MGF nas regiões pertencentes ao *cluster* alto é, como o nome indica, maior do que em todas as outras regiões. No *cluster* baixo estão os distritos com menor proximidade.

<sup>13</sup> Resultado de uma análise de *clusters* aos resíduos de uma regressão similar à apresentada na figura 5, mas considerando os logaritmos dos números de estabelecimentos públicos e não públicos por 100 quilómetros quadrados.

Coimbra, Guarda e Aveiro) e sete distritos no cluster baixo (Faro, Setúbal, Viseu, Bragança, Vila Real, Braga e Viana do Castelo).

A inclusão dos estabelecimentos não públicos, distribuídos de forma diferente dos estabelecimentos públicos relativamente às populações em cada área, implicou, assim, uma mudança nas classificações em *clusters*, notando-se a maior diferença no distrito de Portalegre. A proximidade no distrito de Portalegre, verificada no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, recebeu uma classificação em *cluster* baixo, mas a inclusão dos estabelecimentos não públicos na análise alterou a classificação da proximidade naquele distrito para *cluster* alto.

### 3.2. Capacidade

Como se observou no estudo sobre os Cuidados Primários do SNS, o acesso dos utentes em termos espaciais não depende apenas da existência de estabelecimentos próximos das populações. É também importante analisar se a capacidade de oferta desses estabelecimentos é suficiente para suprir as necessidades das populações, algo que cabe na análise da dimensão “capacidade”, a que é dedicada esta secção. Esta análise é particularmente importante porque se constatou existirem estabelecimentos com dimensões bastante díspares em termos de recursos humanos, que terão, assim, capacidades de oferta de consultas de MGF também bastante distintas.

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

Assim, para se medir a capacidade de resposta da rede de estabelecimentos não públicos de MGF às necessidades dos utentes, foi usada, mais uma vez, a matriz regional dos distritos, tendo sido, então, construído o indicador de capacidade – médicos dos estabelecimentos não públicos por 10.000 habitantes – para cada um dos distritos, da mesma forma como foi feito no “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, comparando tal distribuição geográfica com a distribuição geográfica da procura potencial por consultas de MGF em estabelecimentos não públicos.

Note-se que nos estabelecimentos de MGF podem ser prestados outros serviços de saúde além das consultas médicas (por exemplo, serviços de enfermagem ou vacinação, que são oferecidos nos Centros de Saúde do SNS), mas a medição da capacidade da rede dos estabelecimentos de MGF assenta na dotação de médicos, porque as consultas médicas são o elemento base de acesso aos serviços de saúde de MGF, onde se procede ao diagnóstico dos problemas dos utentes, onde se define o tipo de tratamentos e acompanhamento clínico, e onde se procede à referenciação para outros níveis da prestação de serviços de saúde (outras especialidades). Nesse sentido, uma menor dotação de médicos nos estabelecimentos de MGF poderá resultar num constrangimento ao acesso dos utentes a outros serviços de saúde prestados pelos estabelecimentos de MGF e igualmente em algum impacto negativo sobre o acesso dos utentes aos estabelecimentos de outras especialidades (especialmente no caso dos Centros de Saúde, que referenciam os utentes do SNS a outras especialidades nos hospitais).

A tabela 5 apresenta os rácios de médicos dos estabelecimentos não públicos de MGF por 10.000 habitantes, apresentando também os rácios de médicos dos estabelecimentos públicos e de todos os estabelecimentos, públicos e não públicos, por 10.000 habitantes.<sup>14</sup>

#### **Tabela 5 – Oferta de consultas de MGF relativamente à população**

---

<sup>14</sup> Note-se que são rácios aproximados, uma vez que os números referentes aos estabelecimentos não públicos de MGF se referem na verdade aos postos de trabalho dos médicos.

Distrito	Médicos dos Centros de Saúde por 10.000 hab.	Empregos de médicos não púb. por 10.000 hab.	Total de empregos por 10.000 hab.
Aveiro	6,0	1,8	7,8
Beja	8,0	1,1	9,2
Braga	5,4	2,6	8,0
Bragança	6,8	1,4	8,2
Castelo Branco	7,2	2,2	9,4
Coimbra	7,9	1,5	9,5
Évora	7,5	3,9	11,4
Faro	6,9	3,0	9,9
Guarda	7,0	1,1	8,2
Leiria	5,8	2,0	7,8
Lisboa	6,7	2,8	9,5
Portalegre	6,8	1,5	8,4
Porto	5,4	3,2	8,6
Santarém	6,1	1,6	7,7
Setúbal	6,8	2,1	8,8
Viana do Castelo	7,1	2,0	9,1
Vila Real	6,9	1,3	8,3
Viseu	6,3	2,2	8,5
Total	6,4	2,4	8,8

Como se pode notar, o rácio de empregos de médicos nos estabelecimentos não públicos por 10.000 habitantes é de 2,4 e o rácio de empregos de médicos em todos os estabelecimentos de MGF (públicos e não públicos) por 10.000 habitantes é de 8,8.

Um indicador que permite, pelo menos parcialmente, ajustar a distribuição geográfica da população no território pela maior ou menor probabilidade de necessidade de serviços de saúde é a estrutura etária. É sabido que a procura de serviços de saúde por um indivíduo representativo tem um perfil temporal em forma de U, ao longo do seu ciclo de vida, ou seja, a necessidade de serviços de saúde é maior nos primeiros anos de vida, reduz-se desde a infância até à idade adulta, e volta a aumentar com a aproximação de idades mais elevadas.<sup>15</sup>

Assim sendo, e considerando que as crianças e jovens recorrerão tipicamente a consultas de pediatria, em vez de a consultas de MGF, foi efectuada uma comparação entre a oferta de consultas de MGF em estabelecimentos não públicos relativamente à população (número de empregos de médicos dos estabelecimentos de MGF por

<sup>15</sup> Pessoas com idade superior a 65 anos integram um grupo que tem elevada necessidade de recorrer a serviços médicos primários, tais como as consultas de MGF (*vide* Wang, F. e Luo, W. (2005), "Assessing spatial and nonspatial factors for healthcare access: towards an integrated approach to defining health professional shortage areas", *Health & Place* 11 (2005) 131-146).

10.000 habitantes) com o seguinte indicador de estrutura etária: proporção de indivíduos com idades superiores a 64 anos na totalidade da população.

Os resultados da análise de regressão mostram que existe uma relação positiva, mas que não pode ser considerada estatisticamente significativa (a um nível de confiança de 95%), pelo que não há evidência de um ajustamento global.

Sendo assim, tendo em vista uma avaliação da liberdade de escolha das populações regionais em função da maior ou menor capacidade da oferta não pública nos distritos, apresenta-se no mapa da figura 7 uma classificação em *clusters* da dimensão da capacidade avaliada nos diferentes distritos por meio dos rácios de empregos de médicos dos estabelecimentos não públicos de MGF por 10.000 habitantes (*vide* tabela 5 *supra*).

**Figura 7 – Capacidade de consultas de MGF não públicas nos distritos**



Verifica-se, assim, que a grande maioria dos distritos é classificada no *cluster* baixo (Viana do Castelo, Vila Real, Bragança, Aveiro, Viseu, Guarda, Coimbra, Castelo Branco, Leiria, Santarém, Portalegre, Setúbal e Beja) e apenas o distrito de Évora é classificado no *cluster* alto, que se caracteriza, assim, como sendo o distrito com a maior capacidade. A população daquele distrito terá, portanto, uma maior liberdade escolha relativamente às populações dos outros distritos, tendo em conta a capacidade dos estabelecimentos não públicos de MGF.

Tendo em vista uma análise integrada, da capacidade de todos os estabelecimentos – públicos e não públicos –, considerando, portanto, o total de empregos por 10.000 habitantes (*vide* última coluna da tabela 5), ilustra-se no mapa da figura 8 os resultados da classificação em *clusters* realizada.

**Figura 8 – Capacidade de consultas de MGF públicas e não públicas nos distritos**



Se, por um lado, no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, se verificou que havia sete distritos classificados no *cluster* alto (Faro, Coimbra, Beja, Viana do Castelo, Setúbal, Évora e Lisboa), quatro distritos no *cluster* médio (Castelo Branco, Aveiro, Guarda e Vila Real) e sete distritos no *cluster* baixo (Leiria, Santarém, Braga, Portalegre, Porto, Bragança e Viseu), por outro lado, no que se refere à capacidade relativa a todos os estabelecimentos de MGF, há apenas um distrito no *cluster* alto (Évora), sendo sete os distritos que são classificados no *cluster* médio (Viana do Castelo, Coimbra, Castelo Branco, Lisboa, Setúbal, Beja e Faro) e 10 os distritos classificados no *cluster* baixo (Braga, Vila Real, Bragança, Porto, Aveiro, Viseu, Guarda, Leiria, Santarém e Portalegre).

## 4. Dimensões não espaciais do acesso

No “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, a ERS conduziu um inquérito junto de 1.031 utentes de 101 Centros de Saúde do SNS para avaliar duas dimensões não espaciais do acesso: a adequabilidade e a aceitabilidade. A terceira dimensão não espacial, o esforço financeiro, não foi avaliada, pois não pareciam verificar-se os pressupostos para que os preços daqueles serviços se pudessem considerar impeditivos do acesso, uma vez que apenas são cobradas taxas moderadoras a utentes não isentos e não cabia no âmbito daquele trabalho uma discussão sobre o ajustamento das taxas moderadoras praticadas aos objectivos de moderação do consumo. Considerou-se, assim, para efeitos de avaliação do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, que as taxas moderadoras não são uma barreira relevante ao acesso, tendo-se reforçado este argumento pela constatação de que uma parte significativa dos utentes do SNS (38,8%) beneficia de isenção do pagamento das taxas moderadoras, sendo diversas as situações que podem motivar a atribuição de isenção àqueles utentes, que seriam os que, à partida, poderiam sentir algum constrangimento no acesso aos serviços de saúde pela necessidade de pagamento das taxas.<sup>16</sup>

No presente trabalho, no entanto, uma vez que se inclui na análise os estabelecimentos não públicos que oferecem consultas de MGF a título particular, é inserida uma avaliação do acesso segundo esta dimensão, para além de novas avaliações das outras duas dimensões – adequabilidade e aceitabilidade.

Em alternativa ao inquérito aos utentes, realizaram-se, por sua vez, entre os dias 19 e 27 de Outubro de 2009, como forma de avaliar as três dimensões não espaciais do acesso dos utentes às consultas não públicas de MGF, contactos telefónicos com 82 estabelecimentos não públicos de MGF seleccionados aleatoriamente.<sup>17</sup> Avaliaram-se, assim, diversos temas que se inserem em cada uma das três dimensões, notando-se que as ligações telefónicas foram anónimas, para capturar o que será a experiência de um utente comum que liga a um estabelecimento de MGF não público para a marcação de uma consulta.

---

<sup>16</sup> A ERS abordou detalhadamente o tema das taxas moderadoras no SNS num estudo intitulado “Pagamentos pelos Utentes do SNS: Taxas Moderadoras e Comparticipações Adicionais”.

<sup>17</sup> Seleccionou-se uma amostra aleatória estratificada, garantindo um mínimo de dois prestadores por distrito e impondo-se um limite de 15 estabelecimentos nos distritos de maior concentração da oferta.

Como se pode ver *infra*, na apresentação dos resultados das análises destas dimensões não espaciais, a análise da dimensão da adequabilidade considerou quatro aspectos agrupados em três temas, a análise da aceitabilidade agregou outros três temas e o esforço financeiro foi medido com base nos preços que foram fornecidos.

## 4.1. Adequabilidade

Conforme referido *supra*, a dimensão da adequabilidade refere-se à adequação da organização do prestador em termos de horários de funcionamento e marcação de consultas, entre outros factores, às restrições e preferências dos utentes.

A análise da adequabilidade no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS enquadrou os procedimentos de marcação de consultas, os horários de funcionamento e o tempo de espera pela consulta, quer desde a data da marcação até ao dia da consulta, quer desde a chegada ao Centro de Saúde no dia da consulta até ao início da consulta. Aspectos semelhantes, que se podem inserir na mesma dimensão do acesso – atenta a definição da dimensão (*vide* Anexo I<sup>18</sup>) –, foram considerados na recolha de elementos por telefone efectuada nas ligações a 82 estabelecimentos não públicos de MGF. Nomeadamente, consideraram-se: a possibilidade de marcação de consultas fora do horário normal de trabalho; e, principalmente, os tempos de espera desde o dia da ligação telefónica até ao dia da marcação da consulta (nos casos em que se podia marcar consulta), tendo-se avaliado também o próprio sistema de marcação de consulta, verificando exactamente se era possível marcar a consulta por telefone e, em caso afirmativo, a facilidade com que essa marcação se processou.

As questões inseridas na dimensão da adequabilidade são discutidas de seguida, apresentando-se os resultados obtidos.

### 4.1.1. Sistema de marcação de consulta

No estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, foi analisado o sistema de marcação de consulta, avaliando-se a opinião dos utentes especificamente quanto à marcação presencial de consultas e à marcação de consultas por telefone. No que

---

<sup>18</sup> O Anexo I que se apresenta neste relatório é uma versão actualizada do anexo constante do relatório do “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”.

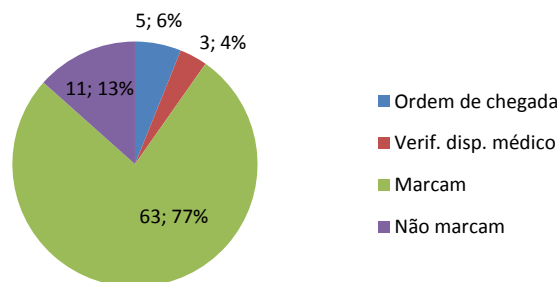
concerne à marcação presencial de consultas, avaliaram-se as respostas relativas à espera no Centro de Saúde até à marcação e ao número de deslocações até à marcação. Relativamente à marcação de consultas por telefone, consideraram-se para efeito de análise o número de telefonemas até à marcação e a espera nas ligações. Tais temas foram inseridos na avaliação da dimensão da adequabilidade.

Na nova recolha de informações realizada junto de 82 estabelecimentos não públicos de MGF, concentrou-se a análise na marcação de consultas por telefone, não se incluindo a análise da marcação presencial.

Considerou-se nesta análise do sistema de marcação de consultas igualmente o número de telefonemas até à marcação,<sup>19</sup> mas também a possibilidade de se marcar consultas por telefone e, nos casos afirmativos, a efectiva marcação das consultas.

Em 63 dos 82 estabelecimentos não públicos de MGF, conseguiu-se marcar consultas por telefone, pelo que em 19 estabelecimentos não foi possível marcar consulta – um número equivalente a 23% dos estabelecimentos da amostra. A figura 9 apresenta as diferentes respostas obtidas nos contactos telefónicos relativamente à marcação de consultas.

**Figura 9 – Marcação de consultas por telefone**

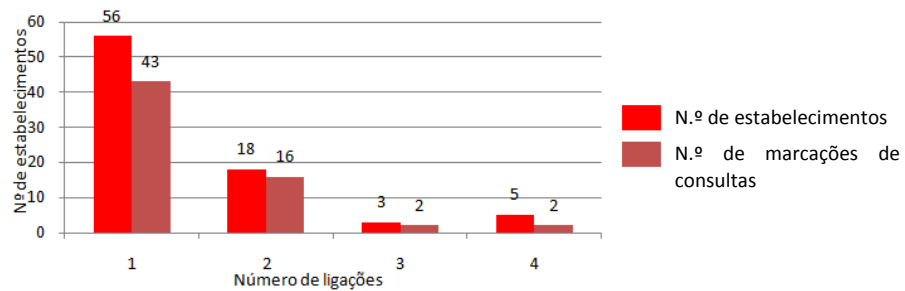


Portanto, em cinco dos 19 estabelecimentos em que não se conseguiu marcar consultas o atendimento processa-se por ordem de chegada dos utentes às instalações e em três ainda precisavam de verificar a disponibilidade de médicos, não tendo sido possível a marcação logo na primeira ligação telefónica. A total impossibilidade de se marcar consultas ocorreu, por sua vez, em 11 estabelecimentos (13% da amostra).

<sup>19</sup> Todas as ligações ocorreram dentro do período de horário normal de trabalho – concretamente, entre as 9:30 e aproximadamente 17:30, tendo havido um espaçamento por volta da hora do almoço, entre cerca de 12:30 e 14:00.

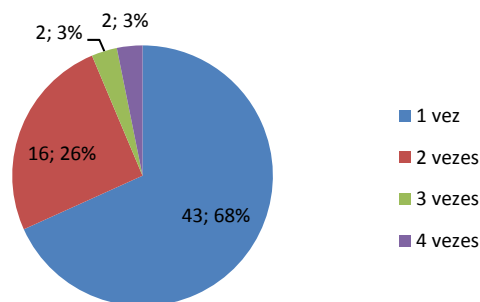
A figura 10 apresenta as respostas relativas ao número de vezes que se ligou para ser atendido, indicando-se o número de estabelecimentos associado a cada número de ligações (1 a 4, que foi o máximo número de ligações) e também o número de estabelecimentos em que se conseguiu marcar a consulta por telefone.

**Figura 10 – Distribuição dos estabelecimentos por número de ligações e marcações de consultas**



Pode-se notar, em relação ao estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, que nos estabelecimentos não públicos o sistema de atendimento telefónico não será tão eficiente, uma vez que a percentagem de telefonemas bem sucedidos logo na primeira vez será mais alta nos Centros de Saúde. Relativamente aos estabelecimentos não públicos, a figura 11 apresenta os números de ligações até ao atendimento, nos casos em que se conseguiu marcar consulta.

**Figura 11 – Número de ligações para as marcações de consultas**



Recorde-se que no estudo dos Centros de Saúde do SNS, 88% dos utentes entrevistados responderam que conseguem ser atendidos logo na primeira ligação (ou 93%, tendo em conta o resultado ajustado pela representatividade das opiniões em termos de todo o tecido de utentes dos Centros de Saúde). Por sua vez, nos estabelecimentos não públicos de MGF esta percentagem é de 68%. Por outro lado, em 6% dos casos será necessário ligar mais de três vezes para se conseguir ser

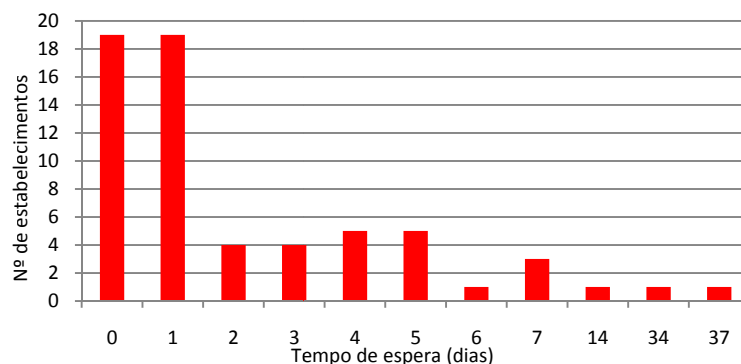
atendido nos Centros de Saúde, enquanto esta percentagem foi de apenas 3% no caso não público.

### 4.1.2. Tempo de espera da marcação até à consulta

Os dados analisados relativos ao tempo de espera desde a marcação da consulta nos estabelecimentos não públicos de MGF até à consulta foram os dados obtidos referentes aos casos em que se pôde marcar a consulta por telefone, calculando-se o tempo corrido em dias desde o dia da ligação telefónica até ao dia em que se conseguiu marcar a consulta.

Uma vez que se conseguiu marcar as consultas em 63 dos 82 estabelecimentos não públicos de MGF, apenas tais dados foram considerados. A distribuição das respostas obtidas relativamente aos dias de espera até à consulta pode ser vista na figura 12.

**Figura 12 – Tempos de espera nos estabelecimentos não públicos de MGF**

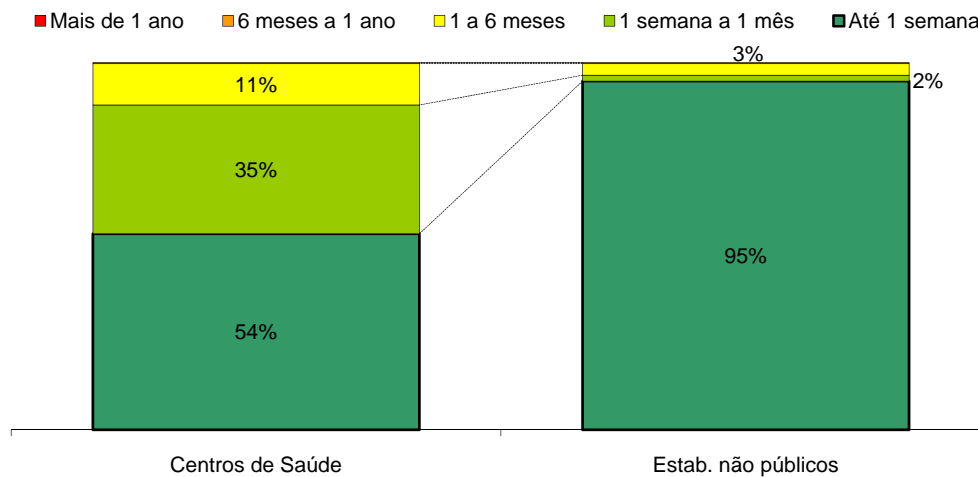


Nota-se que há uma grande concentração de marcações de consulta no próprio dia e no dia seguinte (60% das marcações), sendo que um utente precisa de esperar em média três dias até à sua consulta num estabelecimento não público de MGF.

Embora os resultados do inquérito realizado aos utentes no estudo dos Centros de Saúde do SNS não possam ser considerados perfeitamente comparáveis aos resultados das ligações telefónicas aos estabelecimentos não públicos de MGF, em razão de derivarem de metodologias diferentes, aplicadas a amostras diversas em termos de número e natureza, recorde-se que 89% dos utentes responderam que a espera nos Centros de Saúde era inferior a um mês, sendo que em 54% das marcações a espera terá sido de no máximo uma semana.

A figura 13 apresenta uma comparação entre os resultados dos estabelecimentos não públicos e públicos, utilizando-se as mesmas categorias do estudo anterior.

**Figura 13 – Comparação dos tempos de espera**



A figura 13 permite concluir que o tempo de espera entre o dia da marcação e o dia consulta nos estabelecimentos não públicos será bastante inferior ao tempo de espera verificado nos estabelecimentos públicos, o que está em conformidade com outro resultado obtido no estudo dos Centros de Saúde do SNS. Recorde-se que naquele estudo, 56% dos utentes consideraram que o tempo de espera nos Centros de Saúde do SNS será mais longo do que em estabelecimentos particulares.

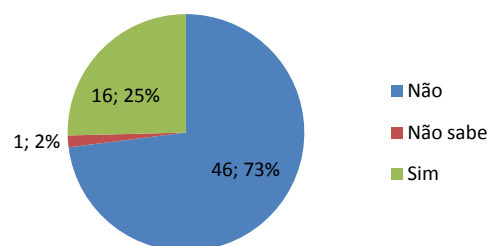
### 4.1.3. Funcionamento fora do horário normal de trabalho

Como referido *supra*, os horários de funcionamento foram um dos aspectos considerados no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS para a análise da dimensão da adequabilidade. Foram consideradas as opiniões dos utentes da amostra relativamente ao horário de funcionamento das consultas, quer em termos absolutos, quer em termos comparativos, tendo-se estabelecido a comparação com os serviços dos Correios, por ser outro serviço público de utilização frequente, a que grande parte da população recorrerá regularmente. Também se obteve informação sobre as preferências dos utentes sobre horários de consultas (a maior concentração de respostas e verificou-se no período entre as 9 e às 12 horas (47%)).

De forma alternativa, procurou-se avaliar igualmente o horário de funcionamento dos estabelecimentos não públicos de MGF através das ligações telefónicas efectuadas aos prestadores da amostra de 82 estabelecimentos. Concretamente, verificou-se a possibilidade de se marcar consultas fora de um horário de trabalho considerado como sendo normal. Ainda que os utentes possam considerar a marcação de consultas dentro do horário normal de trabalho como sendo preferível, considerou-se o facto de se poder marcar fora do horário normal de trabalho como um factor positivo relativamente ao acesso dos utentes às consultas não públicas de MGF, na medida em que para muitos utentes, a inexistência de horários compatíveis com o seu horário de trabalho se revelará como uma barreira importante no acesso aos cuidados de saúde.

O resultado que se obteve pode ser visto na figura 14.

**Figura 14 – Distribuição dos estabelecimentos por possibilidade de marcação de consultas fora do horário normal de trabalho**



Como se pode constatar, há uma grande concentração de respostas negativas – 73% das respostas –, não tendo sido possível nestes casos marcar a consulta fora do horário normal (notando-se também que houve um caso em que o interlocutor não sabia responder, não sendo possível ao utente neste tipo de caso obter a informação desejada, o que também não será positivo).

Apresenta-se de seguida a análise da dimensão da aceitabilidade, tendo em conta os resultados da recolha telefónica de informação.

## 4.2. Aceitabilidade

A aceitabilidade, como referido *supra*, corresponde à relação entre a prestação de serviços de saúde e as reais necessidades e expectativas dos utentes.

Concretamente, a dimensão da aceitabilidade reflecte principalmente a interacção entre as atitudes e preferências dos utentes e dos prestadores acerca do que constituem práticas aceitáveis pessoais (dos profissionais de saúde e administrativos) e de prestação.

Na dimensão da aceitabilidade incluem-se factores tão diversos como aparência, sexo, idade, etnia, língua, cultura e religião, tanto dos profissionais como dos utentes – tudo isto influencia a dimensão da aceitabilidade (*vide Anexo I*<sup>20</sup>). Neste sentido, é natural que haja uma certa dificuldade em se avaliar esta dimensão com um levantamento de informação realizado telefonicamente junto de prestadores de serviços de saúde, tal como o que se realizou. Formas alternativas de análise envolveriam, por exemplo, uma análise dos números de queixas ou reclamações de discriminação em razão dos factores *supra* citados e inquéritos de satisfação dos utentes relativamente às características dos prestadores, semelhantes ao inquérito realizado no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, em que a aceitabilidade foi analisada em três aspectos: conforto da sala de espera, higiene das instalações e a disponibilidade de consultas de recurso.

No entanto, por motivos de eficiência e simplicidade, tendo em conta a metodologia diversa adoptada, optou-se por avaliar a aceitabilidade do acesso dos utentes aos estabelecimentos não públicos de MGF por meio da simpatia do interlocutor nas ligações telefónicas, pela clareza na comunicação das informações e pela inclusão, na comunicação telefónica do utente anónimo com os interlocutores, da informação de que o utente seria utilizador de cadeira de rodas, em função de um problema físico. Questionou-se, assim, se as instalações reunirão condições para acesso de pessoas com deficiência física.

### **4.2.1. Clareza das informações prestadas**

A clareza das informações prestadas foi avaliada por meio da atribuição de notas a cada um dos prestadores. Como forma de controlar a subjectividade inerente a este tema decidiu-se concentrar a realização da recolha telefónica de elementos junto dos 82 estabelecimentos não públicos de MGF da amostra seleccionada em apenas um técnico. Deste modo, as notas atribuídas – de 0 a 5, sendo 5 a melhor nota – não

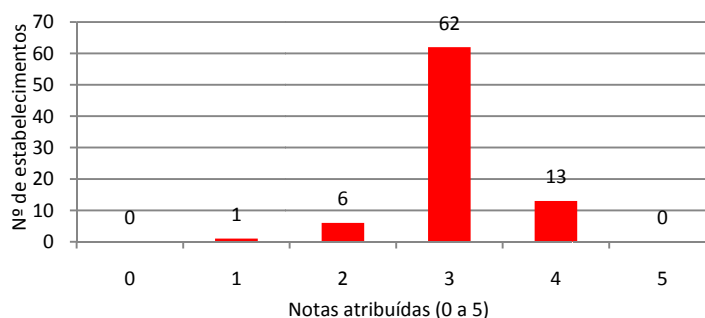
---

<sup>20</sup> Note-se que o Anexo I que se apresenta neste relatório é uma versão actualizada do anexo constante do relatório do “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”.

sofreram influência de diferenças de juízos cujas ocorrências seriam expectáveis no caso de mais pessoas realizarem as ligações telefónicas. A nota média foi de 3,1, tendo a nota mais alta sido 4 e a nota mais baixa 1, segundo a apreciação do técnico em causa.

A figura 15 apresenta a distribuição dos estabelecimentos pelas notas atribuídas.

**Figura 15 – Distribuição dos estabelecimentos pela avaliação da clareza na informação**



Verifica-se uma clara concentração na nota 3 (76% dos estabelecimentos). Observa-se também que em 8% dos estabelecimentos se verificou uma clareza avaliada com notas inferiores ao ponto médio da escala da avaliação de 0 a 5, pelo que as informações prestadas nesses telefonemas não terão sido apropriadas em termos de clareza.

#### **4.2.2. Acessibilidade para deficientes físicos**

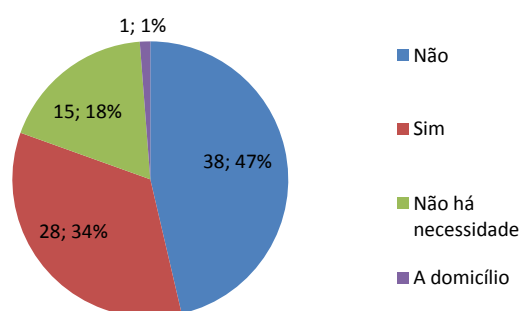
O objectivo da questão relativa ao problema físico do utente foi verificar se o acesso do utente ao estabelecimento poderia ser dificultado de alguma forma em razão da sua condição física particular. Neste sentido, uma resposta puramente negativa e definitiva à questão sobre a existência de rampa de acesso para cadeiras de rodas, impeditiva do acesso, embora reflecta uma barreira efectiva de acessibilidade física, eventualmente também poderá reflectir desconsideração ou discriminação, caracterizada pela ausência de preocupação ou de interesse no atendimento de utentes que precisem de se locomover com a ajuda de cadeira de rodas.

Afinal, em última análise, a inexistência de condições adequadas para a acessibilidade de deficientes físicos aos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde poderá

ser vista como consequência de uma falta de preocupação do prestador com este tipo de problema, uma vez que, embora estejam previstas exceções, as condições apropriadas de acessibilidade de deficientes físicos deveriam existir, em conformidade com a legislação em vigor, tal como o previsto no Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto, que aprovou o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais.

A figura 16 apresenta os resultados à questão da acessibilidade para cadeira de rodas.

**Figura 16 – Distribuição dos estabelecimentos não públicos de MGF segundo as respostas relativas à acessibilidade para cadeira de rodas**



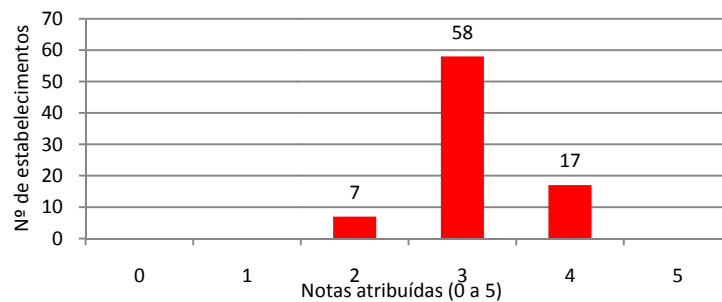
Verifica-se que em apenas 34% dos estabelecimentos da amostra foi possível obter uma resposta afirmativa relativamente à acessibilidade para cadeira de rodas (caracterizada pela existência de rampa de acesso). No entanto, em outros 18% o interlocutor deixou claro que o acesso seria garantido, independentemente da eventual inexistência de condições perfeitas de acessibilidade e em um estabelecimento a informação obtida foi de que a consulta seria a domicílio, facilitando ainda mais o acesso. Sendo assim, a percentagem total de respostas consideradas positivas foi de 53%.

### 4.2.3. Simpatia

Um terceiro tema explorado na avaliação do acesso dos utentes a consultas não públicas de MGF, tendo em conta a dimensão da aceitabilidade, foi a simpatia do interlocutor nas ligações telefónicas do utente anónimo.

Este é um tema subjectivo, tal como a clareza na informação, e a mesma avaliação de 0 a 5 foi utilizada neste tema, sendo 0 a pior nota e 5 a melhor nota. Os resultados das notas atribuídas aos 82 estabelecimentos não públicos de MGF da amostra são apresentados na figura 17.

**Figura 17 – Distribuição dos estabelecimentos pela avaliação da simpatia**



Como se pode constatar, as notas concentraram-se em apenas três – 2, 3 e 4 –, não havendo, portanto, casos extremos nas ligações telefónicas, notando-se especialmente a ausência de notas 0 e 1, que representariam ausência de simpatia. A maior concentração de notas ocorreu na nota 3 (71%) e a nota média foi de 3,1.

### 4.3. Esforço financeiro

Apresenta-se de seguida a análise da dimensão do esforço financeiro, tendo em conta os resultados da recolha de informações junto dos 82 prestadores da amostra de estabelecimentos não públicos seleccionada.

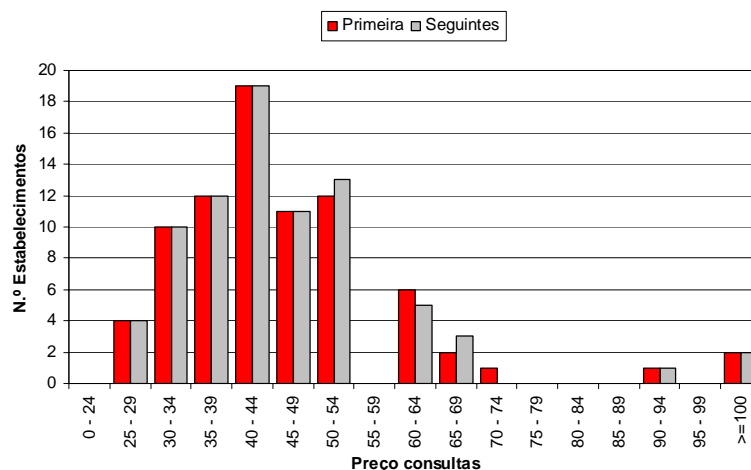
O “esforço financeiro” é a dimensão do acesso em que se enquadram todos os aspectos relacionados com a capacidade ou disposição dos utentes para suportar os encargos com a prestação de serviços de saúde. No caso do estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, este tema foi considerado como pouco relevante, uma vez que o recurso aos serviços prestados nos Centros de Saúde obriga apenas ao pagamento de taxas moderadoras de valor reduzido, e das quais uma parte significativa dos utentes ainda beneficia de isenção.

Já no caso dos cuidados de MGF prestados em estabelecimentos não públicos, os aspectos de ordem financeira colocam-se como um elemento importante em termos do acesso aos cuidados de saúde. No âmbito desta dimensão do acesso, os dois principais temas que merecem destaque são o preço dos serviços e a disponibilidade

de acordos ou convenções com terceiras entidades financiadoras (entidades subsistemas de saúde que permitem a cobertura de parte dos encargos com os serviços e seguradoras).

Os preços das consultas de MGF em estabelecimentos não públicos foram analisados a partir da amostra *supra* referida, tendo sido apurados os preços praticados por 80 prestadores. Da estatística constante da tabela da figura apresentada *infra* realça-se que o preço médio de uma consulta particular de MGF ascende aos 44,15 €, para o caso das primeiras consultas, e a 43,96 € para as consultas seguintes. Nota-se, também, que existe uma elevada concentração de preços praticados no intervalo de 30 € a 55 € (80% dos prestadores inquiridos), com o intervalo de 40 € a 44 € a concentrar o maior número de prestadores (19). A semelhança de preço entre primeira consulta e seguintes é grande, em termos médios, sendo mesmo muito frequente a prática de preços iguais para os dois tipos de consultas (em 98% dos estabelecimentos inquiridos).

**Figura 18 – Estatística dos preços de consultas não públicas de MGF**



Preços	1ª Consulta	Seguintes
Médio	44,15 €	43,96 €
Máximo	100,00 €	100,00 €
Mínimo	25,00 €	25,00 €
Desvio-Padrão	14,50 €	14,30 €

No que concerne à questão da cobertura financeira por terceiras entidades financiadoras, relevaria analisar a existência de acordos e convenções, que representarão um elemento facilitador do acesso aos serviços apenas se estiver garantida uma dupla abrangência: por um lado, os utentes terão que beneficiar da cobertura financeira das entidades financiadoras, ou seja, deverão contratar um seguro de saúde ou ser beneficiários de um subsistema; por outro lado, as entidades

financiadoras deverão assinar contratos com prestadores ou permitir um sistema de reembolso das despesas incorridas pelos utentes segurados ou beneficiários de subsistemas.

O âmbito público e universal do SNS providencia uma cobertura financeira que cumpre plenamente a primeira daquelas condições, na medida em que, como se estabelece na Lei de Bases da Saúde, “são beneficiários do Serviço Nacional de saúde todos os cidadãos portugueses”, os “cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis” e ainda “os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal” (*vide* Base XXV da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde). No entanto, o SNS não tem, em princípio, acordos ou convenções com prestadores de natureza privada para a prestação de serviços de MGF, pelo que não está garantida aos seus beneficiários qualquer cobertura de encargos resultantes do acesso a esses serviços (nem mesmo pela via de reembolso de despesas). A prestação de cuidados de saúde primários por parte do SNS ocorre nos Centros de Saúde, e a cobertura financeira está inerente na quase gratuitidade desses serviços para os utentes do SNS, como se viu anteriormente.

Em situação diferente encontra-se a ADSE (Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública), o mais importante dos diversos subsistemas de saúde existentes em Portugal. Este financiador de serviços de saúde tem uma cobertura em termos de beneficiários naturalmente muito mais reduzida que o SNS: segundo dados da própria entidade, em 2009 contam-se 1.329.339 de beneficiários.<sup>21</sup> Já do lado da prestação, a cobertura financeira da ADSE tem duas vertentes: uma rede de prestadores convencionados, que conta com cerca de três centenas de prestadores<sup>22</sup> espalhados pelo território de Portugal continental; e um sistema de reembolso parcial das despesas dos seus beneficiários em serviços de saúde (o Regime Livre da ADSE), à luz do qual a rede de prestadores em que se pode beneficiar da cobertura coincide com toda a rede de prestadores não públicos da especialidade.

---

<sup>21</sup> Ver dados no *website* da ADSE, <http://www.adse.pt>.

<sup>22</sup> Em Novembro de 2009, no *website* da ADSE constava informação relativamente a 113 entidades convencionadas no âmbito da especialidade Clínica Geral (Consultas), 9 entidades de Clínica Geral e Especialidades (Consultas) e 200 entidades com convenção Generalista (Consultas).

Recorrendo a um prestador da rede de entidades convencionadas, um utente beneficiário da ADSE pagará por uma consulta de clínica geral 3,49 €, <sup>23</sup> valor que é substancialmente inferior aos 44,15 € cobrados em média pelos prestadores privados por consultas de MGF a título particular, o que significa que a cobertura proporcionada por este subsistema na vertente de regime convencionado representa uma redução relevante das barreiras de natureza financeira ao acesso aos cuidados de saúde.

Segundo a tabela de comparticipação do Regime Livre da ADSE, a cobertura de encargos com consultas de clínica geral ascende, neste sistema, aos 80%, com um limite máximo de 20,45 € <sup>24</sup> Aplicando esta regra aos preços analisados, verifica-se que para os utentes da ADSE, em média, uma consulta de clínica geral em prestador não convencionado tem um preço de 23,70 €.

Relativamente a outros agentes financiadores com menor expressão (outros subsistemas públicos e privados de saúde e empresas seguradoras), uma qualquer avaliação da abrangência da cobertura financeira completa será apenas possível se estiver disponível informação relativamente à existência de acordos com prestadores, e relativamente aos utentes beneficiários.

---

<sup>23</sup> Segundo a Tabela de Preços e Regras do Regime Convencionado da ADSE, em vigor desde 12 de Janeiro de 2009.

<sup>24</sup> A tabela actualmente em vigor foi publicada no Diário da República n.º 103, II Série, de 03/05/2004 (Despacho n.º 8738/2004), estando em vigor desde 1 de Junho de 2004.

## 5. Índice global de acesso

Da mesma forma como se realizou no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, realiza-se neste estudo uma análise regional por meio do cálculo de um índice de acesso global.

### **Adequabilidade**

Foram quatro as pontuações consideradas para efeito da análise da adequabilidade em termos globais inseridas em três temas: tempo de espera até à consulta, sistema de marcação de consultas e horários alternativos para consultas. As pontuações regionais relativas aos estabelecimentos não públicos, por tema e distritos, são apresentadas na tabela 6, notando-se que, no caso do tema relativo ao sistema de marcação de consultas, as pontuações apresentadas resultam das médias simples das questões que integraram a análise.

**Tabela 6 – Pontuações médias regionais de adequabilidade dos estabelecimentos de MGF não públicos<sup>25</sup>**

Distrito	Tempo de espera	Sistema de marcação	Horário alternativo	Pontuação média de adequabilidade	Cluster
Bragança	3,81	4,00	2,00	3,41	Alto
Aveiro	3,78	3,37	2,50	3,36	Alto
Portalegre	3,95	3,50	2,00	3,35	Alto
Beja	3,92	3,00	2,50	3,33	Alto
Braga	3,96	2,77	2,50	3,30	Alto
Faro	3,84	2,70	2,50	3,22	Alto
Viseu	3,92	4,00	1,00	3,21	Alto
Lisboa	3,84	2,95	2,09	3,18	Alto
Coimbra	3,84	2,36	2,50	3,13	Médio
Guarda	3,76	4,00	1,00	3,13	Médio
Santarém	3,76	2,50	2,50	3,13	Médio
Setúbal	3,82	3,25	1,60	3,12	Médio
Leiria	4,00	3,00	1,00	3,00	Médio
Porto	3,81	2,94	1,33	2,97	Médio
Évora	2,86	4,00	2,00	2,93	Médio
Vila Real	3,81	3,00	1,00	2,91	Médio
Castelo Branco	3,76	2,86	1,00	2,84	Médio
Viana do Castelo	2,46	2,50	1,00	2,10	Baixo

<sup>25</sup> Note-se que, para efeito do ajustamento das avaliações dos temas tempo de espera até à consulta e número de telefonemas na escala de pontuação de 1 a 4, consideraram-se como referência de pontuação 1 as piores observações que se encontraram em termos individuais (37 dias de espera até à consulta e 4 telefonemas), tendo as melhores pontuações (marcação no mesmo dia e 1 telefonema, respectivamente) correspondido à pontuação 4. Relativamente à avaliação do horário alternativo para consultas, fez-se um ajustamento das percentagens de respostas positivas à escala de 1 a 4.

As pontuações foram calculadas para uma escala de 1 a 4, assim como foi feito no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, sendo 1 a pontuação mais negativa e 4 a mais positiva, indicativa da melhor avaliação.

Uma vez que o tempo de espera até à consulta será o tema mais relevante a considerar na avaliação da adequabilidade, ponderou-se a média das pontuações de forma a conferir um maior peso a este tema, de 50%. São conferidos aos outros dois temas pesos iguais, equivalentes ao total de 50% da pontuação média de cada distrito.

Note-se que a tabela 6 também apresenta as classificações em *clusters* da pontuação média da dimensão da adequabilidade. Tais classificações são ilustradas no mapa da figura 19.

**Figura 19 – Adequabilidade dos estabelecimentos de MGF não públicos**



No estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, a pontuação atribuída a cada distrito pela adequabilidade dos serviços dos Centros de Saúde do SNS foi mais elevada em Faro, Braga, Coimbra, Portalegre, Beja e Castelo Branco, enquanto no extremo oposto estavam os distritos de Vila Real e Bragança a norte, Guarda no centro do país, e a sul Lisboa, Évora e Setúbal.

Por sua vez, considerando a análise da adequabilidade dos estabelecimentos não públicos de MGF, nota-se que o número de distritos com a adequabilidade mais elevada é mais alto: são oito distritos, em vez de seis, que apresentam a adequabilidade mais elevada (*cluster* alto), designadamente Braga, Bragança, Aveiro, Viseu, Lisboa, Portalegre, Beja e Faro.

O número de distritos com a adequabilidade mais baixa (*cluster* baixo) é apenas um: Viana do Castelo.

Considerando as pontuações de 1 a 4 referentes à adequabilidade dos Centros de Saúde do SNS de forma integrada com as pontuações apresentadas na tabela 6, por meio de uma média simples, chega-se aos resultados que reflectirão a dimensão da adequabilidade do acesso dos utentes a todos os estabelecimentos – públicos e não públicos – que oferecem consultas de MGF. Estes resultados são apresentados na figura 20.

**Figura 20 – Adequabilidade dos estabelecimentos de MGF públicos e não públicos**



Relativamente ao estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, nota-se que a maior diferença é verificada no distrito de Bragança. A inclusão dos estabelecimentos

não públicos na análise da adequabilidade resulta numa mudança de *cluster* baixo para *cluster* alto.

### **Aceitabilidade**

No que se refere à aceitabilidade, conforme referido *supra*, esta foi analisada com base em três temas: clareza das informações prestadas ao utente, acessibilidade para deficientes físicos e simpatia na comunicação telefónica. Apresentam-se as pontuações médias por tema na tabela 7, juntamente com as pontuações médias globais por distrito.

**Tabela 7 – Pontuações médias regionais de aceitabilidade dos estabelecimentos de MGF não públicos**

<b>Distrito</b>	<b>Clareza na informação</b>	<b>Acessibilidade para deficientes</b>	<b>Simpatia</b>	<b>Pontuação média de aceitabilidade</b>	<b>Cluster</b>
Leiria	2,80	4,00	2,80	3,20	Alto
Coimbra	3,20	3,00	3,20	3,13	Alto
Aveiro	3,04	3,40	2,92	3,12	Alto
Braga	2,92	3,40	2,92	3,08	Alto
Bragança	3,00	3,00	3,00	3,00	Alto
Portalegre	3,00	3,00	3,00	3,00	Alto
Santarém	2,80	3,00	2,80	2,87	Alto
Viana do Castelo	2,80	3,00	2,80	2,87	Alto
Setúbal	2,80	2,50	2,90	2,73	Médio
Vila Real	2,60	3,00	2,60	2,73	Médio
Guarda	2,80	2,50	2,80	2,70	Médio
Lisboa	2,84	2,38	2,84	2,69	Médio
Porto	2,84	2,29	2,93	2,69	Médio
Viseu	2,40	3,00	2,60	2,67	Médio
Faro	2,80	2,00	3,00	2,60	Médio
Castelo Branco	2,80	2,00	2,80	2,53	Médio
Évora	2,80	2,00	2,80	2,53	Médio
Beja	2,60	1,00	2,80	2,13	Baixo

As classificações em *clusters* da pontuação média da dimensão da aceitabilidade apresentadas na tabela 7 são ilustradas no mapa da figura 21.

**Figura 21 – Aceitabilidade dos estabelecimentos de MGF não públicos**



No estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, os distritos com a dimensão da aceitabilidade com melhor pontuação foram Braga, Santarém, Faro, Castelo Branco, Bragança, Portalegre e Guarda. As regiões do *cluster* inferior (pontuações mais baixas) foram as regiões contíguas de Viseu e Coimbra.

Tendo em conta os estabelecimentos não públicos de MGF na análise, nota-se que os distritos com melhores pontuações referentes à aceitabilidade são Braga, Santarém, Bragança, Portalegre, Viana do Castelo, Aveiro, Coimbra e Leiria, enquanto a região com a pontuação mais baixa é o distrito de Beja.

Integrando-se a análise relativa aos estabelecimentos públicos com a análise relativa aos estabelecimentos não públicos, obtém-se, por sua vez, os resultados que são apresentados na figura 22.

**Figura 22 – Aceitabilidade dos estabelecimentos de MGF públicos e não públicos**



### ***Esforço financeiro***

Embora não se tenha estudado a dimensão do esforço financeiro no estudo dos cuidados de saúde primários do SNS, pelas razões *supra* citadas, analisaram-se as diferenças regionais ao nível da componente financeira do acesso às consultas de MGF em estabelecimentos não públicos.

Essa análise baseou-se, em primeiro lugar, na comparação do preço médio das consultas particulares de MGF em cada distrito. Conforme se constata da observação da tabela 8, os preços médios das consultas de MGF oscilam entre os 60 € em Lisboa, e os cerca de 33 € no distrito da Guarda.

**Tabela 8 – Preços médios das consultas**

Distrito	Preço médio da primeira consulta
Aveiro	34,40 €
Beja	50,00 €
Braga	36,50 €
Bragança	35,00 €
Castelo Branco	40,00 €
Coimbra	38,33 €
Évora	56,67 €
Faro	43,33 €
Guarda	32,50 €
Leiria	41,67 €
Lisboa	60,19 €
Portalegre	38,33 €
Porto	39,29 €
Santarém	45,00 €
Setúbal	49,17 €
Viana do Castelo	38,33 €
Vila Real	40,00 €
Viseu	42,50 €
Total	44,15 €

Nota-se que os distritos com preços médios superiores concentram-se sobretudo no sul do continente. Todavia, poderá ser precipitado afirmar que nessas regiões o esforço financeiro exigido aos utentes para aceder a uma consulta particular de MGF é superior, uma vez que naturalmente o nível de rendimento médio das populações das diferentes regiões também apresentará heterogeneidade.

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

Tal exercício foi realizado com recurso a uma análise de regressão em que se utilizou como variável explicada o preço médio de uma consulta particular de MGF, e como variável explicativa um indicador da capacidade financeira das populações: o índice *per capita* de poder de compra do distrito. Este índice foi calculado com base no número índice publicado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) que compara o poder de compra regularmente manifestado nos diferentes concelhos, *per capita*, com o poder de compra médio do país a que é atribuído o valor 100. Em cada distrito, o índice resulta da média do índice de poder de compra dos concelhos que constituem esse distrito, ponderada pela distribuição da população pelos concelhos.

A tabela 9 apresenta os resultados da análise de regressão.

**Tabela 9 – Análise de regressão linear por OLS (variável dependente: preço médio por consulta particular de MGF)**

Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t	P-value
Constante	19,14112	6,46113	2,96251	0,0092
Poder de compra per capita	0,26895935	0,073433308	3,66263429	0,00210187
$R^2=0,675320$				

Como se pode observar, o índice do poder de compra surge com associação estatística relevante ao preço (com *P-value* muito próximo de zero), e com sinal positivo. Este resultado pode ser interpretado como indicador de que os preços das consultas particulares de MGF são maiores onde as populações têm maior poder de compra e menores onde as populações têm menor poder de compra, e por isso, não representarão um elemento causador de desigualdades regionais no acesso a estes cuidados de saúde.

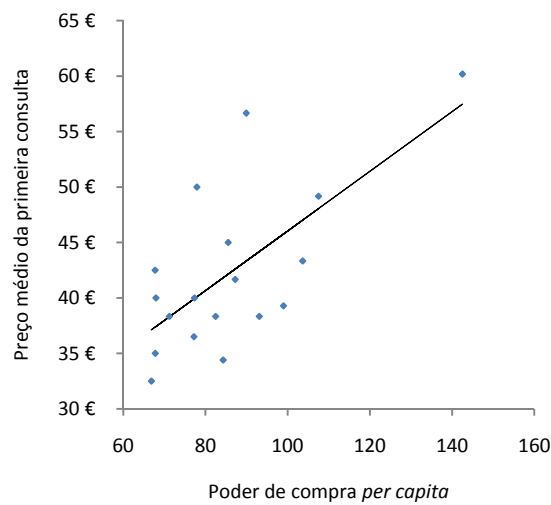
Tal conclusão não invalida que se considere que, do ponto de vista global, os encargos para os utentes resultantes do recurso a consultas particulares de MGF se consubstanciam numa barreira ao acesso a esses serviços, barreira essa que não se colocava relativamente aos cuidados de saúde primários obtidos por utentes do SNS na rede de Centros de Saúde.

Todavia, deve ter-se em consideração que o efeito limitador do acesso resultante do preço das consultas poderá ser minorado pela existência de terceiras entidades financiadoras a mediar a relação financeira entre os utentes e os prestadores, ou seja, o acesso pelos utentes à cobertura dos encargos com cuidados de saúde por subsistemas de saúde (públicos ou privados), ou por empresas seguradoras.

Como se referiu na secção 4.3., a avaliação da abrangência da cobertura financeira será apenas possível se estiver disponível informação relativamente à existência de acordos com prestadores, e relativamente aos utentes beneficiários.

Com vista a incorporar a dimensão do esforço financeiro na construção do índice global de acesso, o qual é apresentado no próximo capítulo, realiza-se uma análise de *clusters* dos resíduos da regressão *supra* apresentada. A figura 23 apresenta os desvios (resíduos de estimação) da relação prevista pela linha de regressão.

**Figura 23 – Preços médios de consultas de MGF não públicas vs. poder de compra *per capita***



Os resíduos de estimação desta análise de regressão indicam o grau de ajustamento dos preços ao poder de compra *per capita* em cada um dos distritos. A tabela 10 apresenta os resíduos de estimação, sendo que um resíduo de sinal positivo indica que o distrito tem um preço médio superior ao previsto; e um resíduo perto de zero indica um ajustamento mais perfeito entre os preços médios e o poder de compra *per capita* nos distritos. Por sua vez, os resíduos negativos indicam que os preços estarão abaixo do previsto, permitindo, assim, menores barreiras ao acesso dos utentes do ponto de vista da dimensão do esforço financeiro. Sendo assim, como se pode notar, quanto mais negativos os resíduos, melhor a classificação segundo a análise de *clusters*.

**Tabela 10 – Resíduos da estimação dos preços médios de consultas de MGF não públicas vs. poder de compra *per capita***

Distrito	Resíduos de estimação	Cluster
Aveiro	-7,41	Alto
Porto	-6,48	Alto
Coimbra	-5,85	Alto
Guarda	-4,62	Alto
Faro	-3,68	Alto
Braga	-3,40	Alto
Portalegre	-2,99	Alto
Bragança	-2,37	Alto
Leiria	-0,94	Médio
Viana do Castelo	0,04	Médio
Castelo Branco	0,06	Médio
Setúbal	1,11	Médio
Vila Real	2,58	Médio
Lisboa	2,72	Médio
Santarém	2,86	Médio
Viseu	5,14	Médio
Beja	9,90	Baixo
Évora	13,34	Baixo

O mapa da figura 24 ilustra as classificações em *clusters* segundo o resíduo de estimação.

**Figura 24 – Ajustamento dos preços das consultas particulares de MGF ao poder de compra *per capita***



Com vista à elaboração de um diagnóstico sobre o acesso às consultas de MGF em estabelecimentos não públicos, foram estudadas as cinco dimensões que compõem o acesso, tendo sido apresentados os resultados da análise de cada uma das dimensões ao nível dos distritos, ilustrando-os em mapas (figuras 5, 7, 19, 21 e 24). Ensaia-se de seguida uma avaliação global da equidade regional do acesso às consultas de MGF não públicas, através de um índice global de acesso por distrito, que incorpora as cinco dimensões do acesso, seguindo a metodologia utilizada no estudo dos cuidados de saúde primários prestados pelo SNS.

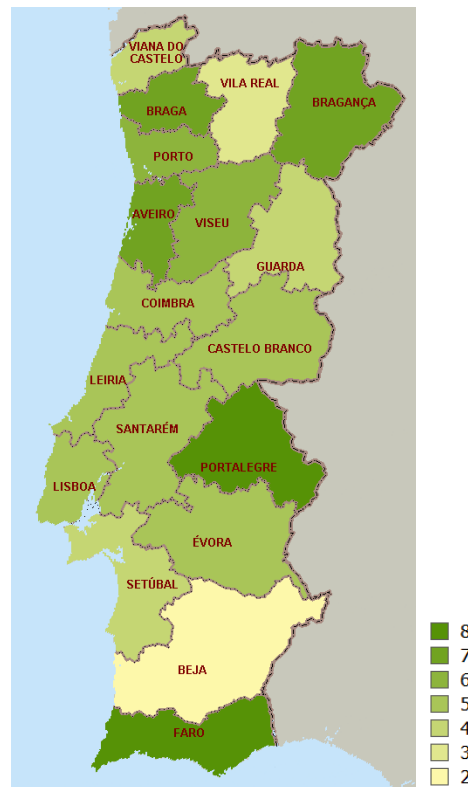
Assim, construiu-se um indicador global de acesso que abarca a componente espacial do acesso (proximidade e capacidade) e a componente não espacial (adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro). A agregação das cinco dimensões consistiu na adição aritmética das seguintes pontuações atribuídas em cada uma das análises de *clusters*: nenhum ponto para o *cluster* baixo, 1 para o médio e 2 para o alto.<sup>26</sup> O índice global de acesso em cada distrito, que corresponde à soma das componentes espaciais e não espaciais, é apresentado na tabela 11 e na figura 25.

**Tabela 11 – Índice global de acesso a estabelecimentos não públicos de MGF**

Distrito	Proximidade (máx. = 2; mín. = 0)	Capacidade (máx. = 2; mín. = 0)	Adequabilidade (máx. = 2; mín. = 0)	Aceitabilidade (máx. = 2; mín. = 0)	Esforço financeiro (máx. = 2; mín. = 0)	Índice global de acesso (máx. = 10; mín. = 0)
Faro	2	1	2	1	2	8
Portalegre	2	0	2	2	2	8
Aveiro	1	0	2	2	2	7
Braga	0	1	2	2	2	7
Bragança	1	0	2	2	2	7
Porto	1	1	1	1	2	6
Viseu	2	0	2	1	1	6
Castelo Branco	2	0	1	1	1	5
Coimbra	0	0	1	2	2	5
Évora	1	2	1	1	0	5
Leiria	1	0	1	2	1	5
Lisboa	0	1	2	1	1	5
Santarém	1	0	1	2	1	5
Guarda	0	0	1	1	2	4
Setúbal	1	0	1	1	1	4
Viana do Castelo	1	0	0	2	1	4
Vila Real	0	0	1	1	1	3
Beja	0	0	2	0	0	2

<sup>26</sup> A soma simples das pontuações obtidas em cada uma das dimensões estudadas equivale à atribuição de um peso semelhante a cada uma dessas dimensões no indicador global de acesso.

**Figura 25 – Índice global de acesso**



Como se constata da tabela 11 e se ilustra na figura 25, as regiões onde o acesso às consultas de MGF em estabelecimentos não públicos é menor, considerando todas as cinco dimensões – proximidade, capacidade, adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro –, são os distritos de Vila Real (com 3 pontos de 10) e Beja (com 2 pontos de 10). Os distritos que obtiveram o maior índice global de acesso são os distritos de Portalegre e Faro (com 8 pontos), que não obtiveram, no entanto, a pontuação máxima de 10.

Relativamente ao estudo anterior, do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, note-se que os distritos que tiveram uma diminuição de pontos percentuais relativamente às pontuações possíveis das escalas foram os de Viana do Castelo (-10%), Coimbra (-25%), Castelo Branco (-25%) e Beja (-43%). Nestes distritos, o acesso às consultas públicas foi, portanto, melhor avaliado que o acesso às consultas não públicas de MGF.

Note-se que dois distritos tiveram a mesma pontuação relativa nas duas análises que se realizaram, não tendo havido diferença em termos de pontos percentuais relativamente às pontuações máximas das escalas: Santarém e Leiria.

Os restantes 12 distritos, por sua vez, obtiveram pontuações no presente estudo que são mais altas em termos percentuais da escala do que as pontuações que obtiveram no estudo anterior, dos Centros de Saúde do SNS. São os seguintes distritos: Viseu (com diferença de 48%), Bragança (45%), Portalegre (30%), Porto (23%), Braga (20%), Évora (13%), Lisboa (13%), Aveiro (8%), Faro (5%), Vila Real (5%), Guarda (3%) e Setúbal (3%). Estes distritos são, assim, os que mais se beneficiarão com a inclusão dos estabelecimentos não públicos que oferecem consultas de MGF na análise do acesso das populações.

## 6. Conclusões

No presente estudo apresentaram-se os resultados do estudo de caracterização do acesso dos utentes a consultas não públicas de Medicina Geral e Familiar (MGF). Concretamente, analisou-se o acesso dos utentes às consultas em estabelecimentos não públicos, complementando um estudo anteriormente realizado de caracterização do acesso às consultas com os médicos de família nos Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente o “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”.

O acesso dos utentes a consultas de MGF em estabelecimentos não públicos foi analisado segundo uma metodologia que consiste na avaliação das barreiras que impedem a transformação completa da prestação de cuidados “potencial” em prestação de cuidados “realizada”. As barreiras ao acesso foram agrupadas em cinco dimensões: proximidade, capacidade, adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro.

Ao nível da dimensão da proximidade, estimou-se que cerca de 95% da população residente em Portugal continental se encontra a menos de 30 minutos de um estabelecimento não público de MGF e verificou-se que não há mudança entre a abrangência da oferta conjunta – pública e não pública – e a abrangência da oferta unicamente pública, cujas áreas de captação de 30 minutos de transporte em estradas cobrirão 99,977% da população de Portugal continental.

Destacou-se também o grau de ajustamento constatado entre a densidade de pontos de oferta de consultas de MGF nos estabelecimentos não públicos e a densidade populacional, tendo-se verificado nos distritos uma relação positiva e estatisticamente significativa entre as diferentes densidades.

Verificou-se igualmente que os utentes têm uma maior proximidade às opções de pontos de oferta não públicos, indicativos de uma maior liberdade de escolha, nos distritos de Faro, Portalegre, Castelo Branco e Viseu, e uma menor proximidade nos distritos de Braga, Vila Real, Coimbra, Guarda, Lisboa e Beja.

No que se refere à dimensão da capacidade, constatou-se, ainda, que na grande maioria dos distritos a norte do Tejo (Porto, Viseu, Vila Real, Bragança, Guarda, Braga, Leiria, Aveiro e Santarém) a liberdade de escolha dos utentes, medida pela capacidade dos estabelecimentos não públicos, é relativamente menor do que a

verificada nos outros distritos. O distrito de Évora, por sua vez, destaca-se como sendo o distrito com maior liberdade de escolha, tendo em vista os estabelecimentos não públicos e a avaliação do acesso das populações aos mesmos segundo a óptica da capacidade.

A análise das dimensões não espaciais do acesso dos utentes aos estabelecimentos não públicos – adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro –, baseou-se em informação recolhida pela ERS em ligações telefónicas efectuadas a uma amostra aleatória de 82 estabelecimentos não públicos que oferecem consultas de MGF.

No que se refere à dimensão da adequabilidade, três temas foram avaliados: sistema de marcação de consultas por telefone, tempo de espera até à consulta e funcionamento fora do horário normal de trabalho.

Relativamente ao sistema de marcação de consultas, em 77% dos estabelecimentos foi possível marcar consultas por telefone. Por outro lado, verificou-se que em 32% dos estabelecimentos foi necessário ligar duas ou mais vezes até ao atendimento.

Tendo em conta o tempo de espera desde a marcação até à consulta de MGF, constatou-se que um utente precisa de esperar em média três dias desde a marcação até à sua consulta num estabelecimento não público e em 60% dos casos um utente poderá marcar a consulta até ao dia seguinte.

Em termos comparativos com os resultados referentes ao mesmo tema obtidos no “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, verificou-se que o tempo de espera em estabelecimentos não públicos será bastante menor do que nos estabelecimentos públicos: enquanto 54% dos utentes naquele estudo declararam que conseguem marcar consultas nos Centros de Saúde em menos de uma semana, as informações obtidas nos estabelecimentos não públicos indicaram que em 95% das ligações telefónicas a consulta demora, no máximo, uma semana.

Relativamente ao funcionamento dos estabelecimentos não públicos fora de um horário que se considerou ser o horário normal de trabalho da maior parte das pessoas, houve uma grande concentração de respostas negativas (73%) à tentativa de marcação de consultas fora do horário normal.

Tendo em vista a análise do acesso na sua dimensão da aceitabilidade, os seguintes três temas foram avaliados: clareza das informações prestadas, acessibilidade para deficientes físicos e simpatia na comunicação telefónica. No que se refere à

acessibilidade para deficientes físicos, verificou-se que a percentagem total de respostas consideradas positivas foi de 53%.

A última dimensão avaliada foi a dimensão do esforço financeiro. Verificou-se que o preço médio das consultas particulares de MGF ascende aos 44,15 €, para o caso das primeiras consultas, notando-se, também, que existe uma elevada concentração de preços praticados no intervalo de 30 € a 55 € (80% dos prestadores contactados).

Constatou-se também a existência de uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o índice de poder de compra e o preço da consulta de MGF em estabelecimentos não públicos, tendo-se concluído, como esperado, que os preços das consultas particulares de MGF são mais altos nas regiões onde as populações têm maior poder de compra e mais baixos onde as populações têm menor poder de compra.

Computando-se as classificações regionais, por distrito, relativas aos temas e dimensões estudadas, foi possível calcular um índice global de acesso, possibilitando a identificação de variações regionais no acesso dos utentes às consultas de MGF prestadas em estabelecimentos não públicos. Conforme se ilustrou, o acesso é menor nos distritos de Vila Real e Beja. Por sua vez, os distritos com o maior índice global de acesso são os distritos de Faro e Portalegre.

# Anexo I – Acesso aos serviços de saúde: as cinco dimensões

## 1. Introdução

Grande parte da literatura sobre o acesso dos utentes aos serviços de saúde define o mesmo como sendo um conceito geral que sintetiza o conjunto de cinco dimensões mais específicas, descrevendo o ajustamento entre os utentes e o sistema de saúde, conforme sugerido originalmente por Penchansky e Thomas (1981). As cinco dimensões são as seguintes: capacidade (*availability*), proximidade (*accessibility*), adequabilidade (*accommodation*), esforço financeiro (*affordability*) e aceitabilidade (*acceptability*). Nesta revisão de literatura, o objectivo é esclarecer o que estas cinco dimensões significam e como elas podem ser mensuradas, considerando os trabalhos de diferentes autores.

Os conceitos e a comunicação sobre a definição do acesso tornam-se mais claras, segundo Guagliardo (2004), se o acesso for pensado em termos de estádios e dimensões. Os dois estádios seriam: (1) potencial para a prestação de serviços de saúde; e (2) prestação efectivamente realizada. Uma série de barreiras podem impedir o progresso de um estádio para o outro e essas barreiras podem ser agrupadas nas cinco dimensões de Penchansky e Thomas (1981).

Krieg *et al.* (2007) argumentaram que as cinco dimensões fornecem uma estrutura conceptual básica útil para uma exploração mais ampla dos assuntos relativos ao acesso. Slack *et al.* (2002) ressaltaram que medidas das cinco dimensões podem ser associadas a divisões espaciais e relacionadas a informações demográficas, transformando-as em ferramentas económicas e geográficas úteis para a análise do acesso.

Há desafios, no entanto, a que os analistas devem ter atenção. De acordo com McLaughlin e Wyszewianski (2002), o primeiro desafio será reconhecer a interdependência entre as diferentes dimensões do acesso, e o segundo desafio, mais difícil, será encontrar medidas apropriadas para estas dimensões.

No que concerne à interdependência entre as dimensões do acesso, isto poderia significar não apenas que as dimensões são inter-relacionadas, mas também que suas fronteiras podem, em alguns casos, tornar-se ambíguas.

Note-se que muitos dos temas que exercem influência sobre uma dimensão do acesso, segundo Krieg *et al.* (2007), também podem influenciar uma outra dimensão, pelo que alguns temas inerentes ao acesso podem tornar ambíguas as fronteiras conceptuais entre as cinco dimensões. Para muitas comunidades que foram estudadas pelos autores, os temas associados com o acesso aos serviços sobrepunham-se e os autores encontraram dificuldade em isolar as variáveis em cada uma das dimensões. Os autores afirmaram que as dimensões descritas por Penchansky e Thomas (1981) são úteis para a identificação de muitos eixos identificativos das necessidades de cuidados de saúde de uma população. No entanto, notaram também que provavelmente seria melhor examinar os problemas enfrentados pela população que estudaram numa óptica multidimensional, em vez de considerá-los fraccionadamente, categorizando as respectivas fracções nas cinco dimensões.

Penchansky e Thomas (1981) reconheceram que as dimensões não são facilmente separáveis e que elas se inter-relacionam (por exemplo, afirmaram que “a capacidade indubitavelmente afecta a adequabilidade e a aceitabilidade”), mas os autores demonstraram por meio da realização de um inquérito que as percepções dos utentes quanto às dimensões são geralmente independentes e, assim, as dimensões podem ser consideradas suficientemente distintas para serem mensuradas e estudadas separadamente.

Seguidamente, as cinco dimensões são vistas separadamente da forma como foram apresentadas por Penchansky e Thomas (1981) e outros autores que adoptaram a mesma metodologia. O objectivo é tentar esclarecer cada uma das dimensões, indicando também como podem ser avaliadas.

## **2. As cinco dimensões do acesso**

### **2.1 Capacidade**

De acordo com Penchansky e Thomas (1981), a capacidade é a relação entre volume e tipo dos serviços e recursos existentes e volume e tipo das necessidades dos utentes. Os autores afirmaram que esta dimensão se refere à adequação da oferta de profissionais de saúde, dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde e de programas e serviços especializados na área da saúde.

As seguintes questões de avaliação da satisfação dos utentes que referem a capacidade foram utilizadas por Penchansky e Thomas no inquérito conduzido em

Rochester, Nova Iorque, para verificar se as percepções dos inquiridos relativamente às cinco dimensões eram independentes:

- Quanta confiança deposita em ser capaz de obter um bom serviço médico para si e sua família quando carece?
- Quão satisfeito está relativamente à sua capacidade de encontrar um bom médico para cuidar da sua família?
- Quão satisfeito está com o seu conhecimento relativamente aos estabelecimentos onde poderá obter serviços de saúde?
- Quão satisfeito está com a sua capacidade de obter serviços de saúde em caso de emergência?

De acordo com McCaughrin e Howard (1996), a dimensão da capacidade diz respeito aos recursos de que uma organização dispõe para prestar serviços de saúde e reflecte a adequação da oferta dos recursos fornecidos pela organização para os serviços de saúde, tais como o número de profissionais de saúde relativamente à procura dos utentes, por exemplo. Esta adequação afecta o acesso dos utentes, porque uma capacidade em excesso pode facilitar o acesso, enquanto que uma capacidade limitada prejudicará o acesso. Os autores utilizaram as seguintes métricas para a medição da capacidade na avaliação do acesso a tratamentos de abusos de substâncias tóxicas:

- Número médio de meses em que os utentes fazem terapia;
- Número médio de sessões de terapia individual e em grupo que um utente frequenta durante todo o período em que está em tratamento; e
- O rácio do número de utentes por membro da equipa profissional sobre o número ideal de utentes (do ponto de vista clínico) por membro da equipa profissional.

O relatório United States National Heart, Lung, and Blood Institute, Working Group on Educational Strategies (1998), relativo à prevenção de demora excessiva no atendimento de utentes com alto risco de enfartes agudos do miocárdio, notou que, relativamente à capacidade, a presença de serviços de diagnóstico e terapêuticos apropriados num hospital próximo é fundamental para o acesso das pessoas aos serviços de saúde, pelo que não apenas a existência de serviços de saúde será

importante para o acesso dos utentes, tendo em conta a capacidade, mas também a localização geográfica da oferta. Os recursos humanos também têm influência determinante sobre o acesso dos utentes, tendo em conta esta dimensão: de acordo com aquele relatório, áreas rurais com hospitais de pequena dimensão podem ter dificuldades específicas na obtenção de serviços de saúde necessários, porque os profissionais treinados para realizar diagnósticos rápidos e iniciar um tratamento de emergência podem não estar disponíveis em tempo útil.

Segundo Hartigan (2001), a capacidade descreve a existência e a suficiência dos serviços de saúde de que os utentes necessitam. A característica de localização ou posicionamento (*location*) também foi referida indirectamente, na afirmação do autor de que, em áreas marginalizadas com poucos recursos, os estabelecimentos são escassos e os serviços de saúde que fornecem são insuficientes.

Newton *et al.* (2004) utilizaram três das cinco dimensões para a avaliação do acesso dos utentes aos serviços públicos de medicina dentária da Escócia – capacidade, proximidade e adequabilidade. Os autores relacionam a capacidade primeiramente com a distribuição de serviços e indicadores da oferta, utilizando as seguintes medidas de capacidade:

- Rácios de dentistas sobre a população em cada área administrativa (e.g., dentistas/10.000 utentes);
- Relação entre a oferta e a utilização dos serviços dentários (utilizando como medidas de utilização as taxas de registo da utilização dos serviços públicos de medicina dentária);
- Relação entre a oferta (ou a utilização) e indicadores da necessidade de obtenção de cuidados de medicina dentária (utilizando medidas de carência (*deprivation*) como um indicador da necessidade geral de obtenção de cuidados e: (1) relacionando-o à oferta ou utilização, e avaliando estas relações por meio do coeficiente de correlação de Spearman; ou (2) recalculando os rácios de dentistas por população para também terem em conta a necessidade); e
- Proporção de tempo despendido pelos dentistas nos serviços públicos de medicina dentária.

De acordo com Guagliardo (2004), a capacidade é uma dimensão espacial/geográfica por natureza e refere-se ao número de estabelecimentos entre os quais um utente pode escolher. Segundo o autor, em áreas urbanas, onde localizações múltiplas de estabelecimentos são comuns, as dimensões da capacidade e da proximidade deveriam ser consideradas de forma simultânea, e tal fusão das duas dimensões pode ser denominada acessibilidade espacial.

Como métricas para a medição da capacidade o autor propôs rácios de oferta, que são úteis para comparações entre a oferta de grandes regiões administrativas ou geopolíticas ou áreas de captação e podem ser utilizados para a definição de níveis mínimos de oferta e a identificação de áreas com oferta insuficiente (áreas de melhoria). Segundo Guagliardo (2004), os rácios de oferta são rácios de prestador/população (*provider-to-population*) e são computados dentro de áreas delimitadas, tais como estados, concelhos, áreas estatísticas metropolitanas, ou áreas dos serviços de saúde. O numerador é, usualmente, um indicador da capacidade dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, tal como o número de médicos, clínicas ou camas hospitalares. Como denominador, é habitual utilizar-se a população residente na área delimitada. Os valores dos rácios são finalmente analisados conjuntamente com algum indicador da utilização dos cuidados de saúde ou do estado da saúde.

Bagheri *et al.* (2005) e Bagheri *et al.* (2006) analisaram a acessibilidade espacial dos utentes aos cuidados de saúde primários e argumentaram que a capacidade, no contexto dos cuidados primários, refere-se ao número de estabelecimentos entre os quais os utentes podem escolher.

Krieg *et al.* (2007) definiram a capacidade como atinente à relação entre o volume e o serviço fornecido e as necessidades dos utentes. Para os autores, métricas de capacidade podem ser o número de serviços e profissionais de cuidados de saúde, tendo em conta as suas localizações geográficas. Ainda de acordo com os autores, tendo em conta os profissionais de saúde, a capacidade pode ser afectada por possíveis dificuldades no recrutamento e na retenção do pessoal médico qualificado. Tais dificuldades podem comprometer a qualidade dos serviços de saúde, por exemplo, e prejudicar o acesso, aumentando a demora para a realização de diagnósticos e prolongando períodos de tratamento e recuperação.

Portanto, resumidamente, tendo em conta a literatura sobre o assunto, a capacidade é uma dimensão cuja característica preponderante é espacial/geográfica e refere-se

principalmente à adequação da oferta, pelo que a quantidade dos recursos humanos e a existência, a distribuição e a suficiência dos serviços são os factores a ter em conta na avaliação do acesso segundo esta dimensão. A quantidade de estabelecimentos e de recursos humanos permite a obtenção de números a serem considerados na medição desta dimensão em áreas geográficas específicas. Pode-se dizer que as medidas mais comuns são métricas da oferta, como rácios de prestador/população e outras que reflectam as relações entre a oferta e a utilização dos serviços e entre a oferta e indicadores da necessidade de obtenção de serviços de saúde. Especificamente, as seguintes métricas podem ser citadas como exemplos gerais para a medição da capacidade: número de profissionais de saúde em relação à população; número de estabelecimentos em relação à população; e satisfação dos utentes relativamente à disponibilidade de profissionais e estabelecimentos (mensurável por meio de uma escala de pontuação aplicada em questões de um inquérito, por exemplo).

## **2.2 Proximidade**

A proximidade foi definida por Penchansky e Thomas (1981) como a relação entre a localização da oferta e a localização dos utentes, tendo em conta os recursos de transporte à disposição dos utentes, tempo de viagem, distância e custo. Como os autores notaram, a dimensão da proximidade poderá estar fortemente ligada à dimensão da capacidade em alguns casos. No entanto, diversas áreas de serviços de saúde com capacidades equivalentes podem ter proximidades diferentes.

Como os autores verificaram, o tempo de viagem, em particular, pode permitir prever, em termos aproximados, a satisfação relativamente ao acesso, pois os utentes que precisam de viajar mais tempo têm geralmente uma satisfação menor relativamente ao acesso.

No inquérito que Penchansky e Thomas descreveram, as seguintes questões de satisfação do utente referiram-se à proximidade:

- Quão satisfeito está com a localização do consultório do seu médico em relação à sua residência?
- Quão difícil é para si chegar ao consultório médico?

McLaughlin e Wyszewianski (2002) realçaram que a proximidade se refere à acessibilidade geográfica, a qual, segundo os autores, é determinada pela facilidade do utente em chegar fisicamente ao estabelecimento do prestador.

Johansen *et al.* (1994) referiram-se à proximidade utilizando explicitamente a expressão acessibilidade geográfica, indicando assim que esta é de facto uma dimensão espacial, em cuja análise a localização dos serviços desempenha um papel essencial.

Ricketts e Goldsmith (2005) definiram a proximidade como a relação espacial ou geográfica entre os prestadores de serviços de saúde e os utentes – este elemento do acesso envolve, segundo os autores, a consideração da localização e dos recursos a despendem em transportes.

Segundo Hartigan (2001), a proximidade está associada à localização das populações e dos serviços, transportes e custos de oportunidade.<sup>27</sup> De acordo com o autor, esta dimensão já tinha sido reconhecida há muito tempo como indicativa do problema com que populações rurais ou de áreas remotas lidam, devido às longas distâncias que frequentemente precisam de percorrer para terem acesso aos serviços de saúde.

Guagliardo (2004) definiu a proximidade como se referindo a obstáculos ao transporte (distância ou tempo) entre o sítio em que se encontra o utente até aos estabelecimentos. Como notado *supra*, o autor viu a proximidade como uma dimensão espacial, que, em conjunto com a capacidade, pode ser denominada acessibilidade espacial.

Krieg *et al.* (2007) descreveram a dimensão da proximidade como reflexo da localização dos serviços e da mobilidade dos utentes. De acordo com estes autores, utentes geograficamente isolados estão particularmente vulneráveis à capacidade limitada e à proximidade até aos serviços.

Em suma, a dimensão da proximidade possui, assim como a dimensão da capacidade, uma característica espacial, e pode ser avaliada a partir da consideração da localização dos serviços e da facilidade dos utentes em chegarem fisicamente aos mesmos. A relação espacial ou geográfica entre os prestadores e os utentes é o principal aspecto a ser considerado nesta dimensão. A distância, o custo de transporte

---

<sup>27</sup> Relativamente ao custo de oportunidade, explica-se que o autor considerou a falta de disponibilidade de tempo como impeditiva do acesso na sua dimensão da proximidade – neste caso, o custo de oportunidade da procura por cuidados de saúde seria muito alto.

o tempo de viagem, para além da disponibilidade de tempo do utente, podem ser factores a ter em conta na avaliação desta dimensão do acesso. Concretamente, pode-se propor as seguintes métricas gerais para a medição da dimensão da proximidade em áreas geográficas específicas: população coberta pelos estabelecimentos, considerando-se um tempo fixo de viagem por estrada até aos mesmos; número de estabelecimentos em relação à área geográfica em km<sup>2</sup>; e satisfação dos utentes relativamente ao transporte e à distância até aos estabelecimentos.

### **2.3 Adequabilidade**

A adequabilidade foi definida por Penchansky e Thomas (1981) como sendo a relação entre o modo de organização dos recursos da oferta para o acolhimento dos utentes (incluindo sistemas de marcação, horários de funcionamento, acesso físico aos serviços e atendimento telefónico) e a habilidade dos utentes em se adaptarem a esses factores, observando que, dependendo dos utentes, a adequabilidade dos mesmos factores pode ser percebida de diversas formas.

De acordo com os autores, a adequabilidade refere-se aos aspectos do acesso de “serviço ao utente”: marcação de consultas, tempo de espera no estabelecimento e obtenção de informações por telefone. Em particular, o tempo de espera até à marcação da consulta, isto é, o tempo de espera desde o dia da marcação até ao dia da consulta, permite a obtenção de uma apreciação aproximada da satisfação dos utentes relativamente ao acesso na dimensão da adequabilidade, a qual será mais baixa para utentes que precisam de esperar mais tempo até suas consultas. Por seu turno, o tempo de espera dos utentes no estabelecimento até serem atendidos pelo médico também é indicativo da adequabilidade: um estabelecimento em que os utentes esperam muito tempo na sala de espera até serem atendidos não estará a oferecer boas condições de acesso no tocante à dimensão da adequabilidade.

As seguintes questões no inquérito descrito pelos autores referiram-se à dimensão da adequabilidade:

- Quão satisfeito está com o tempo de espera até à obtenção de uma consulta?
- Quão satisfeito está com o horário de atendimento dos médicos?
- Quão satisfeito está com o tempo de espera na sala de espera, até poder ser atendido pelo médico?

- Quão satisfeito está com a facilidade com que se depara ao contactar o seu médico?

De acordo com McCaughrin e Howard (1996), a adequabilidade representa a vontade de uma organização em adoptar determinadas práticas operacionais, concernentes, por exemplo, a sistemas de marcação, horários de funcionamento e acesso físico aos serviços, face às habilidades dos utentes em utilizarem esses serviços. Os autores citaram como um exemplo da influência exercida pela adequabilidade sobre o acesso aos serviços de saúde a habilidade do utente em obter tratamento fora dos horários normais de funcionamento. Estabelecimentos que oferecem atendimento fora do horário normal de trabalho, por exemplo, à noite e nos fins-de-semana, acolhem melhor os utentes atendendo às suas necessidades especiais. Assim, no trabalho que realizaram sobre o tratamento de toxicodependentes, os autores utilizaram dados de um inquérito para medirem a adequabilidade pelo grau de dificuldade dos utentes em contactarem os profissionais de saúde fora do horário normal de funcionamento, quando têm uma crise decorrente do seu problema de abuso de substâncias tóxicas e necessitam de tratamento (utilizaram a escala Likert<sup>28</sup>, de 1, equivalente a “muito difícil”, até 5, “muito fácil”).

No relatório United States National Heart, Lung, and Blood Institute, Working Group on Educational Strategies (1998), os autores descreveram a adequabilidade como sendo relacionada com a percepção dos utentes relativamente à resposta dos prestadores de serviços de saúde aos seus sintomas. Seguindo esta lógica, por hipótese, utentes com sintomas que estivessem a indicar a necessidade de um tratamento urgente (segundo a percepção dos mesmos), caso não obtivessem o tratamento no tempo adequado, avaliariam a adequabilidade como sendo má.

De acordo com Hartigan (2001), a adequabilidade mede o ajustamento de um serviço às necessidades específicas de tempo e comunicação dos utentes. O autor afirmou que os profissionais de saúde têm maior controlo sobre este aspecto nos estabelecimentos em que trabalham, do que sobre as outras dimensões do acesso. Segundo o autor, esta dimensão é crítica, pois afecta positivamente ou negativamente as outras dimensões do acesso, dependendo da percepção dos utentes relativamente à capacidade de resposta e interesse das pessoas que trabalham nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde face às necessidades dos utentes.

---

<sup>28</sup> Escala de resposta comumente utilizada em questionários.

Newton *et al.* (2004) citaram tempos de espera até às consultas e disponibilidade para a marcação de consultas à noite ou nos fins-de-semana como indicativos da adequabilidade. Os autores utilizaram as seguintes métricas para a medição da adequabilidade no trabalho que realizaram sobre o acesso aos serviços públicos de medicina dentária na Escócia:

- Tempo de espera médio para tratamentos de rotina nos cuidados de saúde primários; e
- Proporção de dentistas nos cuidados primários a trabalhar em consultas de fins-de-semana ou à noite para utentes do serviço nacional de saúde.

Sistemas de marcação e serviços telefónicos são apresentados como indicativos da adequabilidade no relatório CBG Health Research (2005), preparado para o Ministério da Saúde da Nova Zelândia.

Guagliardo (2004), Bagheri *et al.* (2005) e Bagheri *et al.* (2006) descreveram a adequabilidade, juntamente com a aceitabilidade e o esforço financeiro, como sendo barreiras não espaciais e temporais, revelando factores sócio-económicos – essencialmente culturais, nos casos da adequabilidade e da aceitabilidade, e essencialmente financeiros, no caso do esforço financeiro.

Krieg *et al.* (2007), por sua vez, observaram a relação existente entre a capacidade e a adequabilidade: em comunidades com estabelecimentos caracterizados por um baixo número de profissionais disponíveis, ou seja, por capacidade reduzida, os horários de funcionamento e de atendimento em consultas não podem ser flexíveis, restringindo a sua adequabilidade às necessidades dos utentes.

Com referência à dimensão da adequabilidade, portanto, tendo em conta a literatura, os principais factores a considerar são a organização dos recursos da oferta e o ajustamento dos estabelecimentos às necessidades de tempo e comunicação do utente, pelo que sistemas de marcação de consultas, horários de funcionamento, acesso físico aos serviços, atendimento telefónico e serviços ao cliente são pontos que precisam de ser avaliados nesta dimensão. Outras variáveis a avaliar, no que concerne à adequabilidade, são os tempos de espera para a marcação de consultas e até ao atendimento e a capacidade de resposta dos profissionais que trabalham nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde. As seguintes medidas podem ser citadas concretamente como medidas gerais da adequabilidade: tempos de espera no prestador ou satisfação dos utentes relativamente a esses tempos; tempos de espera

para a marcação da consulta ou satisfação dos utentes relativamente a esses tempos; horários de funcionamento dos prestadores ou satisfação dos utentes relativamente aos horários; satisfação dos utentes relativamente aos sistemas de marcação de consultas; satisfação dos utentes relativamente ao acesso físico aos serviços; e satisfação dos utentes relativamente ao atendimento telefónico.

## 2.4 Esforço financeiro

De acordo com Penchansky e Thomas (1981), o esforço financeiro é a relação entre preços dos actos prestados, incluindo formas de pagamento disponibilizadas pelos prestadores, e o rendimento dos utentes, além da sua capacidade de pagamento, a qual poderá sofrer influência da existência ou não de seguros, convenções ou acordos. Os autores ressaltaram que a percepção do utente do valor dos actos prestados relativamente ao custo total é um factor a considerar nesta dimensão, assim como o conhecimento dos utentes de preços, custos e formas de pagamento possíveis.

O inquérito descrito pelos autores incluiu as seguintes questões referentes ao esforço financeiro:

- Quão satisfeito está com os preços praticados pelos estabelecimentos?
- Quão satisfeito está com o seu seguro de saúde?
- Quão satisfeito está com o prazo concedido para o pagamento?

Cabe notar que os autores descobriram, ao testarem a definição multidimensional do acesso, que o tempo de viagem e o tempo de espera até ao atendimento – que serão indicativos da proximidade e da adequabilidade, respectivamente – exercem influência sobre a satisfação dos utentes relativamente ao esforço financeiro.

Tendo em conta o tempo de viagem, Newton *et al.* (2004) citaram como exemplo de elemento indicativo do esforço financeiro, além do custo dos actos, o custo de se obter tempo livre do trabalho para poder ir ao médico (o custo de oportunidade que, conforme visto *supra*, Hartigan (2001) apreciou como sendo um elemento a considerar no âmbito da dimensão da proximidade).

O relatório United States National Heart, Lung, and Blood Institute, Working Group on Educational Strategies (1998) ressaltou que o acesso na sua dimensão do esforço financeiro é uma preocupação para todos os utentes, mas especialmente para os de

classes sociais mais baixas que não têm uma condição financeira suficientemente boa, tanto para o pagamento dos actos como para a aquisição de um seguro, por exemplo.

O trabalho de Johansen *et al.* (1994) sobre os cuidados primários nos EUA realçou que os centros de saúde podem amenizar o esforço financeiro, à medida que o sistema de saúde assegura a todos o acesso aos cuidados de saúde necessários, mesmo àqueles que individualmente são incapazes de pagar pelos actos.

McCaughrin e Howard (1996) consideraram a perspectiva dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde ao discorrerem sobre a dimensão do esforço financeiro. Sob este ponto de vista, o esforço financeiro refere-se ao impacto que várias formas de reembolso exercem sobre o estabelecimento, tanto em termos de rentabilidade como em termos de cumprimento de requisitos exigidos pelas entidades financiadoras. Os autores notaram que o esforço financeiro influencia o acesso quando os estabelecimentos conferem a certos utentes preferência na admissão, discriminando para poderem capitalizar tendo em conta os diferentes valores decorrentes da existência de seguros, convenções ou acordos. As seguintes métricas foram utilizadas pelos autores para a medição desta dimensão:

- O custo da sessão de terapia; e
- As percentagens de utentes da entidade que estão cobertos por seguros.

Assim, tendo-se revisto a literatura relativa à dimensão do esforço financeiro, esta dimensão exprime basicamente a relação entre preços/formas de pagamento e rendimento/capacidade de pagamento dos utentes. A avaliação desta dimensão poderá considerar também a influência da existência de seguros, convenções e subsistemas, podendo variar consoante os diferentes valores envolvidos na contrapartida financeira da relação existente entre utentes e estabelecimentos/profissionais de saúde, no que concerne à prestação de serviços de saúde. As seguintes métricas poderão ser citadas como exemplos de medidas gerais da capacidade de pagamento: custo dos actos ou a satisfação dos utentes relativamente aos custos; nível salarial médio dos utentes; e número de utentes segurados.

## 2.5 Aceitabilidade

A aceitabilidade, da forma como foi definida por Penchansky e Thomas (1981), é a relação entre as atitudes dos utentes relativamente às características pessoais e profissionais dos prestadores e as características efectivas dos prestadores, assim como as atitudes dos prestadores relativamente a características pessoais aceitáveis dos utentes.<sup>29</sup> Os autores notaram que o termo aceitabilidade é muitas vezes utilizado para se referir à reacção dos utentes a características dos prestadores, tais como idade, sexo, religião e etnia dos profissionais de saúde, e tipo e vizinhança dos estabelecimentos. No entanto, os prestadores também têm atitudes sobre características dos utentes ou aspectos financeiros associados a eles. Segundo os autores, os prestadores podem não desejar atender certos tipos de utentes, ou então, através da adequabilidade, podem tornar-se mais ou menos disponíveis.

Questões referentes à aceitabilidade utilizadas no inquérito descrito pelos autores são:

- Quão satisfeito está com a aparência do consultório do seu médico?
- Quão satisfeito está com a vizinhança do consultório?
- Quão satisfeito está com os outros utentes que costuma ver na sala de espera?

Johansen *et al.* (1994) argumentaram que as agências de saúde pública podem melhorar a aceitabilidade dos serviços por meio de avaliações compreensíveis efectuadas nas comunidades que visem compreender as necessidades de serviços de saúde prioritárias da população, assim como a satisfação dos utentes com os serviços de saúde prestados.

McCaughrin e Howard (1996) definiram a aceitabilidade como sendo a interacção entre as atitudes e preferências dos utentes e prestadores acerca do que constituem práticas aceitáveis pessoais e de tratamento. Como realçaram, os utentes podem avaliar certos prestadores como mais ou menos aceitáveis do que outros, em função da raça, sexo, religião e idade dos profissionais ou da localização do serviço, mas os prestadores também podem avaliar os utentes, considerando-os mais ou menos

---

<sup>29</sup> Alguns autores desconsideram a segunda parte a definição, ou seja, as atitudes dos prestadores relativamente às características pessoais aceitáveis dos utentes: Arksey *et al.* (2003), CBG Research (2005) e Dunt *et al.* (2006). Dunt *et al.* (2006), em particular, utilizaram explicitamente o termo “aceitabilidade do consumidor”.

aceitáveis em função dos mesmos factores, além dos factores relativos à capacidade financeira dos utentes e, ainda, à complexidade dos seus casos clínicos.

No relatório United States National Heart, Lung, and Blood Institute, Working Group on Educational Strategies (1998), nota-se que os serviços hospitalares e de emergência disponíveis para populações minoritárias urbanas nos Estados Unidos são frequentemente inadequados ou mesmo *desagradáveis*. Segundo os autores, diferenças culturais e linguísticas entre utentes minoritários (imigrantes, por exemplo) e prestadores de serviços de saúde poderão reduzir a aceitabilidade dos prestadores relativamente a tais utentes.<sup>30</sup> De modo similar, diferenças linguísticas poderão fazer com que utentes que não dominem a língua oficial de um país hesitem em procurar serviços de saúde mesmo quando necessitam.

Hartigan (2001) afirmou que a aceitabilidade indica o ajustamento entre a configuração de um serviço e um utente individual e/ou uma comunidade. O autor referiu que melhoramentos na adequabilidade, tendo em vista necessidades diferenciadas, podem aumentar a aceitabilidade dos serviços. Por outro lado, segundo o autor, melhoramentos na dimensão do esforço financeiro e na proximidade também terão impacto positivo sobre a aceitabilidade.

Por último, Newton *et al.* (2004), no trabalho que realizaram sobre o acesso à prestação de serviços de saúde oral, indicaram como exemplos de medidas de aceitabilidade a concordância cultural entre o profissional de saúde e o utente e a compatibilidade linguística. Krieg *et al.* (2007) sublinharam igualmente o papel da língua, da cultura e da compatibilidade nesta dimensão do acesso.

Com base na literatura revista, conclui-se que a dimensão da aceitabilidade reflecte principalmente a interacção entre as atitudes e preferências dos utentes e dos prestadores acerca do que constituem práticas aceitáveis pessoais e de prestação. A localização, a aparência e a vizinhança do estabelecimento são levadas em conta nesta dimensão, pois a percepção dos utentes relativamente a estes factores podem influenciar a aceitabilidade. Aparência, sexo, idade, etnia, língua, cultura e religião, tanto dos profissionais de saúde como dos utentes – tudo isto influencia a dimensão da aceitabilidade e, portanto, a percepção das pessoas envolvidas relativamente a

---

<sup>30</sup> Num estudo de 2002 do departamento governamental de saúde dos EUA “Minnesota Department of Health”, pessoas da raça branca da zona rural e afro-americanos mencionaram ter tido experiências negativas em termos de tempos de espera nos serviços de urgência de hospitais. As longas esperas poderiam reflectir a reduzida aceitabilidade por parte dos prestadores.

estes factores também deveria ser levada em conta na avaliação do acesso tendo em vista esta dimensão. Poder-se-á igualmente mensurar esta dimensão por meio dos seguintes exemplos de medidas gerais: satisfação dos utentes relativamente às características dos prestadores; e número de queixas ou reclamações de discriminação em razão dos factores *supra* citados.



## ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

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