



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ESTUDO DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO SNS

FEVEREIRO DE 2009

Índice

1. Introdução.....	3
2. Os cuidados de saúde primários do SNS.....	8
2.1. Enquadramento histórico-legislativo	8
2.2. Elementos determinantes do acesso aos cuidados de saúde primários	11
2.3. Rede de Centros de Saúde e sua estrutura organizacional	14
3. Metodologia	19
4. Dimensões espaciais do acesso	26
4.1. Proximidade	26
4.2. Capacidade	33
4.3. Índice agregado de acesso espacial.....	41
5. Inquérito de satisfação aos utentes dos Centros de Saúde	43
5.1. O questionário.....	43
5.2. A amostra.....	44
5.2.1. Os Centros de Saúde.....	44
5.2.2. Os utentes	45
5.3. Resultados	46
5.3.1. Adequabilidade.....	48
5.3.1.1. Horário de funcionamento das consultas	48
5.3.1.2. Tempo de espera até ao atendimento.....	51
5.3.1.3. Tempo de espera da marcação até à consulta	53
5.3.1.4. Processo de marcação de consultas.....	55
5.3.1.5. Conclusões sobre a adequabilidade dos Centros de Saúde.....	59
5.3.2. Aceitabilidade	60
5.3.2.1. Conforto da sala de espera	60
5.3.2.2. Higiene das instalações.....	63
5.3.2.3. Consultas de recurso.....	64
5.3.2.4. Conclusões sobre a aceitabilidade dos Centros de Saúde	66
5.3.3. Análise regional.....	67
5.4. Índice global de acesso.....	75
6. Conclusões	79
Anexo I – Acesso aos cuidados de saúde: as cinco dimensões	81
Anexo II – O questionário do estudo de inquérito aos utentes dos Centros de Saúde do SNS	97
Anexo III – Lista dos Centros de Saúde do SNS alvo do estudo de inquérito.....	102

Índice de abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AMA – American Medical Association

ARS – Administração Regional de Saúde

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GMENAC – Graduate Medical Education National Advisory Committee

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRS – Sub-Região de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

1. Introdução

A Declaração de Alma-Ata considerou os cuidados de saúde primários como a chave para atingir um nível de saúde que permita a todos uma vida económica e socialmente produtiva. Os cuidados primários deverão ser cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação.¹

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde e que, em razão do seu custo relativamente baixo e da maior facilidade com que podem ser fornecidos (em comparação com os cuidados de saúde especializados e de internamento), constituem, se estiverem distribuídos adequadamente, a forma mais importante de cuidados de saúde para a manutenção da saúde da população e para a prevenção da progressão de doenças a uma escala ampla. Como tal, sistemas de saúde mais orientados para os cuidados primários, quando são guiados pelos princípios de capacidade de resposta dos cuidados primários às necessidades das pessoas, da orientação para a qualidade, da responsabilidade dos governos, da justiça social, da sustentabilidade, da participação e da transversalidade sectorial², demonstram melhor desempenho que sistemas mais baseados nos cuidados diferenciados hospitalares, ao nível da saúde da população, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados, relação custo-benefício e satisfação dos cidadãos.³ Adicionalmente, cuidados de saúde primários eficazes são essenciais para a promoção de uma relação entre prestadores e utentes baseada no respeito pela privacidade, dignidade e confidencialidade.⁴

¹ Declaração resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em 12 de Setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, Casaquistão (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

² Vide OMS – Organização Mundial da Saúde (2007), “Renewing Primary Health Care in the Americas, A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization” (<http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/PHC-position-paper.pdf>) e OMS (2008), “The World Health Report 2008, Primary Health Care, Now More Than Ever” (http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).

³ Vide Atun, R., (2004), “What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?”, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network report (<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>).

⁴ Vide a Carta Europeia dos Sistemas de Saúde, designada por “Carta de Tallinn: Sistemas de Saúde para Saúde e Prosperidade”, evocando a cidade estónia em que decorreu a Conferência Ministerial Europeia sobre Sistemas de Saúde, promovida pela OMS. Portugal é um dos países subscritores da Carta (<http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>).

Sendo a importância dos cuidados de saúde primários amplamente reconhecida, é com naturalidade que a rede de cuidados primários surge no Plano Nacional de Saúde 2004-2010⁵ como um dos focos essenciais para a reorientação do sistema de saúde em Portugal, devendo os investimentos nesta área contemplar a providência ao cidadão de um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efectividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo.

Em Portugal, os cuidados de saúde primários efectivam e concretizam, num primeiro patamar, o “*direito à protecção da saúde*” consagrado no n.º 1 do art. 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP).

Na verdade, o n.º 1 da Base XIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, faz assentar o sistema de saúde “*nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades*”. Ora, a prestação destes cuidados de saúde primários abrange duas grandes vertentes, que ao Estado cumpre garantir: a saúde pública, orientada para o tratamento, diagnóstico e intervenção sobre factores que condicionam a saúde das populações e, por outro lado, a Medicina Geral e Familiar, vertente que se estuda aqui, vocacionada para a prestação de cuidados personalizados e continuados a um conjunto de indivíduos e de famílias.

Actualmente, a prestação de cuidados de saúde primários, na vertente medicina geral e familiar, é garantida, no essencial, pelos Centros de Saúde, que constituem a base do sistema de saúde e que, enquanto tal, pautam a sua actuação pela proximidade às comunidades locais. Nesta medida, os cuidados de saúde primários contrapõem-se aos cuidados secundários ou especializados, assegurados designadamente pelos hospitais. Note-se que o próprio Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) define o Centro de Saúde como “*a unidade básica do SNS para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população*”.

Neste quadro, e atendendo à obrigação constitucional, que impende sobre o Estado, de garantir a efectivação do direito à protecção da saúde, os Centros de Saúde integram o conjunto das “*instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde*”, isto é, pertencem ao SNS, tal como definido pelo n.º 2 da Base XII da Lei de Bases da Saúde.

⁵ A importância do papel dos cuidados primários de saúde na prestação de cuidados de saúde também é destacada no Plano Nacional de Saúde pela identificação da sua integração com o funcionamento das redes hospitalares como sendo uma condição *sine qua non* para o aumento da eficácia e eficiência do Sistema de Saúde (<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>).

Desta forma, os cuidados de saúde primários estão abrangidos pela universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade a que alude a alínea a) do n.º 2 do art. 64.º da CRP, enquanto concretização do direito de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. É nesta medida que, por exemplo, todos os cidadãos têm direito à inscrição num Centro de Saúde, livremente escolhido, e que o recurso aos cuidados de saúde prestados naquelas instituições obriga apenas ao pagamento das correspondentes taxas moderadoras, com excepção das situações de isenção, legalmente previstas.

Em Portugal existiam, segundo dados do Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER) da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em Junho de 2008, 3.582 estabelecimentos com prestação de cuidados de saúde primários (definidos como estabelecimentos com a especialidade de Medicina Geral e Familiar), sendo destes 60% de natureza pública, 38% de natureza privada e 3% de natureza social.

O acesso aos cuidados de saúde primários do SNS faz-se em condições significativamente diferentes do acesso aos prestadores privados, uma vez que por via do financiamento público, uma grande barreira potencialmente limitadora do acesso, o pagamento, está presente nos serviços do SNS apenas de forma residual. Para aceder aos cuidados de saúde primários públicos em consultas programadas, um utente do SNS apenas pagará a taxa moderadora (que desde 1 de Janeiro de 2008 se fixa nos €2,15, segundo a Portaria n.º 1637/2007, de 31 de Dezembro, e da qual é possível obter isenção em determinadas situações, conforme se poderá constatar adiante neste relatório).

Como tal, as condições de acesso aos cuidados de saúde primários do SNS são, por definição, significativamente diferentes das condições de acesso aos cuidados privados, pelo que, numa lógica de avaliação comparativa do grau de acesso nas diferentes regiões, faz sentido analisar-se as redes pública e privada separadamente. O presente estudo dedica-se, então, à análise da rede de cuidados de saúde primários do SNS, devendo a ERS debruçar-se sobre a rede privada em momento futuro.

Sobre o tema do acesso aos cuidados de saúde primários por parte utentes, existe já um corpo de evidência importante, embora não cobrindo exaustivamente todas as componentes da temática do acesso.

Em 2005, foi publicado na Revista Portuguesa de Saúde Pública um estudo realizado por investigadores da Faculdade de Medicina do Porto, que visou avaliar as preferências e motivações dos utentes do Centro de Saúde de São João no recurso a

cuidados de saúde.⁶ Com base em informação recolhida junto dos utentes do Centro de Saúde em 2004, por meio de um questionário de auto-resposta, os investigadores concluíram, por um lado, que os Centros de Saúde do SNS eram o local vocacionado para a prestação de cuidados de saúde em primeira linha (89% dos utentes inquiridos afirmaram recorrer em primeiro lugar aos Centros de Saúde quando necessitam de cuidados médicos) e, por outro lado, que o recurso aos serviços de urgência hospitalares se deve não só à percepção de gravidade da sua situação, mas também às dificuldades de acesso aos serviços dos Centros de Saúde, tais como o horário de funcionamento.

Num outro estudo, realizado pela Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa,⁷ sobre a procura e oferta de serviços dos Centros de Saúde em Portugal, pode ler-se que “a acessibilidade aos serviços, em particular das consultas de ambulatório, para todos os estratos da população é um aspecto essencial dado tratar-se de uma área de insatisfação dos utentes (...)”.

Nos termos do n.º 1 do art. 25.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, um dos objectivos da actividade reguladora da ERS é assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde. Para esse efeito, incumbe à ERS, nos termos do n.º 2 do mesmo artigo, promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde, bem como zelar pelo respeito da liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas.

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

Atenta à importância central dos cuidados de saúde primários no que toca ao acesso aos cuidados de saúde por parte dos utentes, a ERS entendeu realizar o presente estudo com o propósito de avaliar o grau de acesso, e as eventuais desigualdades

⁶ Hespanhol, A. P., Ribeiro, O. e Pereira, A. C., (2005), “Preferências e motivações dos utentes do Centro de Saúde de São João no recurso a cuidados de saúde (2004 e comparação com 2002 e 2003)”, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 23, N.º 2.

⁷ Biscaia, A. et al., (2006), Os Centros de Saúde em Portugal – A procura e a oferta de serviços. Neste estudo, que se encontra publicado no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde, analisam-se os 355 centros de saúde então existentes quanto à capacidade instalada, actividade, qualidade, interface com outros níveis de cuidados, contexto e custos.

existentes no acesso aos cuidados primários, nas suas diferentes componentes, nomeadamente no que toca à adequação da oferta de médicos de família às necessidades das populações, às dificuldades sentidas pelos utentes resultantes do processo administrativo para a atribuição de um médico de família, à adequação das condições de acolhimento dos utentes nos locais de prestação de cuidados primários e dos horários de funcionamento dos serviços.

O objectivo deste estudo é, então, elaborar um diagnóstico sobre o acesso aos cuidados de saúde primários prestados pelo SNS, detectando os pontos mais sensíveis que geram maiores dificuldades de acesso e enfatizando as assimetrias regionais que se venham a detectar.

Uma versão preliminar deste relatório, concluída em Novembro de 2008, foi apresentada e discutida num seminário subordinado ao tema do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, organizado pela ERS, no dia 5 de Fevereiro de 2009, e reservado a entidades com interesse e responsabilidades no sector.

Estiveram representados no evento o Ministério da Saúde, as Administrações Regionais de Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários e o Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários⁸. O evento contou ainda com a especial participação do Professor Doutor Luís Graça⁹ e do Dr. Rui Cernadas¹⁰, a quem a ERS solicitou a preparação de um comentário mais extenso à versão preliminar do presente estudo. O resultado da discussão durante o seminário foi levado em conta na redacção da presente versão deste relatório.

⁸ Grupo criado por Despacho Conjunto do Ministro de Estado e das Finanças e da Ministra da Saúde, com o n.º 20791/2008, de 29 de Julho de 2008.

⁹ Professor Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

¹⁰ Membro do Conselho Nacional para o Exercício da Actividade Médica da Ordem dos Médicos e Médico na Unidade de Saúde Familiar da Aguda.

2. Os cuidados de saúde primários do SNS

2.1. Enquadramento histórico-legislativo

Os Centros de Saúde foram criados pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, na sequência do Estatuto da Saúde e Assistência, aprovado pela Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963, que teve em vista a *“integração e coordenação das actividades de saúde e assistência, bem como (...) a prestação de cuidados de saúde de base, de natureza não especializada, com o objectivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhes corresponda”* (n.º 1 do art. 55.º).

O Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, que aprovou o Regulamento dos Centros de Saúde, operou a integração dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência e dos Centros de Saúde, afirmando igualmente um modelo organizativo assente na identidade das diversas linhas profissionais, em especial, a carreira médica de clínica geral.

Segundo a definição constante do art. 2.º do referido Despacho Normativo, Centro de Saúde é toda a *“unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, e se dirige ao indivíduo, à família e à comunidade”*, devendo *“privilegiar, de modo especial, a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes”*. Surgem, assim, na sequência da entrada em vigor deste diploma, os Centros de Saúde de Segunda Geração.

Actualmente, o regime jurídico da organização e funcionamento dos Centros de Saúde consta do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, diplomas que foram repriminados pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, após a sua revogação pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que criou a Rede de Cuidados de Saúde Primários.

Surgem, assim, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, os designados Centros de Saúde de Terceira Geração, dotados de personalidade jurídica e de autonomia técnica, administrativa e financeira, mediante revogação expressa do n.º 1 do art. 6.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que fazia depender os Centros de Saúde, orgânica e funcionalmente, da respectiva Administração Regional de Saúde (ARS) e, em concreto, das Sub-Regiões de Saúde (SRS).

Repare-se, por outro lado, que no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), a Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de Junho, veio impor a *“extinção progressiva, até ao final de 2006, das sub-regiões de saúde com a próxima reformulação de funções das administrações regionais de saúde e dos centros de saúde, bem como a criação de unidades locais de saúde onde existam condições para a imediata integração dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares”* (alínea j) do ponto 5).

No entanto, verifica-se que, na prática, vigorava ainda, no primeiro semestre de 2008, quando o inquérito aos utentes dos Centros de Saúde que serve de base ao presente estudo foi realizado, a lógica de gestão dos Centros de Saúde assegurada pelas SRS. Este facto tem implicações relevantes, nomeadamente no que à definição de uma unidade de análise regional diz respeito.

Paralelamente, o Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio veio estabelecer o Regime Jurídico dos Sistemas Locais de Saúde, enquanto unidades integradas de cuidados de saúde formadas por hospitais e grupos personalizados de centros de saúde. Visa-se, assim, pela criação desta nova unidade funcional, facilitar a circulação dos utentes no sistema de saúde e a própria eficiência do sistema, na medida em que a procura de cuidados de saúde no SNS é orientada num circuito lógico e racional. A título de exemplo, veja-se o Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho, que cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Por outro lado, o Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009) prevê a adopção de um conjunto de medidas tendentes à reestruturação e ao reforço da importância das Unidades de Saúde Familiar, vocacionadas para a prestação de cuidados personalizados e continuados a um conjunto de indivíduos e de famílias.

Assim, na sequência e em desenvolvimento do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, foram implementadas as USF, pelo Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, com as alterações do Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro, enquanto estruturas elementares de prestação de cuidados de saúde a uma população determinada, constituídas por uma equipa multiprofissional, num quadro de contratualização interna, dotadas de autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades do Centro de Saúde. Estas novas estruturas visam a garantia de maior acessibilidade, continuidade, globalidade, efectividade, eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde primários. Aquele art. 12.º

viria, porém, a ser revogado pelo Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o Regime Jurídico da Organização e Funcionamento das USF.

Segundo dados disponibilizados pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em 4 de Agosto de 2008, tinham dado entrada 242 candidaturas para USF, das quais 181 terão sido aceites para avaliação, encontrando-se 141 já em actividade e que potencialmente abrangerão 1 769 304 utentes.

Em todas as USF existe uma carteira básica de serviços, ou compromisso assistencial nuclear, aprovada pela Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro, garantindo a realização de actos de vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida, cuidados em situação de doença aguda, acompanhamento clínico das situações de doença crónica, cuidados no domicílio e interligação e colaboração com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação.

De acordo com as características geodemográficas e visando satisfazer as necessidades da população abrangida pela USF, poderá variar a dimensão da lista de utentes (que corresponde a uma média de 1550 utentes por médico, de acordo com o disposto no n.º 3 do art. 9.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto), o número de elementos que integram a equipa multiprofissional e os horários disponibilizados, bem como poderá ser contratualizada, adicionalmente, a carteira complementar de serviços.

As USF distinguem-se, assim, dos Centros de Saúde, essencialmente, pela contratualização de um compromisso assistencial, que se vem a traduzir num conjunto de serviços prestados à população abrangida e pela autonomia organizativa, funcional e técnica. Neste sentido, as USF representam já um elemento de transição para o modelo de organização dos cuidados de saúde primários que será implementado concomitantemente com a extinção das SRS.

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, veio criar os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), unidades intermédias entre as ARS e os Centros de Saúde, constituídos por várias unidades funcionais, destinadas a garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os ACES são serviços desconcentrados da respectiva ARS, dotados de autonomia administrativa, organizativa e técnica, cuja delimitação da área geográfica deverá ser fixada por portaria conjunta dos Ministérios responsáveis pelas áreas das Finanças,

Administração Pública, Administração Local e Saúde e corresponderá às NUTSIII¹¹, a um conjunto de concelhos ou a um só concelho, de acordo com a necessidade de combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e os factores geodemográficos previstos no n.º 2 do art. 4.º do referido Decreto-Lei. Acresce que a concreta criação dos ACES, nos termos a regulamentar, dará lugar à já prevista extinção das SRS, permitindo que progressivamente sucedam nas suas atribuições, designadamente quanto à gestão dos Centros de Saúde, as próprias ARS ou os ACES ou, ainda residualmente, as Unidades Locais de Saúde (art. 41.º do mesmo diploma legal). No entanto, e como exposto, no primeiro semestre de 2008, os Centros de Saúde encontravam-se, ainda, sob gestão das SRS.

2.2. Elementos determinantes do acesso aos cuidados de saúde primários

a) Cartão de Utente do SNS e pagamento de taxas moderadoras

O acesso aos cuidados de saúde prestados nos Centros de Saúde depende, em primeira linha, da apresentação do Cartão de Utente do SNS, destinado a comprovar a identidade do seu titular, nos termos do n.º 1 do art. 2.º e alínea a) do n.º 1 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho. Do cartão do SNS consta, igualmente e sempre que aplicável, a titularidade do direito de isenção de taxas moderadoras.

Na verdade, a prestação de cuidados de saúde nos Centros de Saúde depende, segundo o art. 1.º n.º 1 alínea b) do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, do pagamento de taxas moderadoras, cujo valor se encontra fixado na Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março e posteriormente actualizado pela Portaria n.º 1637/2007, de 31 de Dezembro.

Beneficiam da isenção de pagamento das referidas taxas os indivíduos a que alude o n.º 1 do art. 2.º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, designadamente, grávidas, crianças até aos 12 anos, pensionistas e trabalhadores por conta de outrem

¹¹ As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária (*vide* Regulamento (CEE) n.º 2052/88 do Conselho das Comunidades Europeias, de 24 de Junho de 1988, relativo às missões dos Fundos com finalidade estrutural, à sua eficácia e à coordenação das suas intervenções, entre si, com as intervenções do Banco Europeu de Investimento e com as dos outros instrumentos financeiros existentes).

com rendimento mensal inferior ao salário mínimo nacional e doentes crónicos, desde que a sua situação seja comprovada por documento emitido pelos serviços oficiais competentes.

Note-se, ainda, que o Decreto-Lei n.º 79/2008, de 8 de Maio veio proceder à alteração do citado diploma, permitindo que os utentes com idade igual ou superior a 65 anos beneficiem de uma redução de 50 % do pagamento das taxas moderadoras.

b) Horário de atendimento

Relativamente ao horário dos Centros de Saúde, o Despacho Normativo n.º 10/98, de 5 de Fevereiro veio estabelecer que os mesmos “*asseguram o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até vinte e quatro horas diárias, incluindo aos sábados, domingos e feriados, em função do interesse público, das necessidades da população ou das características locais da área geográfica abrangida*”.¹²

A mesma norma consta actualmente do art. 9.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, onde também se prevê que, com vista a assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, os Centros de Saúde devem garantir o “*princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada*”. Deverão também os Centros de Saúde, nos termos do n.º 3 daquele preceito legal, publicitar o seu horário de funcionamento, mediante afixação no exterior e interior das respectivas instalações.

Note-se, por outro lado, que as USF garantem, em regra, o seu funcionamento, nos dias úteis, entre as 8 e as 20 horas, podendo este horário ser objecto de redução ou alargamento, nos termos do n.º 5 do art. 10.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto (à semelhança do que acontece com os próprios Centros de Saúde, poderá ser contratualizado, por exemplo, e de acordo com a alínea b) daquele preceito legal, um alargamento do horário até às 24 horas nos dias úteis e entre as 8 e as 20 horas aos sábados, domingos e feriados).

¹² Note-se que o art. 6.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prevê que, após a criação dos ACES, os Centros de Saúde passem a “*assegura[r] o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até às 24 horas nos dias úteis, e, eventualmente, aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população e características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos*”.

c) Liberdade de escolha do Centro de Saúde

Estabelece a alínea a) do n.º 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde que “os *utentes têm direito a escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores*”.

Na verdade, ao contrário do que acontece no âmbito da saúde pública comunitária, que abarcará necessariamente os indivíduos residentes na área geográfica abrangida por cada Centro de Saúde, os cuidados de saúde prestados de forma personalizada aos utentes dependem da livre escolha, por estes, tanto do Centro de Saúde, como do médico de família. Assim, de acordo com os n.º 3 e 4 do art. 5.º do citado Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o Regime Jurídico dos Centros de Saúde, todos os utentes podem inscrever-se num Centro de Saúde por si livremente escolhido, devendo dar-se prioridade, no caso de carência de recursos, aos residentes da respectiva área, bem como deverão indicar o médico de família.

Repare-se que o n.º 1 do art. 4.º do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, considerava já “*naturais utentes do centro de saúde os indivíduos residentes, incluindo os residentes ou deslocados temporariamente, e ainda aqueles que, por motivo de doença súbita ou de acidente, necessitem de cuidados de saúde urgentes*”.

Por outro lado, e com vista a proporcionar aos utentes uma maior proximidade aos cuidados de saúde, o citado diploma veio conferir a possibilidade de cada Centro de Saúde dispor de extensões periféricas, situadas em locais da sua área de influência (art. 3.º n.º 2). Reafirma-se, assim, a necessidade de os cuidados de saúde primários se situarem junto da comunidade, como viria a ser reconhecido no n.º 1 da Base XIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 47/90, de 24 de Agosto.

A liberdade de escolha dos utentes no âmbito dos cuidados de saúde primários dependerá, assim, sempre dos recursos humanos, técnicos e financeiros existentes, em conformidade, aliás, com o que estabelece a citada alínea a) do n.º 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde. Isto é, verifica-se que ainda que a liberdade de escolha dos utentes constitua um dos princípios fundamentais do sistema de saúde, pautando nomeadamente o recurso ao SNS, a mesma poderá sofrer restrições decorrentes de limitações dos meios disponíveis para satisfação das necessidades dos utentes.

d) Liberdade de escolha do médico de família

Ainda relativamente à liberdade de escolha, a alínea a) do n.º 1 do art. 13.º do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, previa a “*livre escolha do médico assistente no centro de saúde*”. Da mesma forma, de acordo com o n.º 4 do art. 5.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, no momento da inscrição num Centro de Saúde, deverá “*o utente, por sua livre escolha, indicar o médico de família*”.

Do Guia do Utente do SNS consta, igualmente, a possibilidade de o utente mudar de médico de família, mediante pedido fundamentado dirigido ao Director do Centro de Saúde. Tal como se afirmou relativamente à liberdade de escolha do Centro de Saúde, também a livre escolha do médico de família se encontra dependente dos recursos humanos, técnicos e financeiros existentes, como estabelece a alínea a) do n.º 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde.

2.3. Rede de Centros de Saúde e sua estrutura organizacional

A evolução do enquadramento legal dos cuidados de saúde primários do SNS, exposta na secção 2.1., permite afirmar que esta é uma área do sistema de saúde que tem vindo a sofrer uma lenta reestruturação ao longo dos últimos anos, tendente a ditar uma nova configuração da gestão dos serviços públicos de saúde.

Todavia, a realidade constatada pela ERS, durante o trabalho de recolha da informação utilizada neste estudo, permitiu perceber que algumas das alterações legalmente já previstas não tinham ainda implementação prática. Este era o caso da anunciada extinção das SRS, que, como foi anteriormente referido, apenas deverá ocorrer à medida que forem sendo criados os ACES. Efectivamente, verificou-se que, na prática, vigorava ainda a lógica de gestão dos Centros de Saúde assegurada pelas SRS, enquanto serviços de âmbito regional de cada ARS. Este facto tem implicações relevantes no estudo de acesso aqui apresentado, nomeadamente no que à definição de uma unidade de análise regional diz respeito.

Para se efectuar uma análise de acesso, é necessário definir uma matriz regional, constituída por agregados regionais para os quais se calcularão os indicadores de acesso e que serão comparados por forma a se detectarem as desigualdades de acesso por partes das diferentes populações. É prática comum¹³, 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, são duas as divisões administrativas que, na prática, e independentemente da evolução legislativa recente, se traduzem em efectivas áreas relevantes em termos de centros de decisão das políticas regionais: as ARS e as SRS. As primeiras são regiões demasiado latas e abrangentes para servirem de unidade de análise numa avaliação de acesso aos serviços, uma vez que não é razoável admitir que os utentes efectuem, no âmbito dos cuidados primários, deslocações 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 SRS como unidade de análise do acesso aos serviços, que além de traduzirem centros de decisão relevantes em termos de organização dos cuidados primários do SNS, têm a vantagem de coincidir com uma outra divisão administrativa – os Distritos.

Assim sendo, com base em informação fornecida à ERS, verifica-se que em 2007 existiam 345 Centros de Saúde, e 1.767 extensões destes, distribuídos por ARS e SRS como se apresenta na tabela 1.

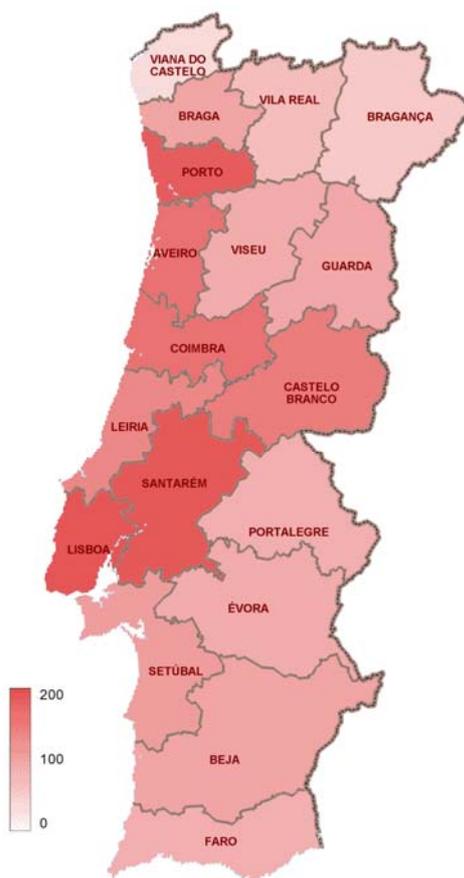
O mapa da figura 1 ilustra a densidade geográfica da rede de Centros de Saúde e suas extensões.

¹³ Veja-se, por exemplo, Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487.

Tabela 1 – Centros de Saúde e extensões em 2007

ARS	SRS	N.º Centros de Saúde	N.º Extensões
Norte	Braga	15	88
	Bragança	12	51
	Porto	34	148
	Viana do Castelo	12	27
	Vila Real	16	56
Centro	Aveiro	19	139
	Castelo Branco	11	137
	Coimbra	22	137
	Guarda	14	82
	Leiria	17	116
	Viseu	26	66
LVT	Lisboa	45	147
	Setúbal	20	92
	Santarém	22	166
Alentejo	Beja	14	87
	Évora	14	81
	Portalegre	16	75
Algarve	Faro	16	72
Total Nacional		345	1.767

Figura 1 – Número de Centros de Saúde e extensões em 2007, por SRS



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.

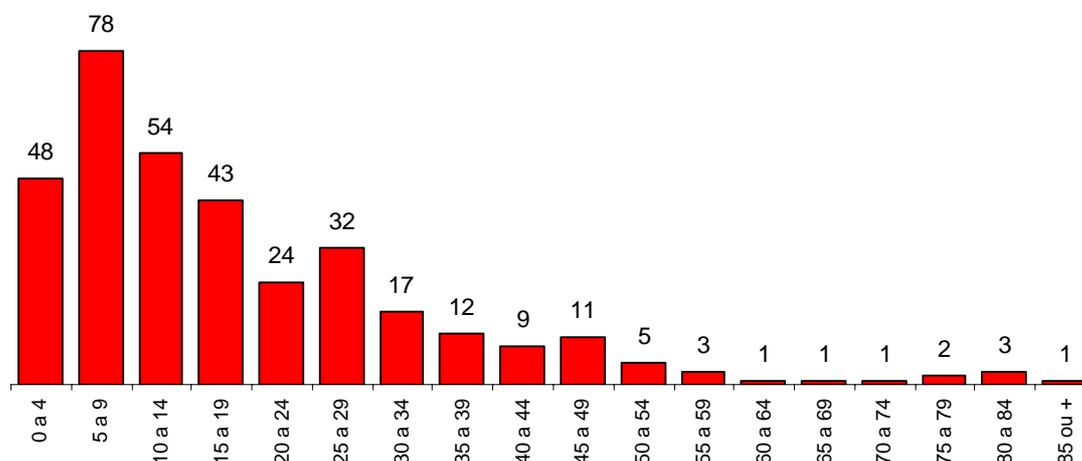
Tabela 2 – Recursos humanos nos Centros de Saúde do SNS em 2007

Categoria profissional	Número de profissionais	% do total de profissionais	Média por Centro de Saúde
Profissionais de Saúde			
Médicos	6.443	24%	19
Enfermeiros	7.089	27%	21
Outros profissionais	12.849	49%	37
Total	26.381	100%	76

Em média, cada Centro de Saúde emprega 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.

Existe alguma heterogeneidade ao nível da dimensão dos Centros de Saúde. A título exemplificativo, note-se que enquanto o Centro de Saúde de Barrancos tem 6 colaboradores (um médico, dois enfermeiros, dois administrativos e um profissional da categoria “outro pessoal”), o Centro de Saúde de Guimarães tem 323 colaboradores (63 médicos, 68 enfermeiros e 192 outros profissionais). Nesse sentido, com vista a isolar o efeito da heterogeneidade da distribuição do número de colaboradores por Centros de Saúde, calculou-se a mediana como indicador para caracterizar a estrutura típica dos Centros de Saúde. O Centro de Saúde típico, quando avaliado pela mediana, terá 66 profissionais, dos quais 15 são médicos e 17 são enfermeiros.

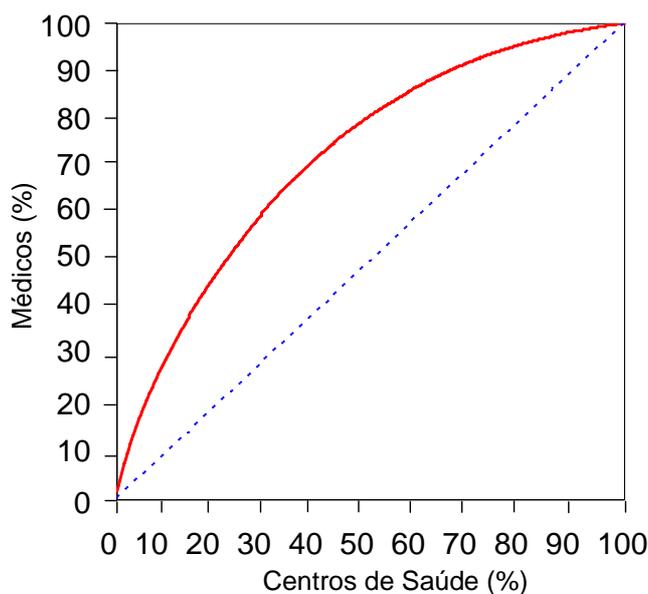
Figura 2 – Distribuição dos Centros de Saúde por número de médicos



Da figura 2, onde se apresenta a distribuição dos Centros de Saúde do SNS por número de médicos, é possível concluir que predominam os Centros com menos de 20 médicos (65% dos 345). Esta figura mostra a assimetria da distribuição dos médicos em torno da média e evidencia a existência de alguns casos extremos de Centros de Saúde com um grande número de médicos (concretamente, alguns Centros de Saúde das zonas de Lisboa e Braga).

A heterogeneidade nas estruturas de pessoal dos Centros de Saúde pode ainda ser constatada na figura 3, que mostra a desigualdade existente na distribuição de médicos pelos Centros de Saúde. Note-se que enquanto que os 35 mais pequenos Centros de Saúde concentram apenas cerca de 2% do total dos médicos (com uma média de 3 médicos por centro) os 35 maiores concentram 30% dos médicos (55 por cento, em média).

Figura 3 – Distribuição de médicos por Centros de Saúde



3. Metodologia

Antes dos anos 80, a teoria dominante sobre o acesso aos cuidados de saúde assentava na premissa de que o melhor indicador de acesso é a efectiva utilização de cuidados de saúde, não bastando a existência de serviços de saúde para garantir o acesso. Nesta linha, os estudos de avaliação do acesso passavam por analisar indicadores de utilização de cuidados de saúde, e indicadores de resultados de saúde, como forma de perceber se os serviços utilizados eram qualitativamente adequados às necessidades de saúde das populações. Metodologicamente, esta teoria apresenta uma dificuldade em lidar com a não utilização, quando ela é motivada pela ausência de necessidade de cuidados de saúde (ou pelo menos, a não identificação dessas necessidades), ou seja, os indicadores de utilização podem confundir não utilização por dificuldades de acesso com não utilização por ausência de procura.¹⁴

Em 1981, com o artigo “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, Penchansky e Thomas propuseram uma abordagem alternativa ao tema do acesso aos cuidados de saúde, assente no conceito do ajustamento entre as necessidades dos utentes e a capacidade do sistema de saúde em satisfazer essas necessidades, que foca a sua análise no processo de procura de serviços de saúde.¹⁵

Penchansky e Thomas (1981) identificaram um conjunto de barreiras ao acesso dos cuidados de saúde por parte dos utentes – que interferem na progressão do acesso potencial ao realizado¹⁶ – que podem ser agrupadas em cinco dimensões: *accessibility*, *availability*, *affordability*, *acceptability* e *accommodation*. Assim, a medição do grau de ajustamento entre as necessidades dos utentes e a capacidade

¹⁴ Andersen, R.M., e Newman, J.F., (1973), “Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States”, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, pp. 95-124; Aday, L.A., e Andersen, R.M., (1974), “A framework for the study of access to medical care”, *Health Services Research*, 9, pp. 208-220; Aday, L.A., Begley, C.E., Lairson, D.R., e Balkrishnan, R., (2004), “Evaluating the Healthcare System, Effectiveness, Efficiency and Equity (3rd ed.)”, Health Administration Press, Chicago, IL.

¹⁵ Penchansky, R., e Thomas, J. W., (1981), “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, *Medical Care*, Vol. 19, No. 2, pp. 127-140.

¹⁶ Guagliardo, M. F., (2004), “Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges”, *International Journal of Health Geographics*, 3 (3), baseia o conceito de acesso em “estádios” e “dimensões”. Os “estádios” na prestação de cuidados de saúde são: a prestação de cuidados “potencial”, isto é, aquela que satisfaria todas as necessidades da população; e a prestação de cuidados “realizada”, isto é, aquela que efectivamente é fornecida aos utentes. Assim, a avaliação do acesso consistiria na avaliação das barreiras que impedem a transformação completa da prestação de cuidados “potencial” em prestação de cuidados “realizada”.

do sistema de saúde em satisfazer essas necessidades resulta de uma análise conjunta destas cinco dimensões do acesso.

A dimensão de *accessibility* é caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e a distribuição geográfica dos utentes, em termos de distância ou tempo entre o local onde se encontra o utente e o local onde são prestados os cuidados de saúde. Como tal, designar-se-á esta dimensão do acesso aos cuidados de saúde por “Proximidade”.

Já a dimensão de *availability* representa a medida em que o prestador detém os recursos necessários – como pessoal e tecnologia – para atender às necessidades dos utentes. Porque traduz uma medição da capacidade da rede em oferecer serviços em quantidade suficiente para fazer face à procura potencial, designa-se esta dimensão por “Capacidade”.

A dimensão de *affordability* refere-se à capacidade ou disposição dos utentes para suportar os encargos com a prestação de cuidados de saúde. Neste relatório, usar-se-á a expressão “Esforço financeiro” para designar esta dimensão.

Por seu turno, a *acceptability*, que traduzimos como “Aceitabilidade”, avalia se o acto de prestação de cuidados de saúde que é realizado corresponde às reais necessidades e expectativas do utente, e representa as atitudes dos utentes e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.¹⁷

Finalmente, *accommodation* reflecte a medida em que a actuação do prestador está organizada para atender as restrições e preferências dos utentes¹⁸, ou seja, à luz desta dimensão avalia-se se a organização do prestador (em termos de horários de funcionamento, marcação de consultas, etc.) se adequa às restrições e preferências dos utentes, pelo que o termo usado neste relatório é “Adequabilidade”.

Uma revisão mais profunda da principal literatura sobre a metodologia das cinco dimensões do acesso aos cuidados de saúde é apresentada no anexo I do presente relatório.

As dimensões “proximidade” e “capacidade” têm uma vertente espacial, enquanto as dimensões “esforço financeiro”, “aceitabilidade” e “adequabilidade” são

¹⁷ Travassos, C., Martins, M., (2004), “A review of concepts in health services access and utilization”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, suppl. 2.

¹⁸ McLaughlin, C. G., Wyszewianski, L., (2002), “Access to Care: Remembering Old Lessons”, *Health Services Research*, 37 (6), 1441-1443.

essencialmente não-espaciais e reflectem os sistemas de financiamento e organização dos cuidados de saúde e factores culturais.

Proximidade

Conforme se referiu *supra*, a proximidade é caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos estabelecimentos e dos utentes, em termos de distância ou tempo entre o local onde se encontra o utente e os estabelecimentos dos prestadores de cuidados de saúde. Assim, existe proximidade a determinado tipo de cuidados de saúde quando a distribuição geográfica dos serviços onde esses cuidados são prestados é adequada à distribuição geográfica dos utentes.

Uma forma de avaliar a “proximidade” a uma rede de prestação de cuidados de saúde consiste na estimação da população que reside a uma distância suficientemente próxima de pelo menos um ponto dessa rede. Então, no caso em apreço, se toda a população residir dentro da zona de alcance de um Centro de Saúde, teremos uma proximidade perfeita. Quanto menor for a percentagem da população a residir dentro da zona de alcance de um Centro de Saúde, menor será a proximidade aos cuidados de saúde primários.

Um outro indicador possível para medir o grau de proximidade em regiões delimitadas trata-se do número de pontos de oferta (Centros de Saúde) por quilómetro quadrado da região. Este é um indicador da densidade da rede de oferta de cuidados de saúde primários do SNS, pelo que traduz a maior ou menor probabilidade de um utente residente em determinado local ter a uma distância considerada razoável um Centro de Saúde a que possa aceder.

Capacidade

Por seu turno, a dimensão “capacidade” refere-se à capacidade da rede oferecer serviços em quantidade suficiente para suprir as necessidades das populações. Assim, como indicador de capacidade, foi construído o rácio de médicos dos Centros de Saúde por 10.000 habitantes. Este indicador permite avaliar a dimensão da estrutura produtiva dos Centros de Saúde de uma determinada região face às necessidades dos utentes aí residentes, traduzindo a capacidade de resposta da rede de oferta às necessidades potenciais da população.

Para efeitos de avaliação das duas dimensões espaciais do acesso, recorreu-se à informação da estatística do movimento assistencial dos Centros de Saúde do SNS de

2007, recolhida pela ERS junto de cada uma das ARS. A partir desta informação foi possível computar um conjunto de indicadores utilizados para a avaliação da proximidade à rede de cuidados primários do SNS, e da sua capacidade.

Esforço financeiro

O esforço financeiro por parte dos utentes para suportar os encargos com a prestação de cuidados de saúde é um elemento importante do acesso aos cuidados de saúde, porquanto um aumento desse esforço pode representar uma barreira decisiva na obtenção dos cuidados pretendidos. Existe um corpo significativo de literatura e investigação sobre a elasticidade-preço dos cuidados de saúde (ou seja, a sensibilidade dos indivíduos ao preço dos cuidados de saúde em termos de decisões de consumo), uma vez que por inerência à natureza do bem “cuidados de saúde”, e pelo facto da procura de cuidados de saúde ser, em grande medida, ditada por decisão não do consumidor mas do médico, é razoável argumentar que essa elasticidade será reduzida (por vezes, nula). Todavia, não são poucos os estudos que detectam a existência de alguma sensibilidade dos utentes aos preços dos cuidados de saúde, pelo que numa análise de acesso a cuidados de saúde não se deve olvidar a ponderação dos preços dos serviços. Por outro lado, a existência de preços a pagar pelos cuidados de saúde poderá representar uma barreira ao acesso, independentemente das escolhas dos utentes (e portanto, independentemente da elasticidade-preço), sempre que (ou para os utentes para quem) esse preço colidir com a restrição financeira dos utentes. Isto é, as condições financeiras dos utentes podem impossibilitar o pagamento dos serviços, mesmo quando os utentes estariam dispostos a pagar esse preço.

No caso dos cuidados de saúde primários do SNS, não parecem verificar-se os pressupostos para que os preços dos serviços se possam considerar impeditivos do acesso. Aos utentes do SNS não é cobrado qualquer preço pelos cuidados prestados nos Centros de Saúde. Apenas são cobradas taxas moderadoras que, por definição, se destinam a evitar o sobre consumo de cuidados de saúde, resultante do fenómeno de risco moral por parte dos utentes, que emerge em sistemas de saúde com financiamento dos cuidados por seguro de saúde (público ou privado). Como tal, as taxas moderadoras deverão consistir em valores fixados a um nível que apenas impeça o consumo daqueles serviços que sejam claramente desnecessários para os utentes, não se destinando a cobrir os custos dos serviços prestados.

Não cabendo no âmbito deste trabalho uma discussão sobre o ajustamento das taxas moderadoras actualmente praticadas a estes objectivos de moderação do consumo, considerou-se, para efeitos de avaliação do acesso aos cuidados de saúde primários, que as taxas moderadoras não serão uma barreira relevante.¹⁹

Por outro lado, constata-se que uma parte significativa dos utentes do SNS (38,8%, segundo dados do IGIF) beneficia de isenção do pagamento das taxas moderadoras. São diversas as situações que podem motivar a atribuição de isenção, e é de realçar que além do grupo das crianças até aos 12 anos de idade, todas as outras isenções dizem respeito a grupos de utentes financeiramente mais carenciados, nomeadamente trabalhadores e pensionistas com baixos rendimentos (abaixo do Salário Mínimo Nacional) e desempregados. São, portanto, aqueles utentes que poderiam, à partida, sentir algum constrangimento no acesso aos cuidados de saúde pela necessidade de pagamento das taxas, que estão isentos do pagamento de taxas moderadoras, reforçando-se assim o argumento de que o esforço financeiro não é, no caso dos cuidados de saúde primários do SNS, passível de representar uma barreira efectiva ao acesso aos cuidados.

Adequabilidade

A adequabilidade da forma de acolhimento dos utentes constitui uma das dimensões relevantes do acesso aos cuidados de saúde, no sentido em que existe uma série de factores relativos à forma como os utentes são recebidos nos serviços de saúde que, se não forem os mais adequados, se podem revelar como barreiras que impedem a transformação completa da prestação de cuidados “potencial” em prestação de cuidados “realizada”.

Nesta dimensão enquadram-se 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.

Aceitabilidade

Por seu turno, no estudo da dimensão da aceitabilidade procura-se saber se a qualidade das condições dos serviços de saúde, ao nível da higiene, do conforto e da

¹⁹ A ERS abordou detalhadamente o tema das taxas moderadoras no SNS num estudo intitulado “Pagamentos pelos Utentes do SNS: Taxas Moderadoras e Comparticipações Adicionais”.

informação prestada, é adequada às expectativas e necessidades dos utentes, contribuindo assim para um melhor acesso aos cuidados de saúde.

Com vista à recolha de dados que permitam conhecer a adequabilidade e a aceitabilidade das condições dos Centros de Saúde, e mais importante, saber como estas condições são vistas e avaliadas pelos utentes, a ERS conduziu um estudo de inquérito junto de utentes dos Centros de Saúde do SNS. Foi, para o efeito, utilizado um questionário composto por perguntas cobrindo diversos aspectos relacionados com a organização e a qualidade do atendimento administrativo dos Centros de Saúde, com o objectivo de perceber se essas condições de funcionamento representam barreiras ao acesso pelos utentes aos cuidados de saúde primários do SNS.²⁰

Foram, então, incluídas no questionário que suportou o estudo de inquérito da ERS junto dos utentes dos Centros de Saúde do SNS, questões que visaram perceber qual a avaliação dos utentes relativamente a cinco itens enquadráveis na dimensão da adequabilidade: horário de funcionamento, tempo de espera, facilidade de marcação de consultas, processo de marcação presencial e processo de marcação por telefone.

Com o intuito de captar o grau de aceitabilidade dos serviços oferecidos nos Centros de Saúde, o inquérito da ERS aos utentes dos Centros de Saúde incluía um bloco de perguntas sobre a avaliação dos utentes dos Centros de Saúde relativamente ao conforto e à higiene das instalações, sobre o seu conhecimento da possibilidade de aceder a consultas de recurso (como indicador da prestação de informação pelos Centros de Saúde aos utentes) e ainda sobre a frequência e as motivações que levam os utentes a utilizarem as consultas de recurso.²¹

Na tabela 3 apresenta-se, então, um sumário da metodologia de avaliação do acesso que serviu de base ao presente estudo.

²⁰ No capítulo 5 é feita uma descrição mais detalhada do estudo de inquérito realizado, nomeadamente quanto à construção do questionário e quanto à amostra de Centros de Saúde e de utentes seleccionada.

²¹ Conforme se refere em McLaughlin, C. G., Wyszewianski, L., (2002), "Access to Care: Remembering Old Lessons", *Health Services Research*, 37 (6), 1441-1443, uma medida do ajustamento entre utente e prestador poderá ser a existência de uma relação duradoura entre médico e utente, ou seja, a regularidade com o utente recorre ao mesmo médico. A averiguação da frequência e motivos para a procura de consultas de recurso visou perceber se existem problemas de ajustamento entre os utentes e os seus médicos de família que levassem os primeiros a prescindir dos serviços dos segundos, ou seja, se existem motivos para procurar o recurso que não os normais (urgência, ausência do médico de família ou tempo de espera mais reduzido).

Tabela 3 – As cinco dimensões do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS

Dimensão	Metodologia de Estudo
<p><u>Proximidade:</u> A localização geográfica dos serviços de saúde ajusta-se à distribuição geográfica dos utentes</p>	<p>% da população residente a uma distância suficientemente próxima da rede Densidade da rede (número de Centros de Saúde e extensões por quilómetro quadrado)</p>
<p><u>Capacidade:</u> Os serviços existentes são suficientes para atender às necessidades dos utentes</p>	<p>Capacidade de resposta da rede (médicos por habitante) e sua comparação com a procura potencial</p>
<p><u>Adequabilidade:</u> A organização dos cuidados de saúde atende às restrições e preferências dos utentes</p>	<p>Inquérito aos utentes sobre: horário de funcionamento, tempo de espera, facilidade de marcação de consultas, processo de marcação presencial e processo de marcação por telefone</p>
<p><u>Aceitabilidade:</u> A organização dos cuidados de saúde vai ao encontro das necessidades e expectativas dos utentes</p>	<p>Inquérito aos utentes sobre: conforto das instalações, higiene das instalações, adequação da informação prestada e motivações para prescindir do médico de família</p>
<p><u>Esforço financeiro:</u> O preço dos serviços ajusta-se à capacidade financeira dos utentes</p>	<p>Barreira considerada como não relevante neste estudo</p>

4. Dimensões espaciais do acesso

4.1. Proximidade

Como foi referido no capítulo 3, a avaliação da proximidade à rede de Centros de Saúde passa pela estimação da população que reside a uma distância suficientemente próxima de pelo menos um ponto dessa rede, e pela análise da densidade da rede de Centros de Saúde (e suas extensões) em cada região.

Não havendo, ao nível da organização institucional da rede de Centros de Saúde, a fixação explícita e quantificada do que se considera uma proximidade suficiente dos Centros de Saúde às populações, optou-se por simular áreas de abrangência de 30 minutos (distância em estrada) em torno dos pontos da rede (figura 4). A opção pelos 30 minutos justifica-se por ser este o padrão de distância em tempo de viagem até aos serviços recomendado pelo GMENAC (Graduate Medical Education National Advisory Committee) para cuidados primários.²²

Como se pode observar na figura 4, a quase totalidade do território continental está a menos de 30 minutos de um Centro de Saúde ou extensão. As poucas áreas não cobertas são realçadas na figura, apresentando-se na tabela 4 indicação do número de localidades que se podem encontrar nestas áreas desprotegidas. A população residente nestas localidades não chega a representar 0,1% da população de Portugal continental.²³

²² 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.

²³ Mais precisamente, estimou-se uma população a mais de 30 minutos na ordem dos 0,023%.

Figura 4 – Áreas geográficas a menos de 30 minutos de um Centro de Saúde ou extensão

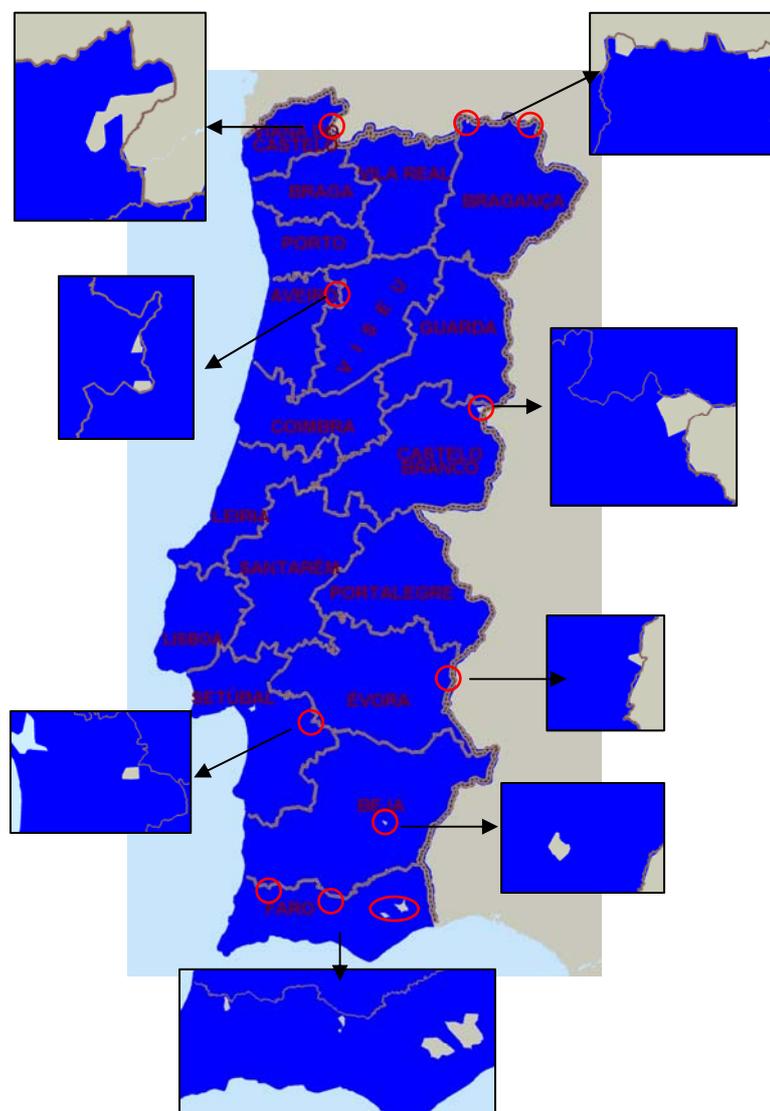


Tabela 4 – Localidades a mais de 30 minutos de um Centro de Saúde ou extensão

SRS	N.º localidades
Viana do Castelo	15
Bragança	4
Aveiro	2
Castelo Branco	1
Setúbal	1
Évora	1
Beja	1
Faro	10
<i>Total de localidades</i>	<i>35</i>

Ignorando a questão da disponibilidade, qualidade e/ou diversidade de meios de transporte público, que claramente exerce efeito sobre o acesso em termos da proximidade, uma vez que se está a tratar de distância e tempo de viagem até aos estabelecimentos, este exercício apenas permite afirmar que a rede de Centros de Saúde do SNS está próxima da quase totalidade das populações, ou seja, que existem Centros de Saúde acessíveis aos utentes.²⁴

Por outro lado, a comparação do grau de proximidade, tal como é analisada aqui, em diferentes regiões do país exige a consideração da quantidade de Centros de Saúde face à dimensão de cada região, ou seja, a densidade da rede de Centros de Saúde.

Para se efectuar tal análise, definiu-se como matriz regional (conjunto de agregados regionais para os quais se calcularão os indicadores de proximidade e capacidade) as SRS, pelos motivos expostos no início da secção 2.3.

Assim, foi construído o indicador de proximidade – rácio de Centros de Saúde e suas extensões por 100 quilómetros quadrados (tabela 5) – para cada uma das SRS.

Tabela 5 – N.º de Centros de Saúde e suas extensões por 100 quilómetros quadrados

SRS	Centros e extensões por 100 km ²	Cluster
Porto	7,81	Alto
Lisboa	6,85	Alto
Aveiro	5,64	Alto
Coimbra	4,00	Alto
Braga	3,81	Alto
Leiria	3,79	Alto
Santarém	2,80	Médio
Castelo Branco	2,23	Médio
Setúbal	2,20	Médio
Viseu	1,84	Médio
Faro	1,76	Médio
Viana do Castelo	1,76	Médio
Guarda	1,73	Médio
Vila Real	1,67	Médio
Portalegre	1,50	Baixo
Évora	1,28	Baixo
Beja	0,98	Baixo
Bragança	0,95	Baixo
Nacional	2,37	

²⁴ O exercício realizado pressupõe que todos os utentes têm acesso a transporte em automóvel privado, o que não corresponderá inteiramente à realidade. Uma análise mais fina implicaria que se considerasse a disponibilidade, e mesmo o custo, dos transportes públicos, o que ultrapassaria o âmbito do presente trabalho.

Como se pode ver, existe em Portugal continental cerca de 2 Centros de Saúde/extensões por cada 100 quilómetros quadrados. É notório que a densidade da rede de Centros de Saúde é maior nos distritos mais urbanos (com a SRS do Porto a deter perto de 8 pontos de oferta por 100 quilómetros quadrados).

De modo a classificar qualitativamente as diferenças existentes entre o rácio nas diferentes regiões, construíram-se três *clusters* de regiões: alto, médio e baixo. A proximidade aos cuidados de saúde primários nas regiões pertencentes ao *cluster* alto é, como o nome indica, maior do que em todas as outras regiões. No *cluster* baixo estarão as regiões com os mais baixos rácios.

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.²⁵

A classificação das regiões em *clusters* é apresentada na tabela 5, enquanto que a tabela 6 apresenta um sumário dos resultados da análise de *clusters*.

Tabela 6 – Sumário dos resultados da análise de clusters de proximidade

Cluster	Nº de SRS	Média do rácio
Alto	6	5,32
Médio	8	2,00
Baixo	4	1,18

A classificação das regiões em *clusters*, de acordo com o indicador de proximidade, pode ser visualizada no mapa da figura 5, onde se representa a classificação de cada região em termos de proximidade à rede de Centros de Saúde com um código de cores. As regiões de Porto, Lisboa, Aveiro, Coimbra, Braga e Leiria são aquelas que apresentam um melhor indicador de proximidade, enquanto que as SRS do Alentejo e Bragança têm um indicador classificado no cluster “baixo”.

²⁵ 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.

Figura 5 – Proximidade aos cuidados primários do SNS

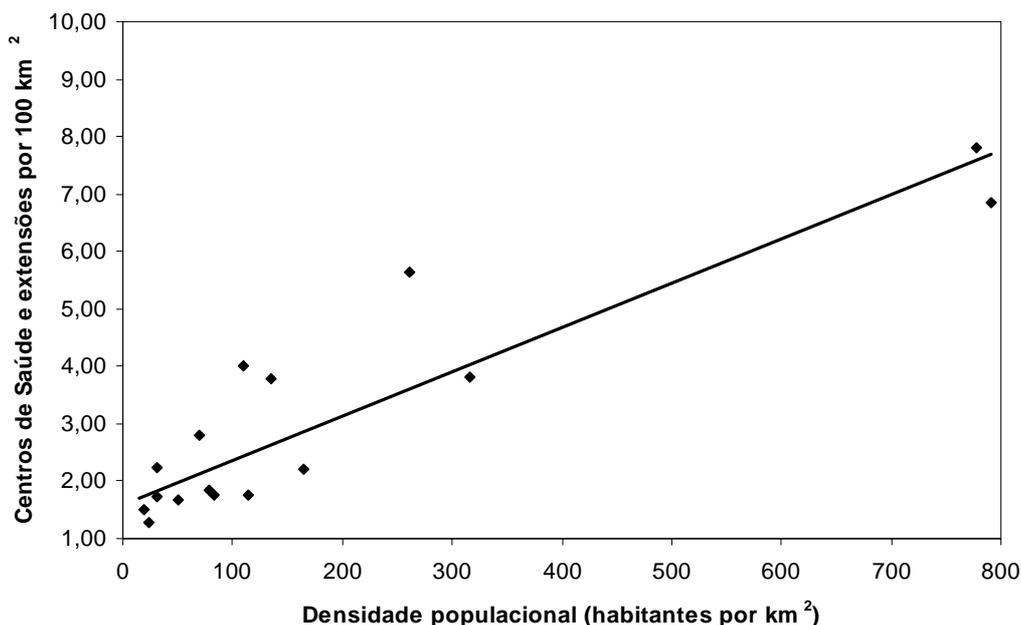


Só por si, a existência de diferenças regionais em termos de número de Centros de Saúde e extensões por quilómetro quadrado não é completamente indicativa de graus de acesso diferenciados. De facto, idealmente a densidade da rede de cuidados de saúde primários do SNS deverá ser maior nas regiões com maior densidade populacional.

Assim, com vista à comparação entre a densidade da rede de cuidados de saúde primários do SNS e a densidade populacional, nas SRS, foi efectuada uma análise de regressão, cujos resultados se apresentam na tabela da figura 6.

Através da representação gráfica das duas variáveis, pode perceber-se uma relação em sentido positivo, ou seja, as regiões onde a densidade populacional é maior são também as regiões onde o número de Centros de Saúde e extensões por 100 quilómetros quadrados é superior.

Figura 6 – Indicador de proximidade vs. densidade populacional



Variável	Coeficientes	Desvio-padrão	Estatística t
Constante	1,594	0,257	6,208
Densidade pop.	0,008	0,001	8,667

$$R^2 = 0,82$$

Os resultados da análise de regressão confirmam que esta relação é positiva e estatisticamente significativa a um nível de confiança superior a 95%. Isto evidencia algum grau de ajustamento global entre a densidade de pontos de oferta de cuidados de saúde primários do SNS e a localização das populações.

Os resíduos de estimação desta análise de regressão dão um indicador sobre o grau desse ajustamento em cada uma das regiões. A lista da tabela 7 apresenta esses resíduos, devendo ser lida da seguinte forma: um resíduo de sinal positivo indica que a região tem uma rede de cuidados de saúde primários do SNS com densidade superior à prevista pela relação estatística com a densidade populacional; um resíduo de sinal negativo indica uma densidade da rede inferior à prevista; e um resíduo perto de zero indica um ajustamento mais perfeito entre densidade da rede e densidade populacional. Na mesma tabela, a lista de SRS é classificada em *clusters* segundo o resíduo de estimação, classificação esta que é ilustrada no mapa da figura 7.

Tabela 7 – Resíduos da estimação do indicador de proximidade vs. densidade populacional

SRS	Resíduo de estimação	Cluster
Aveiro	2,03	Alto
Coimbra	1,56	Alto
Leiria	1,15	Alto
Santarém	0,67	Médio
Castelo Branco	0,40	Médio
Porto	0,20	Médio
Guarda	-0,10	Baixo
Braga	-0,23	Baixo
Portalegre	-0,25	Baixo
Vila Real	-0,32	Baixo
Viseu	-0,37	Baixo
Faro	-0,48	Baixo
Évora	-0,49	Baixo
Setúbal	-0,67	Baixo
Viana do Castelo	-0,72	Baixo
Beja	-0,73	Baixo
Bragança	-0,81	Baixo
Lisboa	-0,85	Baixo

Figura 7 – Ajustamento da rede de Centros de Saúde à densidade populacional



Todavia, o acesso aos cuidados de saúde primários do SNS não depende apenas da existência de Centros de Saúde próximos das populações. É também importante analisar se a capacidade de oferta de cuidados desses Centros é suficiente para suprir as necessidades das populações, algo que cabe na análise da dimensão “capacidade”, a que é dedicada a próxima secção deste relatório. Esta análise é particularmente importante porque se constatou existirem Centros de Saúde com dimensões bastante díspares em termos de recursos humanos e, conseqüentemente, com capacidades de oferta de serviços também bastante distintas.

4.2. Capacidade

A capacidade refere-se à diversidade de serviços de entre os quais o utente pode optar, e pode ser avaliada a partir da análise da dimensão da estrutura produtiva desses serviços.

A mera existência de Centros de Saúde geograficamente próximos das populações não garante que os serviços estejam disponíveis a toda a população, uma vez que o número de Centros e a sua dimensão podem não ser suficientes para suprir todas as necessidades destes serviços.

Assim, para se medir a capacidade de resposta da rede de Centros de Saúde às necessidades das populações, foi usada, mais uma vez, a matriz regional das SRS, tendo, então, sido construído o indicador de capacidade – médicos dos Centros de Saúde por 10.000 habitantes (tabela 8)²⁶ – para cada uma das SRS.

²⁶ Note-se que utilizámos como ponderador das potenciais necessidades de cuidados de saúde primários o número de habitantes e não o número de utentes inscritos e utilizadores dos Centros de Saúde. Embora este último número seja mais próximo da potencial utilização efectiva dos serviços dos Centros de Saúde, e por isso, possa traduzir mais fielmente o encontro entre oferta e procura, sofre de um problema de endogeneidade que, em face dos dados disponíveis, não é possível controlar. Esta endogeneidade resulta da probabilidade de o número de utentes que recorre aos Centros de Saúde ser ele próprio um produto da capacidade instalada, ou seja, as restrições de capacidade de serviços terem um reflexo directo na quantidade de população que procura os Centros de Saúde. Adicionalmente, uma análise breve dos números de utentes inscritos nos Centros de Saúde em 2005 permitiu encontrar incoerências estatísticas, nomeadamente o facto de haver mais utentes inscritos do que o número de habitantes em Portugal continental, que aconselham cautela na utilização desses números. Embora estas incoerências possam ter explicações identificáveis (por exemplo, o caso de mais utentes do que residentes pode ser atribuível à existência de utentes que se encontram a residir no estrangeiro, ou a não anulação de registos de utentes já falecidos), não deixa de ser verdade que a população residente é um ponderador das potenciais necessidades mais facilmente interpretável.

Nos Centros de Saúde são prestados outros serviços de saúde além das consultas médicas (por exemplo, serviços de enfermagem ou vacinação. A medição da capacidade da rede de Centros de Saúde assenta na dotação de médicos por duas ordens de razões.

Por um lado, as consultas médicas são o elemento base de acesso aos cuidados de saúde primários, 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 cuidados de saúde. Nesse sentido, uma menor dotação de médicos poderá resultar num constrangimento ao acesso aos serviços de saúde dos Centros de Saúde.

Por outro lado, constata-se que as estruturas dos quadros de pessoal dos Centros de Saúde apresentam relativa uniformidade quanto à composição profissional em termos de proporcionalidade²⁷, pelo que a comparação da capacidade dos diferentes Centros de Saúde com base no número de médicos não deverá diferir substancialmente de uma comparação baseada no número total de profissionais de saúde.

Como se pode ver na tabela, constatou-se a existência de 6,39 médicos em Centros de Saúde do SNS por 10.000 habitantes de Portugal continental. Este rácio está em linha com a meta global para o sistema de saúde em 2010, estabelecida no Plano Nacional de Saúde, de 6 médicos de medicina familiar por 10.000 habitantes.²⁸ Outros países têm procurado atingir metas semelhantes: em Inglaterra, estabelece-se no Plano do Serviço Nacional de Saúde um objectivo de 5,57 médicos de cuidados primários por 10.000 habitantes;²⁹ o *Council on Graduate Medical Education*, dos Estados Unidos, propôs uma dotação de 6 a 8 médicos de cuidados primários por 10.000 habitantes;³⁰ e os governos da Austrália e da Nova Zelândia definiram como limite para identificação de situações de insuficiência um rácio de 1 clínico geral para 1.400 habitantes, o que equivale a 7,14 médicos por 10.000 habitantes.³¹

²⁷ Note-se que, sendo 24% a percentagem global de médicos no total de profissionais nos Centros de Saúde (tabela 2), o desvio padrão desta percentagem é de apenas 7 pontos percentuais.

²⁸ Vide Plano Nacional de Saúde 2004/2010 Volume I – Prioridades (<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>).

²⁹ Vide Simoens, S., Hurst, J. (2006), “The Supply of Physician Services in OECD Countries”, OECD Health Working Paper No. 21 (<http://www.oecd.org/dataoecd/27/22/35987490.pdf>).

³⁰ Idem.

³¹ Vide London, M. (2001), “Rural General Practitioner Recruitment and Retention in New Zealand”, Centre for Rural Health.

Segundo dados da OCDE de 2004, existe alguma heterogeneidade entre países no que toca à dotação de médicos de clínica geral relativamente à população, verificando-se rácios de 17 médicos por 10.000 habitantes na França, 10 no Canadá, na Alemanha e nos Estados Unidos, 9 em Itália, 7 em Espanha e no Reino Unido e 3 na Grécia.³² Deve realçar-se, então, que os 6,39 médicos em Centros de Saúde por 10.000 parecem não diferir muito do rácio verificado nos países desenvolvidos com padrões inferiores de capacidade.

De modo semelhante à análise da proximidade, apresentada na secção anterior, classificaram-se as regiões em *clusters* (tabelas 8 e 9), classificação esta que é ilustrada no mapa da figura 8. É sobretudo nas regiões que constituem o interior do país que o indicador de capacidade é mais elevado (particularmente, no Alentejo). A capacidade potencial de resposta da rede de Centros de Saúde face à população residente é mais reduzida nos distritos urbanos do litoral, com excepção de Coimbra, Lisboa e Setúbal.

Tabela 8 – N.º de médicos dos Centros de Saúde por 10.000 habitantes

SRS	Médicos por 10.000 habitantes	Cluster
Beja	7,86	Alto
Coimbra	7,85	Alto
Évora	7,44	Alto
Faro	7,10	Médio
Viana do Castelo	7,10	Médio
Castelo Branco	6,98	Médio
Setúbal	6,94	Médio
Guarda	6,85	Médio
Lisboa	6,81	Médio
Vila Real	6,77	Médio
Bragança	6,65	Médio
Portalegre	6,63	Médio
Viseu	6,22	Baixo
Santarém	6,15	Baixo
Aveiro	6,01	Baixo
Leiria	5,84	Baixo
Braga	5,48	Baixo
Porto	5,42	Baixo
Nacional	6,39	

³² Vide “OECD Health Data 2006 – Statistics and Indicators for 30 countries”.

Tabela 9 – Sumário dos resultados da análise de clusters de capacidade

Cluster	Nº de SRS	Média do rácio
Alto	3	7,72
Médio	9	6,87
Baixo	6	5,85

Figura 8 – Capacidade de cuidados primários do SNS



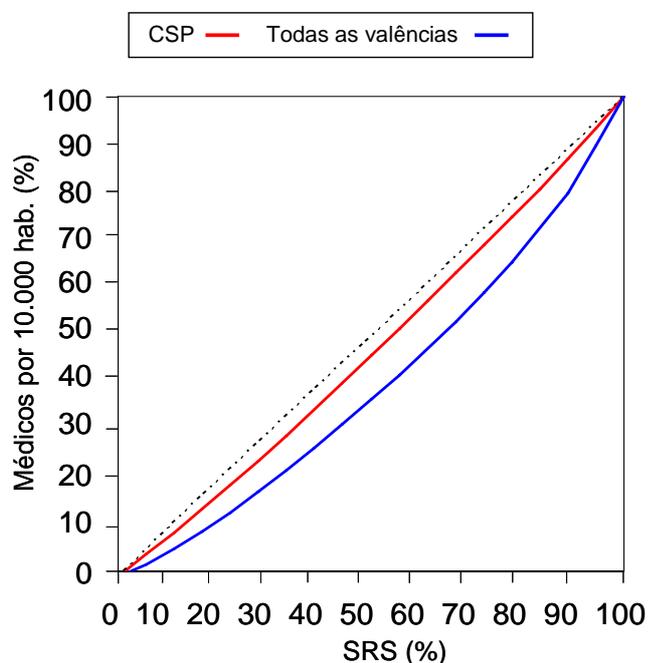
Tendo sido detectada alguma desigualdade regional na capacidade da rede de cuidados primários do SNS, interessa agora avaliar se esta desigualdade é mais ou menos acentuada que a desigualdade observada noutros serviços de saúde. Para esse efeito, recorreu-se a um instrumental estatístico usado habitualmente para avaliar desigualdades na distribuição do rendimento. Trata-se do coeficiente de Gini, associado à representação gráfica da Curva de Lorenz,³³ que neste caso foi aplicado para analisar a desigualdade da distribuição entre SRS da oferta de cuidados primários do SNS.

³³ Enquanto que a Curva de Lorenz não é mais do que uma representação gráfica da distribuição relativa de uma variável por uma determinada população, o coeficiente de Gini consiste num índice que mede a desigualdade dessa distribuição, variando entre 0 e 1 (ou 0 e 100%), onde 0 corresponde à perfeita igualdade da distribuição da variável (todos os elementos da população têm o mesmo valor da variável) e 1 corresponde à completa desigualdade (apenas um elemento da população tem a totalidade da variável).

No caso em apreço, representou-se a Curva de Lorenz (figura 9) e foi calculado o coeficiente de Gini para a distribuição, pelas diversas regiões, da capacidade da rede cuidados primários medida pelo número de médicos dos Centros de Saúde por 10.000 habitantes. O coeficiente de Gini calculado é de 0,06 (ou 6%).³⁴

Este coeficiente é adequado a análises comparativas, pelo que se optou por comparar a distribuição de cuidados primários com a distribuição de todos os serviços de saúde de Portugal continental, medida pelo rácio do total de profissionais de saúde, de todas as valências, por 10.000 habitantes.

Figura 9 – Curva de Lorenz para a capacidade de cuidados primários do SNS nas SRS



A Curva de Lorenz apresentada a azul na figura 9 e o correspondente coeficiente de Gini de 18%, permitem concluir que a desigualdade da distribuição de cuidados primários por SRS é inferior à desigualdade da distribuição média dos cuidados de saúde.

Em conclusão, constata-se, com esta análise, a existência de desigualdade regional na capacidade da rede de cuidados de saúde primários relativa à população residente, desigualdade esta que é inferior à da observada para a totalidade dos cuidados de saúde.

³⁴ Na figura 9 o coeficiente de Gini corresponde ao rácio entre a área que se encontra entre a recta tracejada (distribuição perfeita) e a curva a azul (ou vermelha), e a área total abaixo da recta tracejada.

Finalmente, uma outra análise à distribuição geográfica da oferta de cuidados de saúde primários do SNS levada a cabo, consiste na sua comparação com a distribuição geográfica da procura potencial deste tipo de cuidados de saúde. A análise da dimensão “capacidade”, até agora apresentada, passa pela comparação da dimensão da estrutura produtiva dos Centros de Saúde com a população residente em cada SRS. No entanto, a distribuição da população pode não coincidir com a distribuição das potenciais necessidades de cuidados, pelo simples facto de que as diferentes populações poderão ter diferentes graus de necessidade de cuidados de saúde.

Um indicador que permite, pelo menos parcialmente, ajustar a distribuição da população pelo território pela maior ou menor probabilidade de necessitar de cuidados de saúde trata-se da estrutura etária. É sabido que a procura de cuidados 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 cuidados 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 dos últimos anos de vida.³⁵

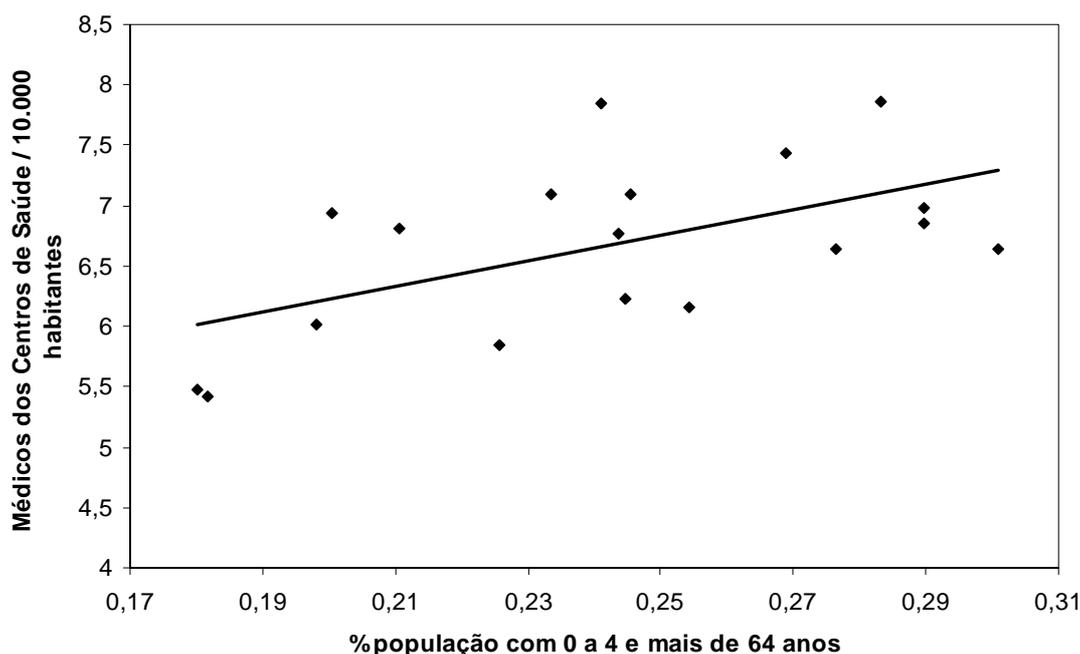
Assim sendo, foi efectuada uma comparação entre a oferta de cuidados de saúde primários do SNS relativamente à população (número de médicos dos Centros de Saúde por 10.000 habitantes) com o seguinte indicador de estrutura etária: proporção de indivíduos com idades entre os 0 e os 4, e mais de 64 anos na totalidade da população.

Esta comparação foi realizada por meio de uma análise de regressão, cujos resultados se apresentam na tabela da figura 10. Também nessa figura se apresenta uma representação gráfica da relação entre as duas variáveis, da qual se pode, desde logo, perceber que essa relação terá sentido positivo, ou seja, as regiões onde a percentagem de indivíduos com idades entre os 0 e os 4 e mais de 64 anos na totalidade da população é maior, são também as regiões onde o número de médicos dos Centros de Saúde por 10.000 habitantes é superior. Os resultados da análise de

³⁵ Em rigor, o perfil da despesa em saúde ao longo do ciclo de vida dos indivíduos tem uma formato mais semelhante a um J, ou seja, maior despesa nos últimos anos de vida do que nos primeiros, embora mantendo a característica de menor despesa nos anos intermédios. Curvas deste tipo são calculadas, por exemplo, em Seshamani, M. e Gray, A., (2002). “The impact of ageing on expenditures in the National Health Service”, *Age and Ageing*, 31: 287-294. Este tipo de perfil da despesa tem vindo a acentuar-se nos últimos anos, com a despesa individual em saúde a crescer mais nos indivíduos com menos de 1 ano de idade, e mais de 65, do que em todos os outros, como se demonstra em Cutler, D. M. e Meara, E., (1997), “The Medical Costs of The Young and Old: A Forty Year Perspective”, NBER Working Paper No. 6114, publicado em: *Frontiers in the Economics of Aging*, The University of Chicago Press, 1998, pp. 215-246.

regressão confirmam que esta relação é, de facto, positiva (note-se na tabela o coeficiente 10,553), e que tem relevância estatística a um nível de confiança superior a 95%. Isto significa que os dados analisados permitem perceber algum grau de ajustamento entre a oferta relativa de cuidados de saúde primários do SNS e a procura potencial destes cuidados (medida a partir da estrutura etária da população).

Figura 10 – Indicador de estrutura etária vs. número de médicos dos Centros de Saúde por 10.000 habitantes



Variável	Coeficientes	Desvio-padrão	Estatística t
Constante	4,111	0,954	4,309
% pop. 0-4 e mais de 64 anos	10,553	3,887	2,715

$R^2 = 0,32$

Tal como foi feito para a análise da dimensão da proximidade, apresentada na secção anterior, utilizaram-se os resíduos da regressão do número de médicos dos Centros de Saúde por 10.000 habitantes contra o indicador de estrutura etária para se analisar o grau de ajustamento da capacidade às necessidades de cuidados primários em cada uma das SRS.

As regiões com resíduo de sinal positivo são regiões onde o rácio de médicos por 10.000 habitantes é superior ao previsto pela relação estimada com a estrutura etária, e as regiões com sinal negativo são aquelas em que esse rácio é inferior ao previsto (ver tabela 10).

Tabela 10 – Resíduos da estimação do rácio de médicos por 10.000 habitantes vs. estrutura etária

SRS	Resíduo de estimação	Cluster
Coimbra	1,19	Alto
Beja	0,76	Alto
Setúbal	0,71	Alto
Faro	0,53	Alto
Évora	0,49	Alto
Lisboa	0,48	Alto
Viana do Castelo	0,39	Alto
Vila Real	0,09	Médio
Castelo Branco	-0,19	Médio
Aveiro	-0,19	Médio
Guarda	-0,31	Médio
Bragança	-0,38	Baixo
Viseu	-0,47	Baixo
Braga	-0,53	Baixo
Porto	-0,61	Baixo
Santarém	-0,64	Baixo
Leiria	-0,65	Baixo
Portalegre	-0,65	Baixo

Figura 11 – Ajustamento da capacidade de cuidados primários do SNS à estrutura etária



4.3. Índice agregado de acesso espacial

Tomando em conjunto as análises de proximidade e capacidade à rede de cuidados primários do SNS, apresentadas nas secções anteriores, construiu-se um indicador agregado que permite classificar as SRS ao nível da componente espacial do acesso.

Este indicador foi construído pela agregação da classificação em *clusters* das regiões de acordo com os resíduos de estimação da análise de regressão entre o número de Centros de Saúde e extensões por quilómetro quadrado e a densidade populacional (que traduz o grau de ajustamento da densidade da rede à densidade populacional em cada uma das regiões), e de acordo com os resíduos de estimação da análise de regressão entre o número de médicos dos Centros de Saúde por 10.000 habitantes e o indicador de estrutura etária (que traduz o grau de ajustamento da oferta da rede às necessidades potenciais da população em cada uma das regiões).

A agregação consistiu na adição aritmética das seguintes pontuações atribuídas em cada uma das análises de *clusters*: 0 pontos para o cluster baixo, 1 ponto para o cluster médio e 2 pontos para o cluster alto. O resultado do índice agregado de acesso espacial, para cada SRS, é apresentado na tabela 11 e no mapa da figura 12, onde se constata que as regiões onde o acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, na sua vertente espacial, é pior, são Braga, Bragança, Viseu e Portalegre, sendo Coimbra a região onde há melhor acesso, na vertente espacial.

Tabela 11 – Índice agregado de acesso espacial

SRS	Proximidade	Capacidade	Índice Agregado
Coimbra	2	2	4
Aveiro	2	1	3
Leiria	2	0	2
Castelo Branco	1	1	2
Faro	0	2	2
Évora	0	2	2
Setúbal	0	2	2
Viana do Castelo	0	2	2
Beja	0	2	2
Lisboa	0	2	2
Santarém	1	0	1
Porto	1	0	1
Guarda	0	1	1
Vila Real	0	1	1
Braga	0	0	0
Portalegre	0	0	0
Viseu	0	0	0
Bragança	0	0	0

Figura 12 – Índice agregado de acesso espacial



5. Inquérito de satisfação aos utentes dos Centros de Saúde

A ERS conduziu um inquérito junto de utentes dos Centros de Saúde do SNS, entre os dias 18 e 29 de Fevereiro de 2008. Foram inquiridos 1.031 utentes em 101 Centros de Saúde, o que significa que foram inquiridos em média 10,2 utentes por Centro de Saúde. A ERS elaborou um questionário com vista à recolha da informação pretendida junto dos utentes, tendo o trabalho de campo sido realizado pela empresa Intercampus – Recolha, Tratamento e Distribuição de Informação, Lda., mediante credenciação dos seus colaboradores para realizarem o trabalho em nome da ERS.

O trabalho de campo foi levado a cabo por 36 entrevistadores, tendo sido as entrevistas suportadas por técnica CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing). As 1.031 entrevistas realizadas resultaram de um total de 1.129 contactos, verificando-se, por isso, 98 recusas (o que perfaz uma taxa de recusa de 8,7%). Ao nível do controlo de qualidade, a Intercampus procedeu à supervisão de 35% do trabalho de cada entrevistador.

5.1. O questionário

O questionário utilizado era composto por 32 perguntas (questões e suas alíneas), cobrindo diversos aspectos relacionados com a organização e a qualidade do atendimento administrativo dos Centros de Saúde. Concretamente, foi recolhida informação pessoal sobre os utentes e sobre a sua utilização do Centro de Saúde, informação sobre a atribuição de médico de família, sobre a qualidade das condições de acolhimento nos Centros de Saúde, sobre o tempo de espera e processo de marcação de consultas, sobre a utilização das consultas de recurso, sobre os horários de funcionamento dos Centros de Saúde e sobre a qualidade do atendimento administrativo nas consultas de Planeamento Familiar³⁶. O questionário era composto por questões de resposta fechada, binária e multi-opção, questões de resposta semi-aberta (além das opções sugeridas, é dada a possibilidade de uma resposta

³⁶ O conjunto de questões sobre as consultas de Planeamento Familiar visou a recolha de informação no âmbito de um processo de inquérito da ERS sobre o acesso e a informação prestadas nas consultas de Planeamento Familiar facultadas nos Centros de Saúde, suscitado por um estudo realizado pela DECO – Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor em Fevereiro e Março de 2007, e não é tratado no presente trabalho.

alternativa não prevista), e questões de avaliação gradativa absoluta e comparativa. O tempo de duração das entrevistas oscilou entre os 5 e os 7 minutos.

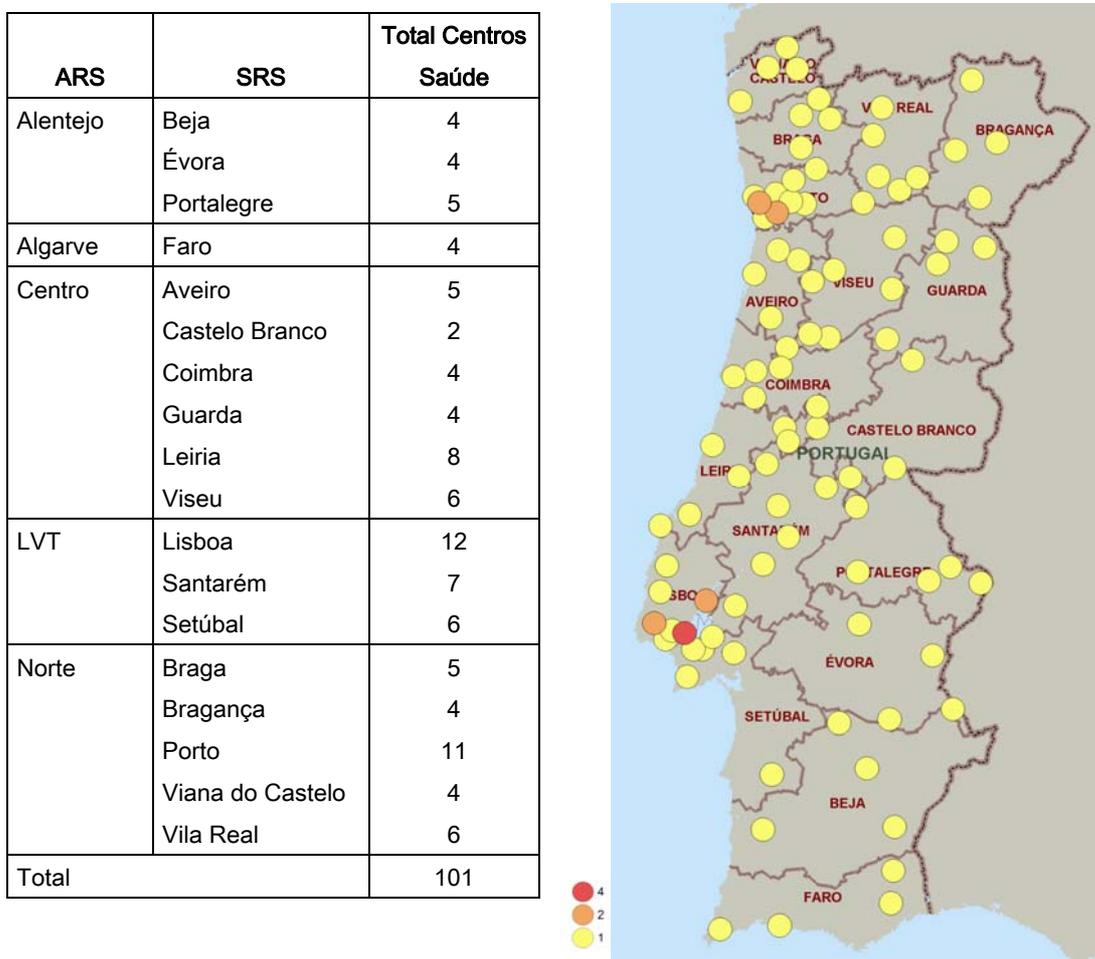
No Anexo II é apresentada na íntegra o questionário.

5.2. A amostra

5.2.1. Os Centros de Saúde

Foram alvo do estudo 101 Centros de Saúde do SNS, distribuídos por todo o território continental, tendo a sua escolha sido aleatória, condicional à cobertura de todo o território de modo proporcional à localização da totalidade da rede de Centros de Saúde. Na figura seguinte, apresenta-se o número de Centros de Saúde alvo do estudo, por SRS e ARS, e no mapa a localização dos centros, tendo sido utilizada como unidade de georeferenciação o Concelho. A lista integral de Centros de Saúde consta do Anexo III.

Figura 13 – Distribuição geográfica dos Centros de Saúde alvo do estudo



5.2.2. Os utentes

Foram inquiridos 1.031 utentes dos 101 Centros de Saúde (em média, 10,2 por Centro), tendo a selecção dos utentes sido aleatória, desde que o utente cumprisse as seguintes condições: (i) estar no Centro de Saúde com uma consulta médica programada (não urgente), previamente marcada; (ii) ter 15 ou mais anos de idade.

O sumário estatístico sobre a idade dos utentes da amostra é apresentado na tabela seguinte, onde se constata que os utentes entrevistados tinham, na sua grande maioria, idade superior a 24 anos e inferior a 75 anos, e em média 51 anos.

Tabela 12 – Estrutura etária dos inquiridos

Escalão etário	Peso na amostra
15 a 24	8%
25 a 34	14%
35 a 44	18%
45 a 54	17%
55 a 64	18%
65 a 74	15%
75 a 84	9%
85 a 94	1%
<i>Média</i>	51
<i>Máxima</i>	92
<i>Mínima</i>	15
<i>Desvio-Padrão</i>	18

Sobre as características dos utentes, há ainda a apontar o facto de 70% dos utentes terem sido do sexo feminino, sendo o perfil do sexo dos utentes pouco variável de uns Centros para os outros (só em 15 dos 101 Centros é que o número de utentes do sexo masculino foi superior ao número de utentes do sexo feminino, e só em 38 dos Centros é que o peso dos utentes masculinos excedeu os 30%).

Dos utentes inquiridos, apenas cerca de 6% se encontrava no Centro pela primeira vez para uma consulta programada. Relativamente à frequência com que os utentes entrevistados frequentam os Centros de Saúde, constata-se que o intervalo de 3 a 5 consultas num ano é o mais comum (35% dos utentes), sendo de realçar que 19% dos utentes tiveram, em 2006, mais de 10 consultas no Centro de Saúde.

Tabela 13 – Frequência em consultas no Centro de Saúde

Nº de Consultas no último ano	Percentagem
0	3%
1 a 2	23%
3 a 5	35%
6 a 10	20%
Mais de 10	19%

A grande maioria dos utentes inquiridos (95%) tem um médico de família atribuído pelo Centro de Saúde. Dos restantes 5%, 91% afirmam desejar também ter um médico de família. Procurou-se perceber qual a opinião dos utentes sem médico de família, sobre o motivo que julgam estar a obstar à atribuição de médico: prevalece a ideia de que a falta de médicos é o principal obstáculo para ter médico de família (71% dos utentes sem médico de família assim o respondeu), seguindo-se a referência a eventuais dificuldades administrativas (20% dos utentes).

5.3. Resultados

Nas seguintes subsecções são apresentados os resultados do estudo de inquérito aos utentes dos Centros de Saúde. Para cada uma das áreas abordadas, são apresentados os resultados brutos em termos das percentagens de resposta, os resultados ajustados pelo número de utentes utilizadores de cada Centro, os cruzamentos relevantes entre diferentes questões e os resultados médios por SRS.

O ajustamento dos resultados pelo número de utentes do Centro de Saúde destina-se a ponderar as opiniões recolhidas pela sua representatividade em termos de todo o tecido de utentes dos Centros de Saúde do SNS. Este ajustamento consiste em aplicar às percentagens das respostas dadas pelos utentes de cada Centro de Saúde um coeficiente que traduz o peso do número de utentes do Centro no total dos utentes dos Centros de Saúde.³⁷

³⁷ Imagine-se um universo de dois Centros de Saúde, C1 e C2, respectivamente com 800 e 200 utentes inscritos. Uma determinada questão com as opções de resposta “não” ou “sim”, foi colocada a uma amostra de 20 utentes (10 em cada Centro). Tendo 9 utentes respondido “não” e 11 “sim”, os resultados brutos sem qualquer tipo de ajustamento seriam 45% para o “não” e 55% para o “sim”. Considerando as respostas dos utentes dos Centros de Saúde separadamente, obtivemos percentagens de “não”/“sim” de 30%/70% para C1, e 60%/40% para C2. Tendo em conta que no universo de utentes desta rede fictícia de Centros de Saúde, C1 detém 80% dos utentes e C2 20%, o ajustamento dos resultados pelo número de utentes

Para melhor avaliar a opinião dos utentes relativamente a alguns dos itens estudados, recorreu-se a uma avaliação qualitativa absoluta e comparativa. No caso da avaliação comparativa, procurou-se contrastar a opinião dos utentes dos Centros de Saúde com a sua opinião relativamente a outros serviços, para os mesmos aspectos. Conscientes da dificuldade em definir um padrão de comparação exemplar, dadas as características especiais próprias dos Centros de Saúde, optou-se por estabelecer a avaliação comparativa com os serviços dos Correios, por ser outro serviço público de utilização frequente, a que grande parte da população recorre regularmente, e que, por essa razão, a maioria dos inquiridos conhecerá bem³⁸.

Apresentam-se, também, alguns cruzamentos teoricamente relevantes entre questões, procurando encontrar diferenças nas respostas entre grupos de utentes de alguma forma distintos, ou então, procurando encontrar na resposta a algumas das questões a motivação para respostas noutras questões. De facto, a avaliação qualitativa, quer absoluta quer comparativa, das condições de acolhimento dos Centros de Saúde, pela componente necessariamente subjectiva que comporta, pode ser influenciada por diversos factores relativos ao perfil pessoal dos utentes e do seu relacionamento com o Centro de Saúde, nomeadamente a frequência com que os utentes utilizam o Centro, a sua idade ou mesmo o facto de terem médico de família.³⁹

Finalmente, de forma a captar as diferenças entre as respostas dos utentes de cada SRS às questões, foram atribuídas pontuações a cada uma das opções de respostas, tendo-se somado os pontos por SRS e calculado a pontuação agregada média. Os resultados desta análise são apresentados na secção 5.4.

do Centro de Saúde passa por atribuir aos resultados parciais essas percentagens de representatividade. Assim, os resultados ajustados serão 36% para o “não” e 64% para o sim.

³⁸ Poderia, em razão da frequência de utilização, ter-se recorrido a outros serviços, como os bancos, por exemplo, que eventualmente serão mais utilizados pela população do que os Correios. No entanto, os Correios são serviços passíveis de ser considerados homogéneos em Portugal, não sofrendo qualquer impacto da influência natural de diferentes culturas empresariais, como ocorre com os serviços bancários, que podem ser muito heterogéneos. Caso se optasse pelos bancos para efeito da análise comparativa, crê-se que tal heterogeneidade poderia exercer um forte impacto sobre as opiniões individuais dos utentes, dificultando assim a obtenção de resultados robustos para a análise do acesso.

³⁹ Em princípio, a obtenção de um médico de família atribuído pelo Centro de Saúde será um factor de diferenciação crucial dos utentes relativamente à relação com o Centro de Saúde, que se espera que tenha influência, pelo menos, na frequência de utilização do Centro, no tempo de espera pelas consultas e na utilização da Consulta de Recurso.

5.3.1. Adequabilidade

Na dimensão da adequabilidade da forma de acolhimento dos utentes, como referido no capítulo 3, enquadram-se 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.

5.3.1.1. Horário de funcionamento das consultas

Na avaliação da opinião dos utentes relativamente ao horário de funcionamento dos Centros de Saúde, recorreu-se a duas questões de escala verbal qualitativa, uma absoluta e outra comparativa. No primeiro caso, foi solicitado aos inquiridos que atribuíssem ao horário de funcionamento uma classificação absoluta de “Bom”, “Razoável”, “Pouco Adequado” e “Mau”. No segundo caso, a classificação a atribuir resulta da comparação entre o horário no Centro de Saúde e nos Correios – conforme explicação supra –, devendo o utente responder “Melhor”, “Um pouco melhor”, “Um pouco pior” e “Pior”.

Nos seguintes gráficos apresentam-se os resultados brutos obtidos, e também os resultados ajustados, para a avaliação absoluta e comparativa.

Figura 14 – Avaliação absoluta do horário de funcionamento das consultas dos Centros de Saúde

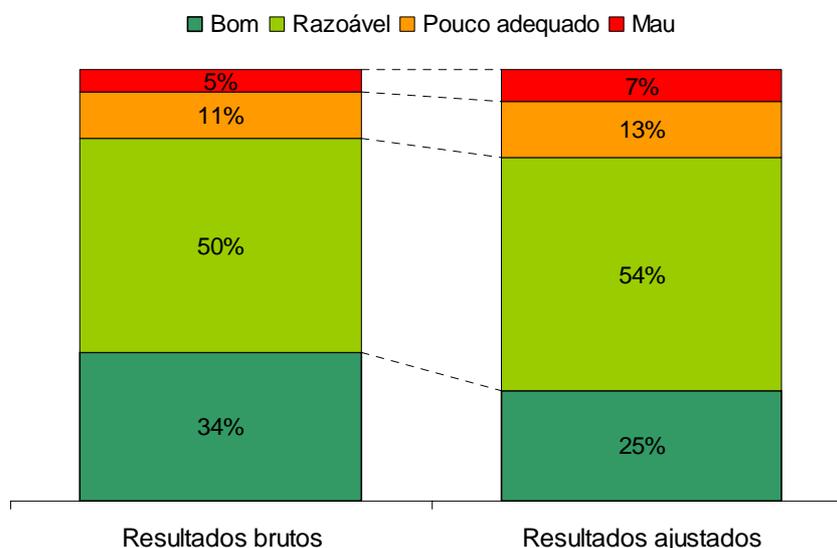
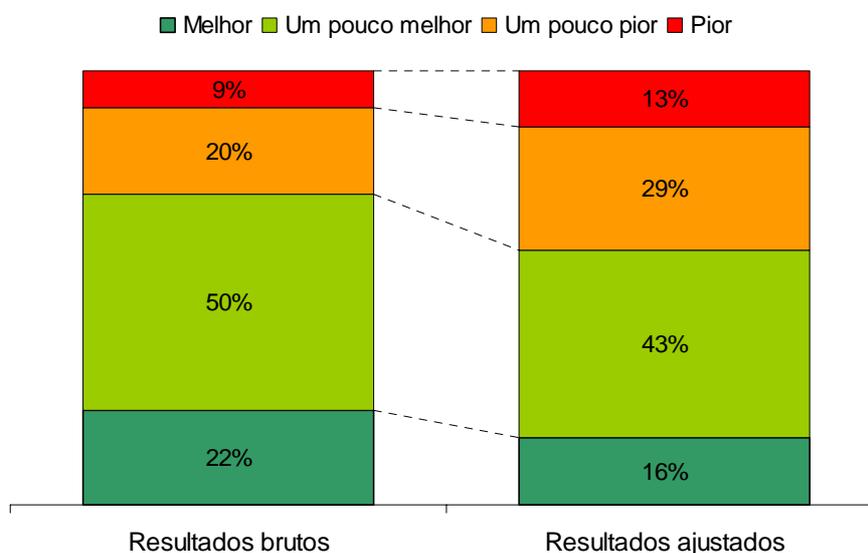


Figura 15 – Avaliação comparativa do horário de funcionamento das consultas dos Centros de Saúde



Nota-se, na figura 14, que entre os utentes inquiridos predominam (84%) as opiniões positivas sobre o horário de funcionamento das consultas dos Centros de Saúde (34% consideram o horário “Bom” e 50% consideram-no “Razoável”). A adequabilidade dos horários de funcionamento dos Centros de Saúde é patente também na comparação com os Correios, já que cerca de três quartos dos inquiridos consideram melhor o horário dos Centros de Saúde.

Quando se ajustam os resultados para levar em conta a maior ou menor representatividade dos Centros de Saúde em termos de população servida, a apreciação mantém-se positiva, mas com maiorias mais reduzidas, sugerindo que os utentes dos Centros de Saúde de maior dimensão estão menos satisfeitos com os horários do que os utentes dos Centros de Saúde de menor dimensão.

Os utentes que têm médico de família fazem uma apreciação dos horários de funcionamento um pouco mais positiva do que os utentes sem médico de família. 84% dos utentes com médico de família consideram o horário “Bom” ou “Razoável”, enquanto que são 71% os utentes sem médico de família que atribuem a mesma classificação.

Por outro lado, os utentes que vão mais frequentemente ao Centro de Saúde fazem também uma apreciação dos horários de funcionamento um pouco mais positiva do

que os utentes que utilizam o Centro de Saúde menos frequentemente.⁴⁰ 81% dos utentes mais frequentes consideram o horário “Bom” ou “Razoável”, enquanto que são 71% os utentes menos frequentes que atribuem a mesma classificação.

Finalmente, constata-se que a idade dos utentes parece ter alguma influência relevante sobre a forma como avaliam os horários de funcionamento dos Centros de Saúde. O horário de funcionamento é avaliado mais negativamente pelos utentes mais novos (utentes com idades entre os 15 e os 24): 20% dos utentes mais novos atribuem classificação de “Mau” ou “Pouco adequado”, classificações estas que são atribuídas por apenas 10% dos utentes mais idosos (utentes com 65 ou mais anos de idade).

A adequabilidade dos horários de funcionamento dos Centros de Saúde foi ainda avaliada através da recolha das preferências dos utentes sobre o período do dia em que preferem ser atendidos para consultas programadas. Como se depreende da observação da tabela 14, os utentes dão, na sua maioria, preferência aos períodos das 9 às 12 horas e das 14 às 17 horas. É relevante assinalar que 31% dos utentes expressaram preferência por horários antes das 9 horas, ou depois das 17 horas, provavelmente com vista à não colisão com os seus horários de trabalho. Os períodos fora do que se pode considerar horário normal de funcionamento (antes das 7 horas e depois das 20 horas) recolhem a preferência de apenas 4% dos utentes inquiridos.

Tabela 14 – Preferências dos utentes sobre horários de consultas nos Centros de Saúde

Horário de consultas mais conveniente	Percentagem
Antes das 7 horas	1%
Das 7 às 9 horas	13%
Das 9 às 12 horas	47%
Das 12 às 14 horas	3%
Das 14 às 17 horas	19%
Das 17 às 20 horas	14%
Depois das 20 horas	3%
Total Geral	100%

Note-se que a desagregação das respostas a esta questão por escalões etários, constante da tabela 15, permite concluir que os utentes com 65 ou mais anos dão maior peso aos horários 9h a 12h e 14h a 17h (e destes apenas 1% prefere horários após as 17h), mas mais de um quarto dos utentes mais jovens (menos de 45 anos) dá preferência a horários após as 17h. Este resultado é compatível com a hipótese de os

⁴⁰ Os utentes mais frequentes são aqueles que no último ano tiveram mais de 10 consultas no Centro de Saúde, e os utentes menos frequentes são aqueles que no último ano não tiveram qualquer consulta (ver tabela 13).

utentes pertencentes à população activa, e particularmente, à população empregada, terem alguma preferência por horários antes das 9 horas, ou depois das 17 horas, com vista à não colisão com os seus horários de trabalho.

Tabela 15 – Preferências dos utentes sobre horários de consultas nos Centros de Saúde, por escalão etário

Horário de consultas mais conveniente	Percentagens por escalão etário			
	15 a 24	24 a 44	45 a 64	65 ou mais
Antes das 7 horas	1%	2%	1%	0%
Das 7 às 9 horas	9%	15%	12%	13%
Das 9 às 12 horas	36%	39%	49%	59%
Das 12 às 14 horas	4%	4%	3%	3%
Das 14 às 17 horas	22%	12%	19%	24%
Das 17 às 20 horas	21%	22%	14%	1%
Depois das 20 horas	8%	5%	3%	0%

5.3.1.2. Tempo de espera até ao atendimento

Na análise da opinião dos utentes relativamente ao tempo de espera desde a chegada ao Centro de Saúde até ao atendimento pelo médico, considerou-se apenas as respostas dos utentes não estreadantes em consultas nos Centros de Saúde, uma vez que os utentes à espera da primeira consulta ainda não saberão dizer se o tempo de espera será bom, razoável, pouco adequado ou mau.

Tal como no caso do horário de funcionamento das consultas, avaliou-se qualitativamente a opinião dos utentes relativamente ao tempo de espera desde a chegada ao Centro de Saúde no dia da consulta até ao início da consulta, de forma absoluta (classificação de “Bom”, “Razoável”, “Pouco Adequado” ou “Mau”) e comparativa com os Correios (classificação de “Melhor”, “Um pouco melhor”, “Um pouco pior” e “Pior”).

Os resultados brutos e ajustados da avaliação absoluta e comparativa são ilustrados nos gráficos seguintes. Em termos de avaliação absoluta, 32% dos utentes atribuíram uma classificação ao tempo de espera de “Pouco adequado” ou mesmo “Mau”, ao passo que 68% classificaram o tempo de espera como “Bom” ou “Razoável”. Em termos comparativos, as respostas no sentido de os Correios serem melhores que os Centros de Saúde ao nível do tempo de espera para atendimento, dominam

ligeiramente (52% responderam “Um pouco pior” ou “Pior”, contra 48% em “Um pouco melhor” ou “Melhor”).

Figura 16 – Avaliação absoluta do tempo de espera até ao atendimento nos Centros de Saúde

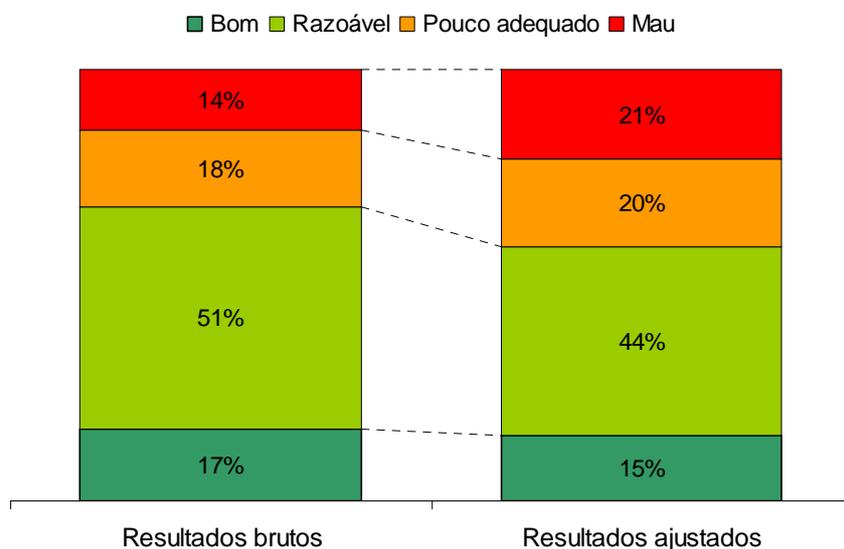
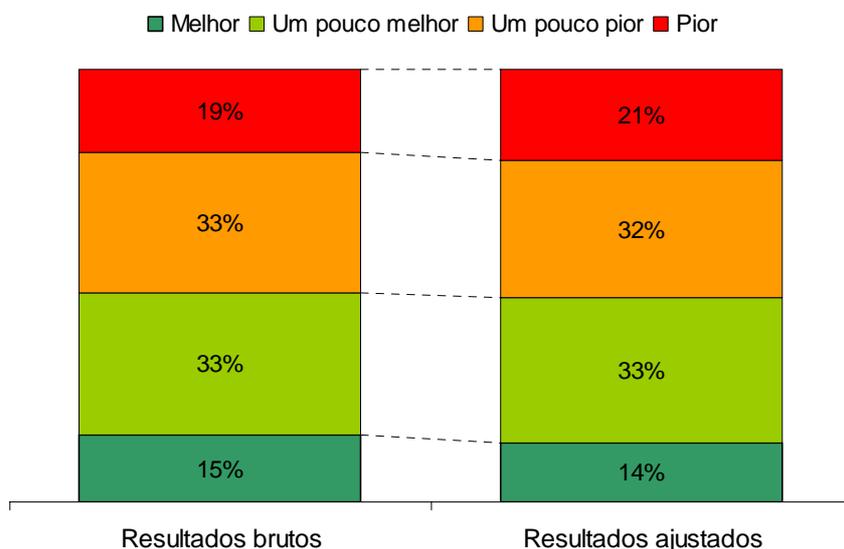


Figura 17 – Avaliação comparativa do tempo de espera até ao atendimento nos Centros de Saúde



Nas duas avaliações, os resultados ajustados pelo número de utentes utilizadores não diferem muito, sendo todavia de assinalar que novamente se nota uma avaliação globalmente menos positiva quando esse ajustamento é feito, o que indicia que os

utentes dos Centros de Saúde de maior dimensão estão menos satisfeitos com o tempo de espera do que os utentes dos Centros de Saúde de menor dimensão.

Quando se analisa a avaliação absoluta separadamente para os utentes com e sem médico de família, constata-se que 52% dos utentes sem médico atribuíram classificação de “Bom” ou “Razoável”, face a 69% dos utentes com médico.

Por outro lado, dos utentes menos frequentes, 18% atribuíram avaliação extrema (“Bom” ou “Mau”) ao tempo de espera, classificações atribuídas por 31% dos utentes mais frequentes, o que naturalmente parece reflectir uma opinião mais marcada resultante de uma maior utilização dos serviços dos Centros de Saúde.

Tal como no caso do horário de funcionamento, o tempo de espera para atendimento é avaliado menos positivamente pelos utentes mais novos: 44% dos utentes com 15 a 24 anos de idade atribuem classificação de “Pouco adequado” ou “Mau”, face a 33% dos utentes com 65 ou mais anos.

5.3.1.3. Tempo de espera da marcação até à consulta

Nas questões sobre o tempo de espera do utente desde o dia em que marca uma consulta num Centro de Saúde até ao dia da consulta, foram definidas as seguintes opções de resposta pelos utentes: “Até uma semana”, “Entre uma semana e um mês”, “Entre um e seis meses” e “Entre seis meses e um ano”. Procurou-se também obter informação comparativa, solicitando aos utentes que expressassem suas opiniões sobre o tempo de espera em termos comparativos relativamente a clínicas particulares, tendo sido dadas as opções “Mais curto”, “Igual” e “Mais longo”.

Sobre este tema foram apenas consideradas as respostas dos utentes que se encontravam no Centro de Saúde para consulta marcada por sua iniciativa⁴¹. Não foi considerado o tempo de espera por consultas marcadas por indicação do médico, uma vez que neste caso o tempo de espera até à consulta pode naturalmente ser ditado por indicação clínica e não pela capacidade do Centro de Saúde ao nível de marcação de consultas.

Todos os resultados se apresentam nos gráficos das figuras 18 e 19. Apurou-se que a grande maioria dos utentes conseguiu marcação num período inferior a um mês (89%

⁴¹ Nesta situação encontravam-se 502 dos utentes inquiridos, o que corresponde a 49% da amostra.

dos utentes), sendo de assinalar que 11% dos utentes esperou entre 1 a 6 meses pelo dia da consulta.

Figura 18 – Tempo de espera desde a marcação até à consulta

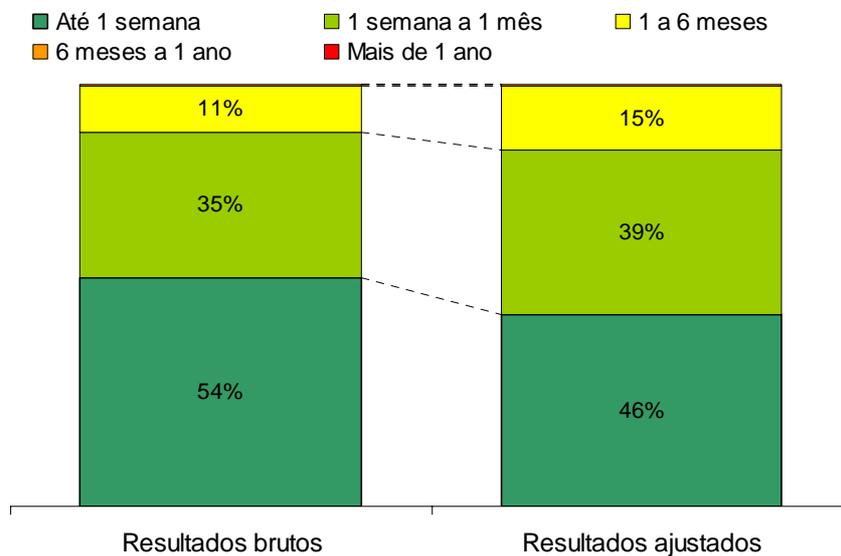
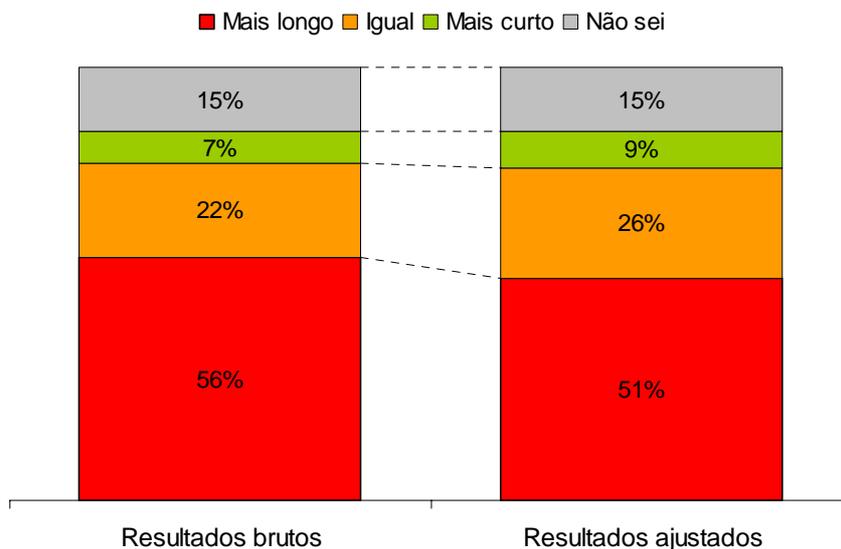


Figura 19 – Comparação do tempo de espera desde a marcação até à consulta em Centros de Saúde com clínicas particulares



Quando se solicitou aos utentes que comparassem o tempo de espera pela consulta no Centro de Saúde com a espera por consultas semelhantes em serviços de saúde privados a que já tivessem recorrido, a maioria respondeu que a espera no Centro de

Saúde é mais longa (56%), e cerca de 22% responderam que é igual. Cerca de 15% dos utentes não foi capaz de efectuar a comparação, pelo que se excluirmos estes do conjunto de opiniões válidas, a avaliação “Mais longo” recolhe 66% das respostas.

Quer na avaliação absoluta, quer na relativa, o ajustamento pelo número de utentes não produz resultados radicalmente diferentes.

Em teoria, a obtenção de um médico de família atribuído pelo Centro de Saúde será um factor de diferenciação crucial dos utentes relativamente à relação com o Centro de Saúde, que poderá ter influência no tempo de espera pelas consultas. Concretamente, seria razoável assumir que quem tem médico de família esperasse menos por uma consulta. Analisando então os resultados separadamente para utentes com e sem médico de família, constata-se que embora as diferenças não sejam muito grandes, em média são os utentes com médico de família que mais tempo esperam (54% destes utentes esperaram até uma semana, intervalo de tempo que inclui 56% dos utentes sem médico).

Tabela 16 – Tempo de espera desde a marcação até à consulta para utentes com e sem médico de família

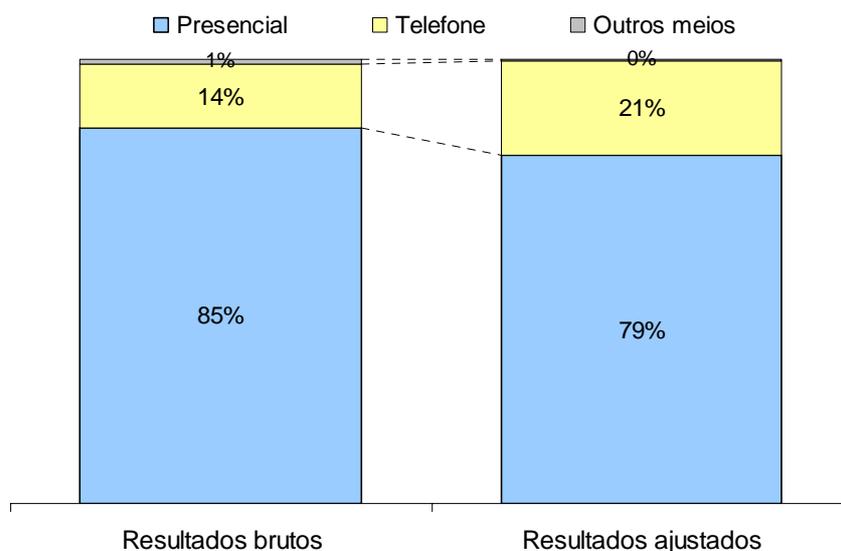
Tempo de espera pela consulta	Utentes com MF	Utentes sem MF
Até 1 semana	54%	56%
1 semana a 1 mês	35%	32%
1 a 6 meses	11%	12%
6 meses a 1 ano	0%	0%
Mais de 1 ano	0%	0%

5.3.1.4. Processo de marcação de consultas

Inquiridos os utentes dos Centros de Saúde sobre a forma de marcação da consulta, constatou-se que, na maior parte dos Centros de Saúde a maioria dos utentes marcou as suas consultas presencialmente.⁴²

⁴² A análise de todas as questões ligadas à marcação de consultas é feita com base nas respostas dos utentes que se encontravam no Centro de Saúde para consulta marcada por sua iniciativa, pelo motivo apresentado na secção anterior.

Figura 20 – Meio de marcação da consulta



No total, 85% dos utentes entrevistados (79%, quando efectuado o ajustamento pelo número de utentes dos Centros de Saúde) marcaram as suas consultas presencialmente. Em 54 Centros de Saúde, todos os utentes entrevistados que marcaram suas consultas por iniciativa própria marcaram-nas presencialmente. A marcação por telefone foi feita por 14% dos utentes⁴³ (21%, quando ajustado)⁴⁴, enquanto 1% dos utentes efectuou a marcação de consulta por outros meios (incluem-se aqui a marcação efectuada por familiares ou amigos, marcação pelo médico ou convocatória por parte do Centro de Saúde).

Marcação presencial de consultas

A maior ou menor dificuldade sentida pelos utentes no acto da marcação presencial da consulta é um factor relevante na avaliação do acesso na sua dimensão da adequabilidade. Concretamente, inquiriu-se os utentes sobre o tempo que aguardaram no Centro de Saúde até conseguir obter a marcação da sua consulta (tabela 18), e o número de visitas ao Centro de Saúde que foram necessárias para obter a marcação (tabela 17).

⁴³ Apenas em 4 dos 101 Centros de Saúde da amostra seleccionada para o inquérito, houve mais de 50% dos utentes a marcarem suas consultas por telefone.

⁴⁴ O que sugere que a marcação de consultas por telefone é uma realidade com maior expressão nos Centros de Saúde de maior dimensão.

Tabela 17 – Número de deslocações ao Centro de Saúde necessárias para efectuar a marcação

Deslocações ao Centro de Saúde para a marcação	Resultados brutos	Resultados ajustados
1 vez	93%	92%
2 vezes	4%	4%
3 vezes	2%	4%
Mais de 3 vezes	1%	0%

Tabela 18 – Tempo despendido no Centro de Saúde para efectuar a marcação

Espera para a marcação	Resultados brutos	Resultados ajustados
0 a 15 minutos	78%	68%
15 a 30 minutos	13%	25%
30 minutos a 1 hora	4%	5%
Mais de 1 hora	5%	2%

Os utentes que marcam presencialmente a consulta, geralmente, e como era esperado, só se deslocam uma vez ao Centro de Saúde (em 93% dos casos). No entanto, foi possível encontrar 7% de utentes que tiveram que se deslocar 2 ou mais vezes para conseguirem a marcação, embora a informação sobre o motivo destas situações não esteja disponível.⁴⁵ Ao nível do tempo despendido para a marcação da consulta presencialmente, assinala-se que 22% dos utentes despenderam mais de 15 minutos para conseguir a marcação (9% mais de meia hora, e 5% mais de uma hora)⁴⁶. A proporção de utentes a despendem mais de 15 minutos para conseguir a marcação é escalada para 32% quando se efectua o ajustamento dos resultados pela representatividade dos Centros de Saúde em termos do número de utentes utilizadores.

Analisando separadamente os grupos de utentes com médico de família atribuído, e aqueles sem médico de família, constata-se com naturalidade que são os segundos os que, em média, mais vezes necessitam de se deslocar ao Centro de Saúde para

⁴⁵ Assinala-se que em 77 dos 101 Centros de Saúde objecto de estudo, nenhum dos utentes inquiridos necessitou de duas ou mais deslocações para a marcação da consulta. Essa situação aconteceu a um utente em 17 Centros de Saúde, a dois em 5 Centros de Saúde e a três utentes apenas num Centro de Saúde (Centro de Saúde de Portel).

⁴⁶ Uma espera de mais de 30 minutos para conseguir a marcação de consulta aconteceu a um utente inquirido em 13 dos 101 Centros de Saúde, a dois utentes em 7 Centros de Saúde e a três ou mais utentes em 3 Centros de Saúde (Centros de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo, Caldas da Rainha e Peniche).

conseguir uma marcação (24% destes foi duas ou mais vezes ao Centros, contra apenas 6% dos utentes com médico de família).

O diferencial entre estes dois grupos de utentes é ainda mais acentuado ao nível do tempo de espera no Centro de Saúde para obter a marcação: 52% dos utentes sem médico esperou 15 ou mais minutos, face a apenas 19% dos utentes com médico.

A frequência de utilização dos serviços do Centro de Saúde é também um factor associado a diferenças na facilidade de marcação presencial de consultas, mas apenas na componente do tempo de espera no Centro: 22% dos utentes inquiridos mais frequentes gastou 15 ou mais minutos para efectuar a marcação, enquanto que no caso dos utentes menos frequentes, essa percentagem desce para os 15%.

Marcação de consultas por telefone

A percentagem dos utentes inquiridos que efectuou a marcação da consulta por telefone foi de cerca de 14%. Na tentativa de perceber as eventuais dificuldades no processo de marcação telefónica, obteve-se informação, de modo análogo ao caso da marcação presencial, sobre o número de contactos telefónicos necessários (tabela 19) e o tempo despendido nos telefonemas, até ser conseguida a marcação (tabela 20).

Como se pode observar na tabela *infra*, a grande maioria dos utentes que efectuou marcação de consulta por via telefónica, apenas necessitou de efectuar um telefonema. São de realçar, no entanto, os 9% de utentes que apenas conseguiram marcação ao fim de 3 ou mais telefonemas. Em termos do tempo de duração do telefonema em que a marcação foi conseguida, a quase totalidade dos utentes despendeu 15 minutos ou menos. É de realçar, ainda assim, que o intervalo entre os 5 e os 15 minutos de demora é relativamente frequente, particularmente no caso dos resultados ajustados (47%).

Tabela 19 – Número de telefonemas necessário para conseguir marcação de consulta

N.º telefonemas	Resultados brutos	Resultados ajustados
1 vez	88%	93%
2 vezes	3%	6%
3 vezes	3%	1%
mais de 3 vezes	6%	1%

Tabela 20 – Tempo de duração do telefonema para conseguir marcação de consulta

Espera para a marcação	Resultados brutos	Resultados ajustados
0 a 5 minutos	68%	53%
5 a 15 minutos	30%	47%
15 a 30 minutos	1%	0%
Mais de 30 minutos	0%	0%

Desagregando os resultados de acordo com a situação do utente ao nível de médico de família, conclui-se que 9% dos utentes com médico de família necessitaram de realizar 3 ou mais telefonemas, e para 31% desses utentes o telefonema da marcação durou mais de 5 minutos, enquanto que no caso dos utentes sem médico, essas percentagens foram, respectivamente, 0% e 40%.

5.3.1.5. Conclusões sobre a adequabilidade dos Centros de Saúde

Com vista a avaliar o acesso aos serviços dos Centros de Saúde do SNS, através das opiniões dos seus utentes, na sua dimensão da adequabilidade, foram incluídas no estudo de inquérito questões sobre os horários de funcionamento das consultas, processo de marcação de consultas, tempo de espera desde a marcação até ao dia da consulta e tempo de espera no dia da consulta.

Na tabela 21 apresentam-se os resultados médios de todas as questões que visam avaliar a adequabilidade dos Centros de Saúde enquanto dimensão do acesso. Foram atribuídas pontuações de 1 a 4, correspondendo 1 ponto às opções de resposta mais negativas e 4 às mais positivas, salvo as exceções anotadas junto da tabela. A pontuação média de todas as questões resulta de uma ponderação com igual peso dos quatro temas estudados (no caso, 25% para cada um dos conjuntos de questões).

Tabela 21 – Pontuações médias das questões sobre a adequabilidade dos Centros de Saúde

Tema	Pontuação média (max=4 ; min=1)
Horário de funcionamento das consultas	
Avaliação absoluta	3,13
Avaliação comparativa	2,85
Tempo de espera até ao atendimento	
Avaliação absoluta	2,69
Avaliação comparativa	2,56
Tempo de espera da marcação até à consulta	
Avaliação absoluta	3,43
Avaliação comparativa ^{a)}	1,65
Marcação de consultas	
Marcação presencial de consultas	
N.º de deslocações ^{b)}	3,83
Espera	3,64
Marcação de consultas por telefone	
N.º de telefonemas ^{b)}	3,68
Espera	3,67
Todas as questões de adequabilidade	2,97

Notas: a) Respostas de tempo de espera “Mais longo” do que em clínicas privadas = 1, “Igual” = 2, “Mais curto” = 3 (resultados revistos para uma escala de 1 a 4). b) uma deslocação/telefonema = 4 pontos, duas deslocações/telefonemas = 2 pontos, três ou mais deslocações/telefonemas = 1 ponto.

Segundo os utentes inquiridos, o aspecto da adequabilidade dos Centros de Saúde mais positivo é o processo de marcação de consultas, quer presencialmente, quer por telefone. Em termos comparativos, o tempo de espera desde o dia da marcação até ao dia da consulta é o ponto mais negativo, estando no extremo oposto o horário de funcionamento. A pontuação média de todos os aspectos da adequabilidade é de 2,97, pontuação esta que se encontra acima da média da escala (2,5).

5.3.2. Aceitabilidade

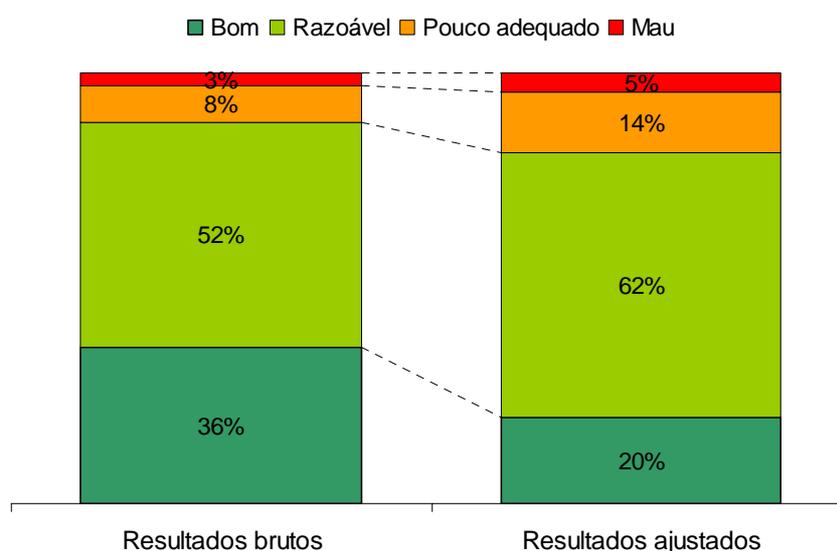
Seguindo a metodologia apresentada no capítulo 3, o estudo da dimensão da aceitabilidade foi feito a partir das respostas dos utentes a questões sobre o conforto da sala de espera, a higiene das instalações e a utilização de consultas de recurso.

5.3.2.1. Conforto da sala de espera

O conforto da sala de espera dos Centros de Saúde foi avaliado de forma absoluta com uma escala de “Bom”, “Razoável”, “Pouco Adequado” e “Mau”, e

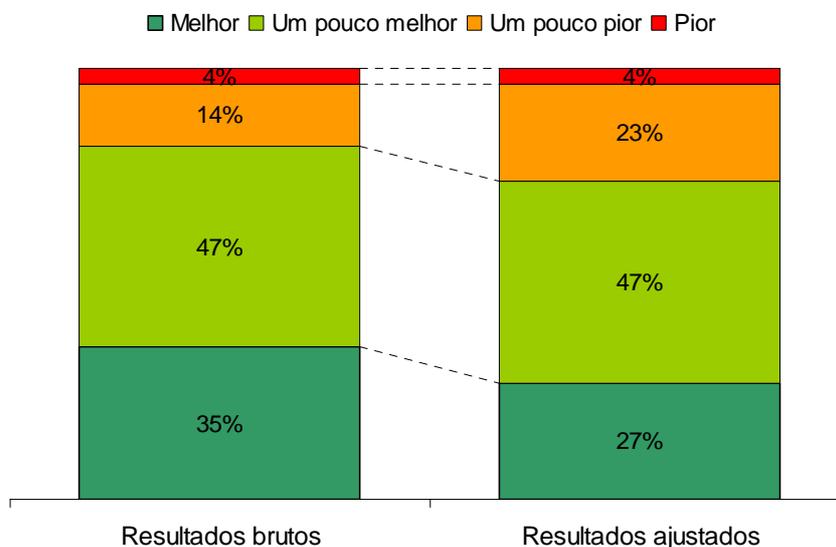
comparativamente com os Correios com uma escala de “Melhor”, “Um pouco melhor”, “Um pouco pior” e “Pior”. Os resultados brutos e ajustados das duas avaliações constam dos gráficos seguintes.

Figura 21 – Avaliação absoluta do conforto da sala de espera dos Centros de Saúde



A avaliação absoluta dos utentes relativamente ao conforto da sala de espera é notadamente positiva, como se pode observar na figura 21: classificações de “Bom” e “Razoável” em 88% das respostas, percentagem que desce para os 82% quando os resultados são ajustados pelo número de utentes dos Centros. Em termos da comparação com os Correios, há a assinalar que os utentes preferem claramente os Centros de Saúde, com 82% dos utentes a afirmar que o conforto da sala de espera dos Centros de Saúde é pelo menos um pouco melhor que nos Correios (74%, com ajustamento).

Figura 22 – Avaliação comparativa do conforto da sala de espera dos Centros de Saúde



Desagregando os resultados por utentes com e sem médico de família, constata-se que os utentes sem médico de família são um pouco menos positivos na avaliação dos Centros de Saúde: o conforto da sala de espera é avaliado como “Bom” ou “Razoável” por 73% e “Mau” ou “Pouco Adequado” por 27% dos utentes sem médico de família, face aos 79% e 21% de utentes com médico.

A análise da avaliação do conforto da sala de espera separadamente para utentes com maior e menor frequência de utilização dos serviços dos Centros de Saúde, revela, não surpreendentemente, que a frequência é um factor que torna os utentes mais informados, e com opinião mais vincada: a avaliação nos extremos do conforto ocorreu em 19% dos utentes menos frequentes, e em 32% dos utentes mais frequentes. O conforto foi avaliado positivamente por 73% dos utentes mais frequentes e por 61% dos utentes menos frequentes.

Curiosamente, o conforto da sala de espera é, tal como no caso do tempo de espera e horário de funcionamento, avaliado mais positivamente pelos utentes de mais idade (11% de “Mau” ou “Pouco adequado”, ao passo que os utentes mais novos classificam negativamente em 30% dos casos).

5.3.2.2. Higiene das instalações

A avaliação da higiene das instalações de forma absoluta e comparativa seguiu a mesma escala qualitativa utilizada na avaliação do conforto da sala de espera, sendo os seus resultados ilustrados nas figuras 23 e 24.

Figura 23 – Avaliação absoluta da higiene das instalações dos Centros de Saúde

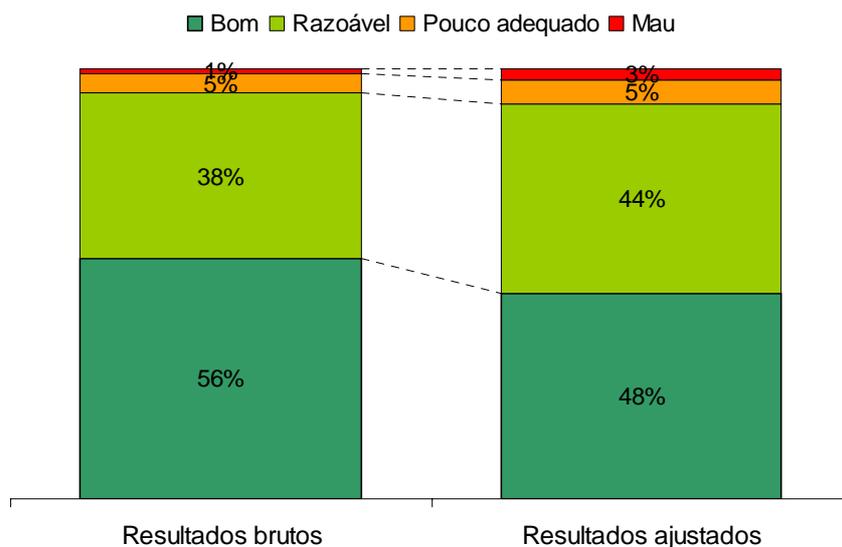
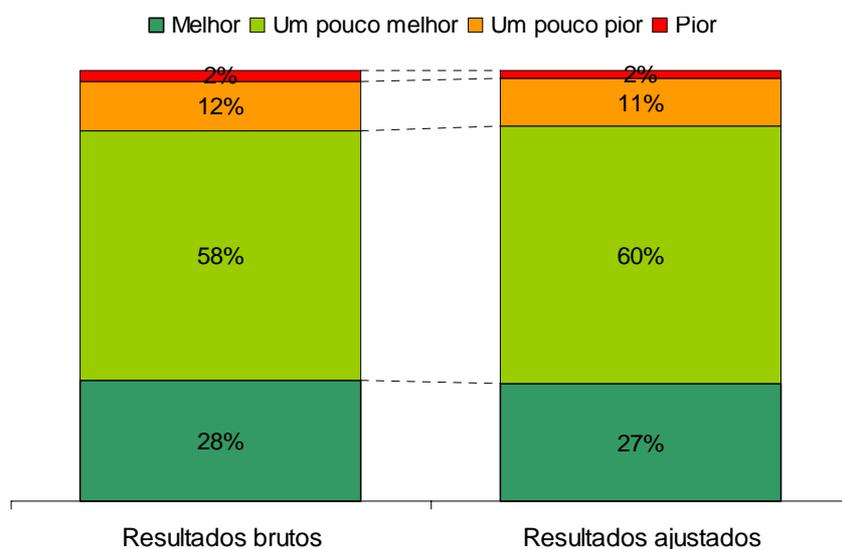


Figura 24 – Avaliação comparativa da higiene das instalações dos Centros de Saúde



De todas as questões de avaliação qualitativa, a relativa à higiene das instalações foi aquela que registou uma avaliação global mais positiva, com 94% dos utentes a classificar de “Bom” ou “Razoável”, sendo o resultado ajustado de 92%. Também em

termos comparativos com os Correios, a higiene das instalações é o item em que os Centros de Saúde têm melhor resultado, notando-se aqui a curiosidade de que a avaliação comparativa é mais positiva quando os resultados são ajustados pelo número de utentes dos Centros de Saúde.

Passando à desagregação dos resultados por características dos utentes, é de assinalar que apenas 5% dos utentes com médico de família atribui classificação de “Mau” ou “Pouco adequado” à higiene dos Centros de Saúde, enquanto que essas respostas foram dadas por 18% dos utentes sem médico de família.

É também de realçar que a higiene das instalações tem uma avaliação mais positiva para os utentes mais frequentes: 92% de “Bom” ou “Razoável”, para os utentes mais frequentes, contra 82% nos utentes menos frequentes.

Finalmente, constatou-se que a avaliação da higiene dos Centros de Saúde não difere relevantemente de acordo com a idade dos utentes.

5.3.2.3. Consultas de recurso

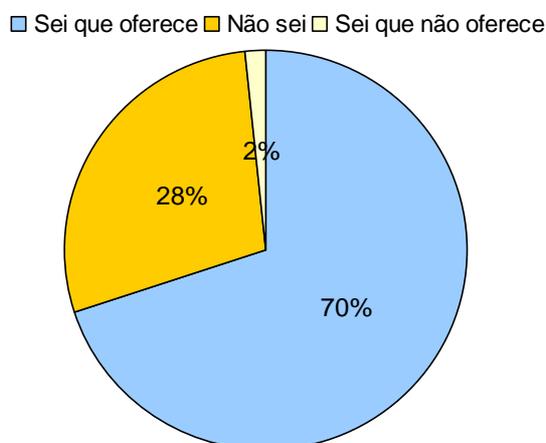
Tal como se explica no capítulo 3, a avaliação do grau de aceitabilidade dos serviços oferecidos nos Centros de Saúde incluiu um grupo de questões sobre as consultas de recurso disponibilizadas.

Por um lado, averiguou-se qual o conhecimento dos utentes sobre a disponibilidade de consultas de recurso no seu Centro de Saúde, sendo este conhecimento interpretado como um indicador da prestação de informação pelos Centros de Saúde aos utentes.

Por outro lado, a partir da análise da frequência e motivos para a procura de consultas de recurso tentou-se perceber se existem problemas de ajustamento entre os utentes e os seus médicos de família que levassem os primeiros a prescindir dos serviços dos segundos, problemas esses que se enquadrariam na dimensão da aceitabilidade.

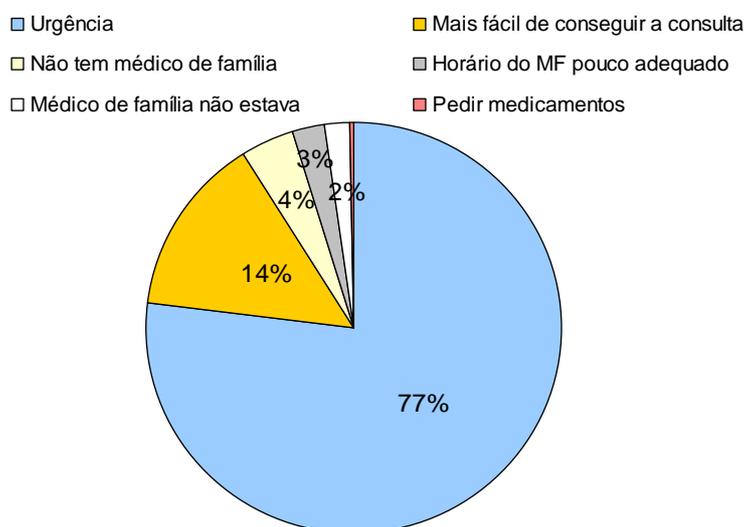
Os resultados da primeira questão são apresentados na figura 25. O facto de se constatar existir uma percentagem relevante (28%) de utentes que desconhece se existe uma consulta de recurso no seu Centro de Saúde (conforme a figura *infra* apresentada), sugere alguns problemas ao nível da prestação de informação aos utentes.

Figura 25 – Conhecimento dos utentes sobre a disponibilidade de consulta de recurso no seu Centro de Saúde



Sobre a frequência da utilização da consulta de recurso, foi possível constatar que a maioria dos utentes (66%) já procurou pelo menos uma vez à Consulta de Recurso do Centro de Saúde.⁴⁷ Os motivos para essa procura, e a sua frequência, são apresentados na figura 26.

Figura 26 – Motivos para procura de médico de recurso nos Centros de Saúde



Como se pode constatar, o principal motivo da procura da Consulta de Recurso é claramente a ocorrência de uma situação de urgência, com 77% das respostas. É

⁴⁷ Parte dos 34% de utentes que nunca recorreu poderá ser explicado pelo facto de existir uma percentagem relevante de utentes que desconhece se existe uma consulta de recurso no seu Centro de Saúde.

também de assinalar que 14% dos utentes procura o recurso porque entende ser mais fácil conseguir uma Consulta de Recurso do que uma consulta no seu médico de família. O facto de não ter médico de família, ou de este estar ausente, traduzem a situação de apenas 4% e 2% dos utentes, respectivamente. Estes resultados não sugerem problemas de aceitabilidade, uma vez que os motivos apresentados para prescindir de médico de família não incluem situações de desajustamento entre os utentes e os médicos ao nível das características e expectativas de cada um.

5.3.2.4. Conclusões sobre a aceitabilidade dos Centros de Saúde

A dimensão da aceitabilidade foi avaliada a partir das respostas dos utentes a questões sobre o conforto da sala de espera, a higiene das instalações e a utilização de consultas de recurso.

São apresentados, na tabela 22, os resultados médios das questões sobre a componente do acesso de aceitabilidade dos Centros de Saúde. Tal como no caso da análise da adequabilidade, foi atribuído 1 ponto às opções de resposta mais negativas e 4 às mais positivas, com a excepção do tema das consultas de recurso.

No caso da questão sobre o motivo de utilização destas consultas, considerou-se que um excesso de respostas “Médico de família não estava”, “Não tem médico de família”, “Horário de atendimento do médico de família pouco adequado” e “Mais fácil de conseguir a consulta”⁴⁸ será indicativo de um mau acesso na dimensão da aceitabilidade. Somando estas quatro opções de respostas⁴⁹, obtiveram-se as percentagens destas opções de resposta em relação aos totais de utentes que recorreram a consultas de recurso. Considerando a diferença entre 100% e tais percentagens, obtiveram-se percentagens cujos valores mais altos são indicativos de melhor acesso, sendo os resultados apresentados numa escala de 1 a 4.

⁴⁸ A associação destas quatro questões com a dimensão da aceitabilidade explica-se pela existência de factores típicos considerados na avaliação da dimensão da aceitabilidade que poderão influenciar estas questões, tal como a complexidade do caso clínico e outras características (sexo, idade, etc.) ou outros factores relativos aos utentes. *Vide Anexo I*, em que se refere, por exemplo, que os prestadores podem não desejar atender certos tipos de utentes, ou discriminar, e que estas atitudes afectam o acesso na dimensão da aceitabilidade.

⁴⁹ As duas opções restantes, “Urgência” e “Pedir medicamentos”, estarão a apontar para um funcionamento normal das consultas de recursos.

Ao nível dos resultados da questão da informação sobre a disponibilidade de consultas de recurso, considerou-se a percentagem de respostas indicativas de conhecimento sobre a existência de consultas de recurso no Centro de Saúde, transpondo-se essa percentagem para uma escala de 1 a 4.

Tabela 22 – Pontuações médias das questões sobre a aceitabilidade dos Centros de Saúde

Tema	Pontuação média (max=4 ; min=1)
Conforto da sala de espera	
Avaliação absoluta	3,22
Avaliação comparativa	3,14
Higiene das instalações	
Avaliação absoluta	3,49
Avaliação comparativa	3,12
Consultas de recurso	
Informação sobre disponibilidade	3,15
Motivo de utilização	3,31
Todas as questões aceitabilidade	3,24

É de assinalar que todos os aspectos de aceitabilidade receberam dos utentes uma pontuação acima da média da escala. Tomado o conjunto das questões sobre a aceitabilidade, a pontuação obtida foi de 3,24 pontos.

5.3.3. Análise regional

Na secção 2.3., argumentou-se que a unidade de análise regional adequada seria a da Sub-Região de Saúde (SRS). A comparação do acesso aos cuidados primários do SNS nas diferentes SRS, nas dimensões da adequabilidade e da aceitabilidade, foi efectuada através do cálculo da pontuação média das respostas dos inquiridos nos Centros de Saúde dessa região, sendo a pontuação atribuída a cada resposta definida como apresentado nas secções 5.3.1.5 e 5.3.2.4. Nas tabelas 23 e 25, apresentam-se todos os resultados.

Adequabilidade

Tendo em conta as pontuações relativas ao horário de funcionamento das consultas, nota-se que as SRS com maiores pontuações – indicando uma avaliação mais positiva dos utentes – são as de Castelo Branco e Faro. As SRS com pontuação mais baixa,

indicando uma avaliação mais negativa dos utentes no que se refere a esta questão, são as de Porto e Coimbra. Não obstante, todas as SRS obtiveram pontuações superiores ao ponto médio de 2,5, pelo que se pode dizer que quanto a esta questão as respostas foram positivas em todas as SRS.

Já no que se refere às comparações do horário de funcionamento dos Centros de Saúde com o horário de funcionamento dos Correios, não ocorre o mesmo, pois a SRS de Santarém obteve uma pontuação inferior ao ponto médio, apesar da pontuação em termos absolutos de Santarém ter sido a quinta mais alta, indicando que os utentes estão em média muito satisfeitos.⁵⁰ As SRS com os resultados mais positivos, segundo a opinião dos utentes, na comparação do horário de funcionamento dos Centros de Saúde com o horário dos Correios são as de Portalegre e Guarda.

Quanto às pontuações relativas ao tempo de espera até ao atendimento no dia da consulta, as três pontuações mais altas dos resultados absolutos, que reflectem opiniões mais positivas dos utentes, são das SRS de Faro, Portalegre e Castelo Branco, as únicas SRS que obtiveram pontuações superiores a 3. Por outro lado, cinco SRS obtiveram pontuações inferiores ao ponto médio de 2,5 (Viana do Castelo, Coimbra, Leiria, Lisboa e Setúbal).

No que concerne aos resultados comparativos com os Correios da questão do tempo de espera até ao atendimento no dia da consulta, as avaliações mais positivas situaram-se nas SRS de Coimbra e Portalegre. As pontuações das respostas comparativas são mais baixas do que as das respostas absolutas, havendo seis SRS que obtiveram pontuação abaixo de 2,5.

Na avaliação da adequabilidade dos Centros de Saúde consideraram-se também os resultados regionais relativos ao tempo de espera desde a marcação até à consulta, tanto em termos absolutos como em termos comparativos (comparação com o tempo de espera em clínicas privadas)⁵¹. Os resultados absolutos indicaram que a avaliação dos utentes acerca do tempo de espera desde a marcação até à consulta é positiva, pois as pontuações foram todas superiores a 2,5.⁵² As melhores pontuações verificaram-se nas SRS de Coimbra, Leiria, Viseu e Viana do Castelo. Por outro lado,

⁵⁰ Isto provavelmente ocorre porque os utentes, embora satisfeitos, têm uma percepção de que mesmo assim haverá uma boa margem para melhoria nesta questão do horário de funcionamento.

⁵¹ No caso da comparação com clínicas privadas as pontuações foram de 1 a 3: 1 para as respostas “Mais longo”, 2 para as respostas “Igual” e 3 para as respostas “Mais curto”. Os resultados que são apresentados foram no entanto revistos numa escala de 1 a 4.

⁵² Consideraram-se em todas as questões relativas às marcações de consultas apenas os 502 utentes entrevistados que marcaram as suas consultas por sua própria iniciativa.

os Centros de Saúde das SRS de Portalegre, Porto e Bragança obtiveram uma avaliação mais negativa, reflectida nas pontuações mais baixas.

Na comparação com as clínicas privadas os resultados são todos negativos, ao contrário do que se verifica na questão absoluta. Estes resultados negativos, traduzidos em pontuações inferiores a 2 em todas as SRS, reflectirão uma percepção generalizada dos utentes que em clínicas privadas os tempos de espera serão mais curtos.

Outras questões analisadas são as relativas à marcação das consultas, tanto presencial como por telefone. Estas questões produziram resultados muito positivos, com pontuações altas (todas superiores a 3), indicando que não haverá problemas sistemáticos no que se refere a esta questão, sem prejuízo da existência de problemas pontuais em alguns Centros de Saúde.

Na tabela 23 apresentam-se as pontuações médias de cada SRS relativamente a todas as questões do inquérito que visaram a avaliação da dimensão de adequabilidade dos Centros de Saúde, bem como a pontuação média nacional. A pontuação de cada região resultante da média de todas as questões de adequabilidade consta da tabela 24, bem como a agregação das SRS em *clusters*⁵³ de acordo com a pontuação média. Essa classificação qualitativa das diferenças regionais ao nível da adequabilidade é ilustrada no mapa da figura 27.

⁵³ Manteve-se a metodologia para a construção de *clusters* utilizada no capítulo 4 (*vide* nota de rodapé 21).

Tabela 23 – Pontuações médias regionais das questões sobre a adequabilidade dos Centros de Saúde

SRS	Horário	Comparação horário	Espera até atendimento	Comparação espera até atendimento
Aveiro	3,14	2,88	2,88	2,26
Beja	3,24	3,31	2,93	3,02
Braga	3,20	2,98	2,85	2,85
Bragança	3,07	3,08	2,77	2,61
Castelo Branco	3,55	2,75	3,11	2,89
Coimbra	2,88	2,79	2,46	3,33
Évora	3,02	3,22	2,73	2,35
Faro	3,43	3,03	3,30	3,00
Guarda	3,36	3,23	2,56	1,53
Leiria	3,19	3,03	2,42	2,62
Lisboa	3,04	2,67	2,37	2,51
Portalegre	3,38	3,24	3,19	3,21
Porto	2,95	2,75	2,84	2,72
Santarém	3,34	1,87	2,85	2,67
Setúbal	3,12	2,79	2,27	2,37
Viana do Castelo	2,98	2,67	2,49	2,28
Vila Real	3,05	2,83	2,56	1,46
Viseu	2,97	2,95	2,61	2,51
Média nacional	3,13	2,85	2,69	2,56
SRS	Marcação até à consulta	Comparação marcação até à consulta	Espera para marcação (presencial/telefone) ⁵⁴	N.º de idas/ ligações para marcação ⁵⁵
Aveiro	3,52	1,39	3,97	4,00
Beja	3,25	1,92	3,43	3,61
Braga	3,44	1,98	3,83	4,00
Bragança	2,75	1,46	3,47	3,93
Castelo Branco	3,38	1,92	3,57	3,50
Coimbra	3,86	1,81	3,89	3,89
Évora	3,29	1,32	3,62	3,50
Faro	3,69	1,97	3,85	3,70
Guarda	3,25	1,16	3,66	3,84
Leiria	3,71	1,65	3,51	3,71
Lisboa	3,38	1,90	3,41	3,87
Portalegre	3,24	1,21	4,00	3,25
Porto	3,00	1,75	3,65	3,85
Santarém	3,57	1,92	3,92	3,89
Setúbal	3,52	1,59	3,58	3,70
Viana do Castelo	3,70	1,61	3,90	4,00
Vila Real	3,40	1,44	3,71	3,57
Viseu	3,70	1,32	3,90	4,00
Média nacional	3,43	1,65	3,66	3,75

⁵⁴ Efectuou-se uma média entre as pontuações relativas à questão da espera no Centro de Saúde (marcação presencial) e à questão da duração da ligação (marcação por telefone).

⁵⁵ As pontuações das respostas às questões relativas ao número de idas dos utentes para a marcação presencial e ao número de ligações para a marcação de consulta por telefone foram atribuídas de forma diferente, definindo-se 4 pontos para uma ida/ligação, mas 2 pontos para duas idas/ligações e 1 ponto para três ou mais idas/ligações. Efectuou-se depois uma média entre as pontuações relativas à questão do número de idas (marcação presencial) e à questão do número de ligações (marcação por telefone).

A pontuação atribuída a cada SRS pela adequabilidade dos serviços dos Centros de Saúde do SNS é mais elevada em Faro, Braga, Coimbra, Portalegre, Beja e Castelo Branco. No extremo oposto estão as SRS de Vila Real e Bragança a norte, Guarda no centro do país, e a sul Lisboa, Évora e Setúbal.

Tabela 24 – Pontuação média regional de adequabilidade dos Centros de Saúde

SRS	Pontuação média de adequabilidade	Cluster
Faro	3,24	Alto
Braga	3,14	Alto
Coimbra	3,12	Alto
Portalegre	3,09	Alto
Beja	3,09	Alto
Castelo Branco	3,08	Alto
Santarém	3,01	Médio
Aveiro	3,01	Médio
Viseu	2,99	Médio
Leiria	2,98	Médio
Viana do Castelo	2,95	Médio
Porto	2,94	Médio
Lisboa	2,90	Baixo
Bragança	2,89	Baixo
Évora	2,88	Baixo
Setúbal	2,87	Baixo
Guarda	2,82	Baixo
Vila Real	2,75	Baixo
Média nacional	2,97	

Figura 27 – Adequabilidade dos cuidados primários do SNS



Aceitabilidade

Como se pode constatar na tabela 25, na questão relativa ao conforto da sala de espera (avaliação absoluta), todas as pontuações médias foram positivas, acima de 2,5. As três pontuações médias mais elevadas observaram-se nas SRS de Braga, Castelo Branco e Vila Real, reflectindo uma avaliação mais positiva dos utentes entrevistados. Por sua vez, nas SRS de Bragança, Porto e Lisboa verificaram-se as pontuações mais baixas.

Em termos comparativos (com os Correios), as pontuações foram também muito elevadas, em especial nas SRS de Santarém, Guarda e Faro. Por outro lado, na SRS de Viseu a pontuação média foi negativa (inferior a 2,5), reflectindo uma menor satisfação dos utentes entrevistados nesta zona.

Na questão da higiene nas instalações, as pontuações médias foram todas positivas. No que se refere à avaliação absoluta, todas as pontuações foram superiores a 3,2, sendo que as três pontuações médias mais elevadas ocorreram nas SRS de Faro,

Braga e Santarém. As pontuações da questão de avaliação comparativa foram um pouco menos elevadas do que as pontuações da avaliação absoluta, tendo oito SRS pontuações médias entre 2,5 e 3, sendo a pontuação média mais baixa relativa aos Centros de Saúde da SRS de Viseu.

Por último, apresentam-se os resultados relativos à questão das consultas de recurso. Nota-se que todas as pontuações foram positivas, sendo que quatro SRS apresentam pontuações máximas: Faro, Braga, Castelo Branco e Bragança. Por outro lado, as avaliações mais negativas dos utentes entrevistados recaíram sobre os Centros de Saúde das SRS de Viseu, Coimbra e Viana do Castelo.

Considerou-se, ainda, a ausência de conhecimento sobre as consultas de recurso como um indicador da dimensão da aceitabilidade. Todas as SRS também apresentaram pontuações positivas no que se refere a esta matéria. As três pontuações mais altas, que estarão a indicar a prestação de mais informação e/ou maior transparência dos Centros de Saúde a respeito da existência das consultas de recurso (o que será positivo em termos da dimensão da aceitabilidade), verificaram-se nas SRS do Porto, Bragança e Braga. As pontuações mais baixas foram atribuídas às SRS de Santarém, Évora e Coimbra.

A tabela 25 apresenta a pontuação média nacional e as pontuações médias de cada SRS relativamente a todas as questões do inquérito que visaram a avaliação da dimensão de aceitabilidade dos Centros de Saúde. Já na tabela 26 pode encontrar-se a pontuação resultante da média de todas as questões de aceitabilidade, a nível nacional e regional. A agregação das SRS em *clusters* de acordo com pontuação média consta da mesma tabela, e é ilustrada no mapa da figura 28.

As SRS com a dimensão da aceitabilidade com melhor pontuação são Braga, Santarém, Faro, Castelo Branco, Bragança, Portalegre e Guarda. As regiões do *cluster* inferior (pontuações mais baixas) são contíguas: Viseu e Coimbra.

Tabela 25 – Pontuações médias regionais das questões sobre a aceitabilidade dos Centros de Saúde

SRS	Conforto	Comparação conforto	Higiene	Comparação higiene	Consultas de recurso (utilização)	Consultas de recurso (informação)
Aveiro	3,27	2,74	3,58	2,80	3,14	3,35
Beja	3,26	3,35	3,22	3,20	3,88	3,02
Braga	3,50	3,35	3,76	3,28	4,00	3,58
Bragança	3,05	3,14	3,46	3,07	4,00	3,64
Castelo Branco	3,50	3,15	3,50	2,85	4,00	3,40
Coimbra	3,08	3,05	3,38	2,92	2,69	2,50
Évora	3,17	2,94	3,51	2,81	3,55	2,76
Faro	3,48	3,40	3,80	2,98	4,00	2,95
Guarda	3,39	3,45	3,55	3,18	3,22	3,39
Leiria	3,26	3,40	3,61	3,34	3,38	2,93
Lisboa	2,89	2,97	3,30	3,19	3,20	2,82
Portalegre	3,40	3,24	3,56	3,32	3,63	3,16
Porto	2,96	2,86	3,28	2,91	3,11	3,73
Santarém	3,46	3,69	3,76	3,70	3,73	2,76
Setúbal	3,27	3,14	3,57	3,26	3,17	3,15
Viana do Castelo	3,25	2,89	3,35	3,08	2,68	3,18
Vila Real	3,48	3,17	3,63	2,85	2,92	3,25
Viseu	3,08	2,36	3,33	2,56	2,76	3,25
Média nacional	3,22	3,14	3,49	3,12	3,31	3,15

Tabela 26 – Pontuação média regional de aceitabilidade dos Centros de Saúde

SRS	Pontuação média de aceitabilidade	Cluster
Braga	3,58	Alto
Santarém	3,52	Alto
Faro	3,43	Alto
Castelo Branco	3,40	Alto
Bragança	3,39	Alto
Portalegre	3,38	Alto
Guarda	3,36	Alto
Beja	3,32	Médio
Leiria	3,32	Médio
Setúbal	3,26	Médio
Vila Real	3,22	Médio
Aveiro	3,15	Médio
Porto	3,14	Médio
Évora	3,12	Médio
Viana do Castelo	3,07	Médio
Lisboa	3,06	Médio
Coimbra	2,94	Baixo
Viseu	2,89	Baixo
Média nacional	3,24	

Figura 28 – Aceitabilidade dos cuidados primários do SNS



5.4. Índice global de acesso

Com vista à elaboração de um diagnóstico sobre o acesso aos cuidados de saúde primários prestados pelo SNS, foram estudadas quatro das cinco dimensões que compõem o acesso, tendo já sido apresentados os resultados da análise de cada uma das dimensões ao nível das SRS (ver secções 4.1., 4.2. e 5.3.). Na presente secção, ensaia-se uma avaliação global da equidade regional do acesso aos cuidados de saúde primários no SNS, através da construção de um índice global de acesso por SRS, que incorpore todas as dimensões relevantes do acesso.

Assim, construiu-se um indicador global de acesso que abarca a componente espacial do acesso (proximidade e capacidade) e a componente não espacial (adequabilidade e aceitabilidade).⁵⁶ A agregação das quatro dimensões consistiu na adição aritmética

⁵⁶ Note-se que na dimensão “esforço financeiro” não há qualquer desigualdade regional, dado que os pagamentos associados aos cuidados primários são idênticos em todas as SRS do Continente.

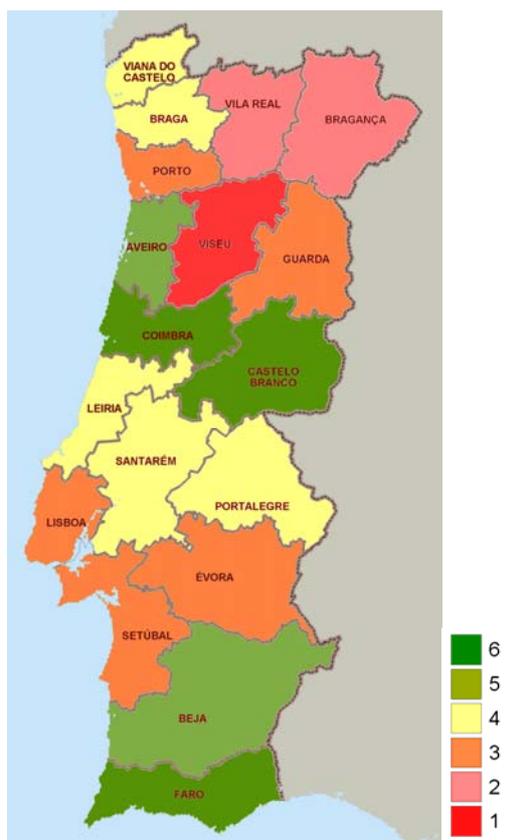
das seguintes pontuações atribuídas em cada uma das análises de *clusters*: 0 pontos para o cluster baixo, 1 para o médio e 2 para o alto.⁵⁷ O índice global de acesso em cada SRS, que corresponde à soma das componentes espaciais e não espaciais, é apresentado na tabela 27 e na figura 29.

Tabela 27 – Índice global de acesso por SRS

SRS	Índice de proximidade (max=2 ; min=0)	Índice de capacidade (max=2 ; min=0)	Índice de adequabilidade (max=2 ; min=0)	Índice de aceitabilidade (max=2 ; min=0)	Índice global de acesso (max=8 ; min=0)
Faro	0	2	2	2	6
Coimbra	2	2	2	0	6
Castelo Branco	1	1	2	2	6
Beja	0	2	2	1	5
Aveiro	2	1	1	1	5
Leiria	2	0	1	1	4
Santarém	1	0	1	2	4
Braga	0	0	2	2	4
Portalegre	0	0	2	2	4
Viana do Castelo	0	2	1	1	4
Setúbal	0	2	0	1	3
Évora	0	2	0	1	3
Lisboa	0	2	0	1	3
Guarda	0	1	0	2	3
Porto	1	0	1	1	3
Vila Real	0	1	0	1	2
Bragança	0	0	0	2	2
Viseu	0	0	1	0	1

⁵⁷ A soma simples das pontuações obtidas em cada uma das dimensões estudadas equivale à atribuição de um peso semelhante a cada dessas dimensões no indicador global de acesso, ou seja, na medição global do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS é atribuída a mesma importância à proximidade, capacidade, adequabilidade e aceitabilidade. Esta estrutura de ponderação é necessariamente arbitrária, tal como o seria uma outra qualquer estrutura, uma vez que a avaliação em causa não emana de uma óptica normativa pré-definida.

Figura 29 – Índice global de acesso



Como se ilustra na figura 29, as regiões onde o acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, em todas as suas componentes, é menor, concentram-se sobretudo no Norte do território continental. Faro, Coimbra e Castelo Branco são as SRS com melhor avaliação.

Como se pode observar, o *ranking* de SRS não é igual segundo as componentes espaciais e não espaciais. Interessa, no entanto, perceber se existe algum grau de correlação entre as dimensões do acesso de natureza espacial e a avaliação subjectiva das condições oferecidas nos Centros de Saúde. Uma relação positiva significaria que a avaliação subjectiva acompanhava o sentido da avaliação objectiva espacial, o que poderia ser interpretado como um efeito de contágio do grau de acesso espacial sobre a avaliação subjectiva da componente não espacial do acesso. Verificando-se esta correlação, o indicador global de acesso, calculado pela simples soma aritmética de todas as componentes, poderia não ser adequado uma vez que estaria a considerar no mesmo sentido duas avaliações que traduziam a mesma realidade – o acesso espacial. De facto, uma avaliação subjectiva do acesso não espacial contaminada desta forma teria uma utilidade reduzida.

Assim, testou-se, por meio de uma análise de regressão, a relação entre a avaliação subjectiva do acesso (no caso, a avaliação subjectiva apenas aconteceu para a dimensão da aceitabilidade) e o grau de acesso espacial, e concluiu-se que não há evidência estatística para considerar a existência de qualquer efeito de contágio.

6. Conclusões

No presente estudo, o acesso aos cuidados de saúde primários do SNS 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.

O estudo das dimensões de natureza espacial (proximidade e capacidade) baseou-se em informação da estatística do movimento assistencial dos Centros de Saúde do SNS de 2007.

Ao nível da dimensão proximidade, foi possível concluir que os cuidados de saúde primários se encontram próximos dos utentes, já que a população residente fora do alcance de um Centro de Saúde ou extensão (a mais de 30 minutos) não chega a representar 0,03% da população de Portugal continental. No que toca à dimensão capacidade, verificou-se um rácio de 6,39 médicos nos Centros de Saúde por 10.000 habitantes, dotação que está em linha com o verificado nos países desenvolvidos com padrões inferiores de capacidade. Conjugando estas duas dimensões, conclui-se que as SRS onde há menor facilidade de acesso espacial aos cuidados de saúde primários do SNS são Braga, Bragança, Viseu e Portalegre, sendo Coimbra a região onde há maior facilidade de acesso espacial.

A análise das dimensões não espaciais do acesso, adequabilidade e aceitabilidade, baseou-se em informação recolhida pela ERS num estudo de inquérito junto de utentes dos Centros de Saúde do SNS sobre as condições de funcionamento desses Centros.

Em termos da dimensão da adequabilidade, constatou-se que as avaliações positivas foram mais predominantes que as avaliações negativas, no que respeita aos horários de funcionamento das consultas e ao tempo de espera para atendimento: 84% e 68% de opiniões positivas, respectivamente. Acresce que cerca de três quartos dos inquiridos consideram melhor o horário de funcionamento dos Centros de Saúde do que o de outros serviços públicos. A espera desde a marcação até ao dia da consulta não excedeu uma semana para 54% dos utentes, tendo estes, no entanto, classificado os Centros de Saúde negativamente face a outros serviços, quer em termos do tempo de espera desde a marcação até ao dia da consulta, quer do tempo de espera para atendimento no dia da consulta. A marcação de consultas por telefone é ainda uma

realidade com pouca expressão, embora o processo de marcação de consultas não revele problemas sistemáticos: 93% de utentes que apenas se deslocaram uma vez ao Centro de Saúde para presencialmente efectuarem marcação de consulta e 88% dos utentes que marcaram consulta telefonicamente apenas com um telefonema. Numa escala de 1 a 4, a dimensão da adequabilidade foi avaliada globalmente com 2,97 pontos.

A dimensão da aceitabilidade foi avaliada a partir das respostas dos utentes a questões sobre o conforto da sala de espera, a higiene das instalações e a utilização de consultas de recurso, tendo a avaliação global sido de 3,24 pontos. Nos temas do conforto e da higiene das instalações dos Centros de Saúde, as opiniões dos utentes são claramente positivas, quer em termos da avaliação absoluta, quer em comparação com outros serviços públicos: 88% e 94% de opiniões positivas, respectivamente. Os motivos de utilização das consultas de recurso não sugerem problemas graves de desajustamento entre os utentes e os serviços, embora seja de notar um significativo desconhecimento por parte dos utentes sobre a disponibilização de consultas de recurso (28% dos utentes inquiridos declarou não saber da existência de consulta de recurso no seu Centro de Saúde).

Em conclusão, a maioria dos utentes está globalmente satisfeita com o acesso aos Centros de Saúde do SNS, sem prejuízo de se terem detectado alguns aspectos menos positivos, como a baixa percentagem de utentes que marcou a sua consulta por telefone, e algum desconhecimento dos utentes relativamente ao funcionamento dos serviços dos Centros de Saúde.

Ao nível da detecção de assimetrias regionais, tomando em consideração todas as dimensões do acesso estudadas, conclui-se que as SRS onde haverá menor facilidade de acesso aos cuidados de saúde primários concentram-se sobretudo no Norte do território continental (Vila Real, Bragança e Viseu), sendo Faro, Coimbra e Castelo Branco as SRS onde haverá maior facilidade de acesso.

Anexo I – Acesso aos cuidados de saúde: as cinco dimensões

1. Introdução

A literatura sobre o acesso aos cuidados de saúde define o mesmo como sendo constituído, tipicamente, por cinco dimensões, como sugerido por Penchansky e Thomas (1981)⁵⁸: *availability*, *accessibility*, *accommodation*, *affordability* e *acceptability*. Nesta revisão da literatura, além do artigo de Penchansky e Thomas (1981), apresentam-se outros trabalhos sobre conceitos de acesso. O objectivo é clarificar o que estas cinco dimensões significam e como elas podem ser mensuradas, considerando os trabalhos de diferentes autores.

Penchansky e Thomas (1981) propuseram uma definição taxionómica do acesso, apresentando-o como um “conceito geral que resume um conjunto de dimensões mais específicas que descrevem o ajustamento entre o utente e o sistema de saúde”. As dimensões são as referidas *supra*, que se entende designar da seguinte forma: capacidade (*availability*), proximidade (*accessibility*), adequabilidade (*accommodation*), esforço financeiro (*affordability*) e aceitabilidade (*acceptability*).

Os autores conferem definições específicas a estas dimensões, para as quais medidas operacionais podem ser desenvolvidas. Tais medidas poderiam ser utilizadas, por sua vez, para avaliar o acesso a um determinado sistema de saúde.

A intenção de Penchansky e Thomas ao proporem uma definição taxionómica do acesso derivou do facto de que até então o acesso não havia sido definido de forma precisa. Guagliardo (2004)⁵⁹ argumentou que os conceitos e a comunicação sobre a definição do acesso se tornam mais claras se o acesso for pensado em termos de estádios e dimensões. Os dois estádios seriam: (1) potencial para a prestação de cuidados de saúde; e (2) prestação efectivamente realizada. Uma série de barreiras podem impedir o progresso de um estádio até ao outro e essas barreiras são agrupadas nas cinco dimensões de Penchansky e Thomas (1981).

⁵⁸ Penchansky, R., e Thomas, J. W., (1981), “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, *Medical Care*, Vol. 19, No. 2, pp. 127-140.

⁵⁹ Guagliardo, M. F., (2004), “Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges”, *International Journal of Health Geographics*, 3 (3).

Krieg *et al.* (2007)⁶⁰, no projecto que desenvolveram sobre o acesso aos cuidados de saúde de mulheres idosas da população Métis em Buffalo Narrows (Canadá), argumentaram que as cinco dimensões fornecem uma estrutura conceptual básica útil para uma exploração mais plena dos assuntos relativos ao acesso. Slack *et al.* (2002)⁶¹ 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.

Há desafios, no entanto, a que os investigadores devem ter atenção. De acordo com McLaughlin e Wyszewianski (2002)⁶², “o desafio aos investigadores é, primeiro, reconhecer a interdependência entre as diferentes dimensões do acesso, e segundo, o que é mais difícil, 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 interrelacionadas, mas também que suas fronteiras podem, em alguns casos, tornar-se ambíguas.

Krieg *et al.* (2007) afirmaram que “é importante notar que muitos dos temas que influenciam uma dimensão do acesso também podem influenciar outra”. Os autores também observaram 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, exprimiram 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 interrelacionam (por exemplo, afirmaram que “a

⁶⁰ Krieg *et al.* (2007), “Access to Health Services for Elderly Métis Women in Buffalo Narrows, Saskatchewan”, Project No. 146, Prairie Women’s Health Centre of Excellence.

⁶¹ Slack *et al.* (2002), “Variations in Secondary Care Utilisation and Geographic Access: Initial Analysis of 1996 Data”, HSRC Discussion Paper No. 7, Health Services Research Centre and Motu Economic and Public Policy Research.

⁶² McLaughlin, C. G., Wyszewianski, L., (2002), “Access to Care: Remembering Old Lessons”, Health Services Research, 37 (6), 1441-1443.

disponibilidade indubitavelmente afecta a adequabilidade e a aceitabilidade”), mas os autores mostraram por meio 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 serão vistas separadamente da forma como foram apresentadas por Penchansky e Thomas (1981) e outros autores que adoptam a mesma metodologia. O objectivo é tentar clarificar plenamente cada uma das dimensões e, assim, tentar separá-las da forma mais clara possível, 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 médicos, dentistas e outros profissionais; dos estabelecimentos, tais como clínicas e hospitais; e de programas e serviços especializados, tais como os referentes a saúde mental e atendimento de emergência.

As seguintes questões de satisfação dos utentes que referem a capacidade foram utilizadas por Penchansky e Thomas no inquérito que descreveram – uma pesquisa que foi conduzida em Rochester, Nova Iorque, para verificar se as percepções dos inquiridos relativamente às dimensões eram independentes:

- Quanta confiança deposita em ser capaz de obter um bom cuidado médico para si e sua família quando necessita?
- 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 sítios onde poderá obter cuidados de saúde?

- Quão satisfeito está com a sua capacidade de obter cuidados médicos em caso de emergência?

De acordo com McCaughrin e Howard (1996)⁶³, no artigo que escreveram sobre as diferenças no acesso a tratamentos de abusos de substâncias, a dimensão capacidade diz respeito à capacidade em termos de recursos de que uma organização dispõe para fornecer cuidados de saúde. Reflete a adequação da oferta dos recursos fornecidos pela organização para os cuidados de saúde, tais como a dimensão da equipa de profissionais relativamente à procura dos utentes, e afecta o acesso, porque uma capacidade em excesso pode facilitar o acesso, enquanto que uma capacidade limitada impedirá o acesso. Os autores utilizaram as seguintes métricas para a medição da disponibilidade:

- 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 do instituto “United States National Heart, Lung, and Blood Institute”, dos Estados Unidos da América, publicado em 1998⁶⁴, relativo à prevenção de demora excessiva no atendimento de utentes com alto risco de enfartes agudos do miocárdio, argumentou que a presença de serviços de diagnóstico e terapêuticos apropriados num hospital próximo é fundamental para o acesso aos cuidados de saúde no que se refere à dimensão da capacidade. Além de sublinharem a importância da existência de serviços de cuidados de saúde para a dimensão da capacidade, os autores também revelaram indirectamente a importância da característica espacial desta dimensão e o valor dos recursos humanos. Os autores argumentaram que áreas rurais com hospitais de pequena dimensão podem encontrar dificuldades específicas no fornecimento dos cuidados de saúde necessários, porque os profissionais treinados

⁶³ McCaughrin, W. C., Howard, D. L., (1996), “Variation in Access to Outpatient Substance Abuse Treatment: Organizational Factors and Conceptual Issues”, *Journal of Substance Abuse*, 8 (4), 403-415.

⁶⁴ United States National Heart, Lung, and Blood Institute, Working Group on Educational Strategies, (1998), “Educational Strategies to Prevent Prehospital Delay in Patients at High Risk for Acute Myocardial Infarction: A Report by the National Heart Attack Alert Program”, *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 6: 47-61.

para realizar diagnósticos rápidos e iniciar um tratamento de emergência podem não estar disponíveis em tempo útil.

Segundo Hartigan (2001)⁶⁵, a capacidade descreve a existência e a suficiência dos serviços 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 serviços são escassos e os cuidados de saúde que fornecem são insuficientes.

Newton *et al.* (2004)⁶⁶ utilizaram três das cinco dimensões para a avaliação do acesso 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 por natureza e “refere-se ao número de pontos de serviço locais entre os quais um utente pode escolher”. Segundo o autor, “no contexto de áreas urbanas, onde localizações múltiplas de serviços são comuns”, capacidade e proximidade deveriam ser

⁶⁵ Hartigan, P., (2001), “The importance of gender in defining and improving quality of care: some conceptual issues”, *Health Policy and Planning*, 16 (1), 7-12.

⁶⁶ Newton *et al.*, (2004), “Access to Dental Health Services in Scotland”, (Scottish Parliament, Health Committee Report.

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 serão úteis para comparações entre a oferta de grandes unidades geopolíticas ou áreas de serviço e são utilizados por analistas políticos para a definição de níveis mínimos de oferta e a identificação de áreas com oferta insuficiente (áreas de melhoria). Guagliardo (2004) expôs, ainda, que 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 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)⁶⁷ e Bagheri *et al.* (2006)⁶⁸ analisaram a acessibilidade espacial aos cuidados de saúde primários e argumentaram que a capacidade no contexto dos cuidados primários refere-se ao número de pontos de serviços de cuidados de saúde entre os quais as pessoas necessitadas 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 poderiam 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 cuidados de saúde, por exemplo, 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 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

⁶⁷ Bagheri *et al.* (2005), “Measuring spatial accessibility to primary health care”, In: 17th Annual Colloquium of the Spatial Information Research Centre (SIRC), 2005: A Spatio-temporal Workshop, Dunedin, New Zealand.

⁶⁸ Bagheri *et al.* (2006), “Primary Health Care Accessibility for Rural Otago: A Spatial Analysis”, Healthcare and Informatics Review Online, Setembro de 2006.

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 cuidados 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).

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 proximidade poderá estar fortemente ligada à dimensão 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 ser um forte previsor da satisfação dos utentes relativamente ao acesso, pois os utentes com tempos de viagem mais longos ficam menos satisfeitos com esta dimensão do 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)⁶⁹ 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)⁷⁰ definiram a proximidade como “a relação espacial ou geográfica entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes” – este elemento do acesso envolve, segundo os autores, a consideração da localização e dos recursos a despender em transportes.

Segundo Hartigan (2001), a proximidade “trata da localização das populações e dos serviços, transportes e custos de oportunidade⁷¹”. 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 percorrer para chegarem 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 pontos de serviço. 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 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, que pode ser designada por acessibilidade geográfica, 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 o tempo de viagem, para além da

⁶⁹ Johansen *et al.* (1994), “Analysis of the Concept of Primary Care for Children and Adolescents, A Policy research Brief”, Child and Adolescent Health Policy Center, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Department of Maternal and Child Health for the Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services.

⁷⁰ Ricketts, T. C., Goldsmith, L. J. (2005), “Access in health services research: The battle of the frameworks”, *Nursing Outlook*, 53 (6), pp. 274-80.

⁷¹ 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.

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 km²; 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 do utente, 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, é um predictor da satisfação de um utente com a adequabilidade, a qual é mais baixa para utentes que precisam 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 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 cuidados de saúde a habilidade do utente em obter tratamento fora dos horários normais de funcionamento dos serviços. 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 tratamento de toxicodependências, 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 e necessitam de tratamento (utilizaram a escala Likert⁷², de 1, equivalente a “muito difícil”, até 5, “muito fácil”).

No relatório, *supra* referido, do instituto “United States National Heart, Lung, and Blood Institute”, de 1998, os autores descreveram a adequabilidade como sendo relacionada com a percepção dos utentes sobre a resposta dos prestadores de cuidados 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 do prestador 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 cuidados de saúde face às necessidades dos utentes.

⁷² 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 num relatório de 2005 preparado para o Ministério da Saúde da Nova Zelândia pela “CBG Health Research”⁷³, uma empresa de consultoria na área da saúde na 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, no caso da adequabilidade e da aceitabilidade, e essencialmente financeiros, no caso do esforço financeiro.

Krieg *et al.* (2007), por sua vez, observaram a relação 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 se 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

⁷³ CBG Health Research (2005), “Improving Access to Primary Health Care: An evaluation of 35 reducing inequalities projects”, preparado para o Ministério da Saúde da Nova Zelândia.

estabelecimentos prestadores de cuidados 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 estes tempos; tempo de espera para a marcação da consulta ou satisfação dos utentes relativamente a estes 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 de 1998 do organismo norte-americano “United States National Heart, Lung, and Blood Institute” 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 de uma entidade prestadora de cuidados 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 a entidade, tanto em termos de rentabilidade como em termos de cumprimento de requisitos exigidos pelas entidades financiadoras. Os autores também afirmaram que o esforço financeiro influencia o acesso quando as entidades 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 entidades/profissionais de saúde no que concerne à prestação de cuidados 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 utentes⁷⁴. Os autores fizeram notar que o termo aceitabilidade é muitas vezes utilizado para se referir à reacção do utente a características do prestador, tais como idade, sexo, religião e etnia dos profissionais de saúde, e tipo e vizinhança do estabelecimento, no entanto, por sua vez, os prestadores também têm atitudes sobre as características preferidas dos utentes ou os aspectos financeiros associados a eles. Segundo os autores, “os prestadores podem não desejar atender certos tipos de clientes (...), ou então, através da adequabilidade, podem tornar-se mais ou menos disponíveis”.

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

- Quanto satisfeito está com a aparência do consultório do seu médico?
- Quanto satisfeito está com a vizinhança do consultório?
- Quanto 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 cuidados de saúde prioritárias da população servida, assim como a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados.

⁷⁴ Alguns autores desconsideraram a segunda parte a definição, ou seja, as atitudes dos prestadores relativamente às características pessoais aceitáveis dos utentes: Arksey *et al.* (2003), “Access to Health Care for Carers: Barriers and Interventions”, Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), CBG Research (2005) e Dunt *et al.* (2006), “The impact of standalone call centres and GP cooperatives”, *Family Practice*, 23, pp. 453-460. Dunt *et al.* (2006) utilizaram explicitamente o termo “aceitabilidade do consumidor”, associando portanto esta dimensão apenas ao utente.

McCaughrin e Howard (1996) definiram a aceitabilidade como sendo a interação 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 aceitáveis em função dos mesmo factores, além dos factores relativos à capacidade financeira dos utentes e, ainda, à complexidade dos seus casos clínicos. Os autores mensuraram a aceitabilidade pela medida em que a entidade prestadora de cuidados de saúde recebe encaminhamentos de utentes de tribunais, agências de saúde mental e programas de assistência a funcionários, além de referências dos próprios utentes.

O trabalho acima referido do instituto “United States National Heart, Lung, and Blood Institute” declarou que os serviços hospitalares e de emergência disponíveis para populações minoritárias urbanas são frequentemente inadequados ou desaprazíveis. Segundo os autores, diferenças culturais e linguísticas entre utentes minoritários (imigrantes, por exemplo) e prestadores de cuidados de saúde poderão reduzir a aceitabilidade dos prestadores relativamente a tais utentes⁷⁵. De modo similar, diferenças linguísticas podem fazer com que utentes que não dominem a língua oficial de um país hesitem em procurar cuidados 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 cuidados de saúde de medicina dentária, indicaram como exemplos de medidas de aceitabilidade a concordância cultural entre o dentista e o utente e a compatibilidade linguística. Krieg *et al.* (2007) igualmente sublinharam o papel da língua, da cultura e da compatibilidade nesta dimensão do acesso.

⁷⁵ Em um 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 emergências de hospitais. As longas esperas poderiam reflectir a reduzida aceitabilidade por parte dos prestadores.

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 estes factores também deveriam ser levadas 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.

Anexo II – O questionário do estudo de inquérito aos utentes dos Centros de Saúde do SNS

Informações dos utentes:

0. Filtros:
- a. Apenas utentes que se encontram no Centro de Saúde com consulta médica programada (não urgente) previamente marcada.
 - b. Apenas utentes acima de 14 anos.
1. Idade: _____ (por extenso ou, alternativamente, por faixa etária)
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15 a 24 | 25 a 44 | 45 a 64 | 65 anos ou mais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
2. Sexo:
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| M | F |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
3. É a primeira consulta do/da Sr./Sra. neste Centro de Saúde? (Caso afirmativo, passar para a questão 5)
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Sim | Não |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
4. (Caso negativo:) No último ano, quantas vezes veio a este Centro de Saúde?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 a 2 | 3 a 5 | 6 a 10 | Mais de 10 vezes |
| <input type="checkbox"/> |

Médicos de família:

5. O/A Sr./Sra. tem médico de família?
(Caso afirmativo, passar para a questão 8)
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Sim | Não |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
6. (Caso negativo:) O/A Sr./Sra. estaria interessado em ter médico de família? (Caso negativo, passar para a questão 8)
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Sim | Não |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Qual pensa que é a razão para ainda não lhe ter sido atribuído um médico de família?

Não pediu Falta de médicos Dificuldades administrativas

Outras (Quais? ...)

Condições oferecidas pelo Centro de Saúde e marcação da consulta:

8. Qual a sua opinião sobre o tempo de espera desde a chegada a este Centro de Saúde até ao atendimento pelo médico?

Em termos absolutos:

	Bom	Razoável	Pouco adequado	Mau
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em comparação com o atendimento nos Correios:

	Melhor	Um pouco melhor	Um pouco pior	Pior
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Qual a sua opinião sobre o conforto da sala de espera deste Centro de Saúde?

Em termos absolutos:

	Bom	Razoável	Pouco adequado	Mau
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em comparação com os Correios:

	Melhor	Um pouco melhor	Um pouco pior	Pior
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Qual a sua opinião sobre a higiene das instalações deste Centro de Saúde?

Em termos absolutos:

	Bom	Razoável	Pouco adequado	Mau
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em comparação com os Correios:

	Melhor	Um pouco melhor	Um pouco pior	Pior
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Qual a sua opinião sobre o horário do funcionamento das consultas programadas neste Centro de Saúde?

Em termos absolutos:

Bom	Razoável	Pouco adequado	Mau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em comparação com o horário dos Correios:

Melhor	Um pouco melhor	Um pouco pior	Pior
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Há quanto tempo foi marcada a consulta de hoje?

Até 1 sem. Entre 1 s. e 1 mês Entre 1 e 6 m. Entre 6 m. e 1 ano Mais de 1 ano

13. O que o/a Sr./Sra. acha desse tempo de espera, desde a data da marcação até à data da consulta, em comparação com consultas em clínicas particulares?

Mais longo Igual Mais curto Não sei

14. Esta consulta foi marcada no seguimento de outra – por indicação do médico – ou por iniciativa do/da Sr./Sra.? (Caso a consulta tenha sido por indicação do médico, passar para a questão 20)

Seguimento Por iniciativa do utente

15. (Caso a consulta tenha sido marcada por iniciativa do utente:) Qual o meio utilizado para a marcação? (Se “presencial”, passar para a questão seguinte, se por “telefone”, passar para a questão 18, se “outro meio”, passar para a questão 20)

Presencial Telefone Outro meio (Qual? ...)

16. Quantas vezes teve que vir ao Centro de Saúde para marcar a consulta?

1 2 3 Mais de 3 vezes

17. Quanto tempo teve que esperar no Centro de Saúde até conseguir marcar a consulta? (Passar para a questão 20)

Das 17 às 20 Depois das 20 horas

Consultas de planeamento familiar:

24. O/A Sr./Sra. já foi a uma consulta de planeamento familiar neste Centro de Saúde? (Caso afirmativo, passar para a questão 26)

Sim Não

25. (Caso negativo:) Porquê? (Terminar)

O Centro de Saúde não dispõe Nunca precisou Desconhece a existência

Recorre a outros serviços

26. Sobre o atendimento administrativo na consulta de planeamento familiar, tendo em conta os seguintes aspectos, acha que foi:

Perfeita Adequada Pouco adeq. Inadeq.

Discrição

Informação dada

Disponibilidade

Anexo III – Lista dos Centros de Saúde do SNS alvo do estudo de inquérito

Nome do Centro de Saúde	Concelho	SRS	ARS	N.º Utentes (2007)	N.º Utentes inquiridos
Alvito	Alvito	Beja	Alentejo	2.740	10
Beja	Beja	Beja	Alentejo	40.130	10
Mértola	Mértola	Beja	Alentejo	8.080	14
Odemira	Odemira	Beja	Alentejo	26.867	12
Alandroal	Alandroal	Évora	Alentejo	6.386	11
Arraiolos	Arraiolos	Évora	Alentejo	7.673	10
Mourão	Mourão	Évora	Alentejo	3.205	10
Portel	Portel	Évora	Alentejo	6.999	10
Arronches	Arronches	Portalegre	Alentejo	3.455	10
Avis	Avis	Portalegre	Alentejo	5.129	10
Campo Maior	Campo Maior	Portalegre	Alentejo	9.765	10
Gavião	Gavião	Portalegre	Alentejo	4.740	10
Monforte	Monforte	Portalegre	Alentejo	3.892	10
Alcoutim	Alcoutim	Faro	Algarve	3.528	10
Lagoa	Lagoa	Faro	Algarve	25.325	10
Tavira	Tavira	Faro	Algarve	28.105	10
Vila do Bispo	Vila do Bispo	Faro	Algarve	6.074	10
Mealhada	Mealhada	Aveiro	Centro	21.598	11
Murtosa	Murtosa	Aveiro	Centro	12.043	10
Oliveira do Bairro	Oliveira do Bairro	Aveiro	Centro	24.639	10
Santa Maria da Feira	Santa Maria da Feira	Aveiro	Centro	141.395	10
Vale de Cambra	Vale de Cambra	Aveiro	Centro	27.710	10
Covilhã	Covilhã	Castelo Branco	Centro	59.818	10
Vila Velha de Ródão	Vila Velha de Rodão	Castelo Branco	Centro	4.230	10
Figueira da Foz/Buarcos	Figueira da Foz	Coimbra	Centro	71.275	10
Montemor-o-Velho	Montemor-o-Velho	Coimbra	Centro	26.051	10
S Martinho do Bispo	Coimbra	Coimbra	Centro	24.959	10
Soure	Soure	Coimbra	Centro	21.670	10
Figueira de Castelo Rodrigo	Figueira de Castelo Rodrigo	Guarda	Centro	6.849	11

Meda	Meda	Guarda	Centro	6.400	10
Seia	Seia	Guarda	Centro	28.627	12
Trancoso	Trancoso	Guarda	Centro	11.090	11
Alvaiázere	Alvaiázere	Leiria	Centro	8.588	10
Ansião	Ansião	Leiria	Centro	14.952	10
Batalha	Batalha	Leiria	Centro	16.111	10
Caldas da Rainha	Caldas da Rainha	Leiria	Centro	58.738	12
Castanheira de Pêra	Castanheira de Pêra	Leiria	Centro	3.700	10
Marinha Grande	Marinha Grande	Leiria	Centro	42.184	10
Pedrógão Grande	Pedrógão Grande	Leiria	Centro	5.015	10
Peniche	Peniche	Leiria	Centro	30.357	12
Moimenta da Beira	Moimenta da Beira	Viseu	Centro	12.231	10
Mortágua	Mortágua	Viseu	Centro	11.455	10
Oliveira de Frades	Oliveira de Frades	Viseu	Centro	10.813	10
Penalva do Castelo	Penalva do Castelo	Viseu	Centro	9.158	10
S. João da Pesqueira	São João da Pesqueira	Viseu	Centro	9.037	10
Santa Comba Dão	Santa Comba Dão	Viseu	Centro	13.367	10
Algueirão	Sintra	Lisboa	LVT	68.321	10
Alhandra	Vila Franca de Xira	Lisboa	LVT	49.405	10
Alvalade	Lisboa	Lisboa	LVT	38.533	10
Lapa	Lisboa	Lisboa	LVT	30.078	10
Lumiar	Lisboa	Lisboa	LVT	81.673	10
Mafra	Mafra	Lisboa	LVT	68.481	10
Oeiras	Oeiras	Lisboa	LVT	102.837	10
Rio de Mouro	Sintra	Lisboa	LVT	50.909	10
São João	Lisboa	Lisboa	LVT	40.469	10
Torres Vedras	Torres Vedras	Lisboa	LVT	85.807	12
Venda Nova	Amadora	Lisboa	LVT	73.048	10
Vila Franca de Xira	Vila Franca de Xira	Lisboa	LVT	32.015	10
Almeirim	Almeirim	Santarém	LVT	24.180	10
Benavente	Benavente	Santarém	LVT	28.036	10
Chamusca	Chamusca	Santarém	LVT	10.766	10
Entroncamento	Entroncamento	Santarém	LVT	20.709	10
Golegã	Golegã	Santarém	LVT	5.903	10

Mação	Mação	Santarém	LVT	8.265	10
Santarém	Santarém	Santarém	LVT	67.784	10
Alcochete	Alcochete	Setúbal	LVT	17.130	10
Moita	Moita	Setúbal	LVT	38.043	10
Palmela	Palmela	Setúbal	LVT	59.999	10
Quinta da Lomba	Barreiro	Setúbal	LVT	28.670	10
Santiago do Cacém	Santiago do Cacém	Setúbal	LVT	32.957	10
Sesimbra	Sesimbra	Setúbal	LVT	42.959	10
Amares	Amares	Braga	Norte	20.468	10
Guimarães	Guimarães	Braga	Norte	109.253	10
Terras de Bouro	Terras de Bouro	Braga	Norte	9.989	10
Vieira do Minho	Vieira do Minho	Braga	Norte	16.541	10
Vizela	Vizela	Braga	Norte	36.272	10
Macedo de Cavaleiros	Macedo de Cavaleiros	Bragança	Norte	18.548	11
Mirandela	Mirandela	Bragança	Norte	30.327	10
Torre de Moncorvo	Torre de Moncorvo	Bragança	Norte	9.649	10
Vinhais	Vinhais	Bragança	Norte	10.077	11
Carvalhosa	Porto	Porto	Norte	86.777	10
Ermesinde	Valongo	Porto	Norte	58.614(*)	10
Felgueiras	Felgueiras	Porto	Norte	66.279	11
Gondomar	Gondomar	Porto	Norte	73.975	10
Oliveira do Douro	Vila Nova de Gaia	Porto	Norte	95.254	10
Paços de Ferreira	Paços de Ferreira	Porto	Norte	60.471	10
Paranhos	Porto	Porto	Norte	54.292	10
Rebordosa	Paredes	Porto	Norte	90.159	10
Rio Tinto	Gondomar	Porto	Norte	96.658	10
Termas de S. Vicente	Penafiel	Porto	Norte	23.814(*)	10
Valongo	Valongo	Porto	Norte	37.201(*)	10
Arcos de Valdevez	Arcos de Valdevez	Viana do Castelo	Norte	26.544	10
Barroselas	Viana do Castelo	Viana do Castelo	Norte	14.067	10
Monção	Monção	Viana do Castelo	Norte	20.721	10
Paredes de Coura	Paredes de Coura	Viana do Castelo	Norte	9.902	10
Alijó	Alijó	Vila Real	Norte	14.785	10
Boticas	Boticas	Vila Real	Norte	7.458	10

Mesão Frio	Mesão Frio	Vila Real	Norte	5.449	10
Ribeira de Pena	Ribeira de Pena	Vila Real	Norte	7.913	10
Sabrosa	Sabrosa	Vila Real	Norte	7.288	10
Vila Real II	Vila Real	Vila Real	Norte	24.738	10

(*) Utentes em 2005

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 – 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt