
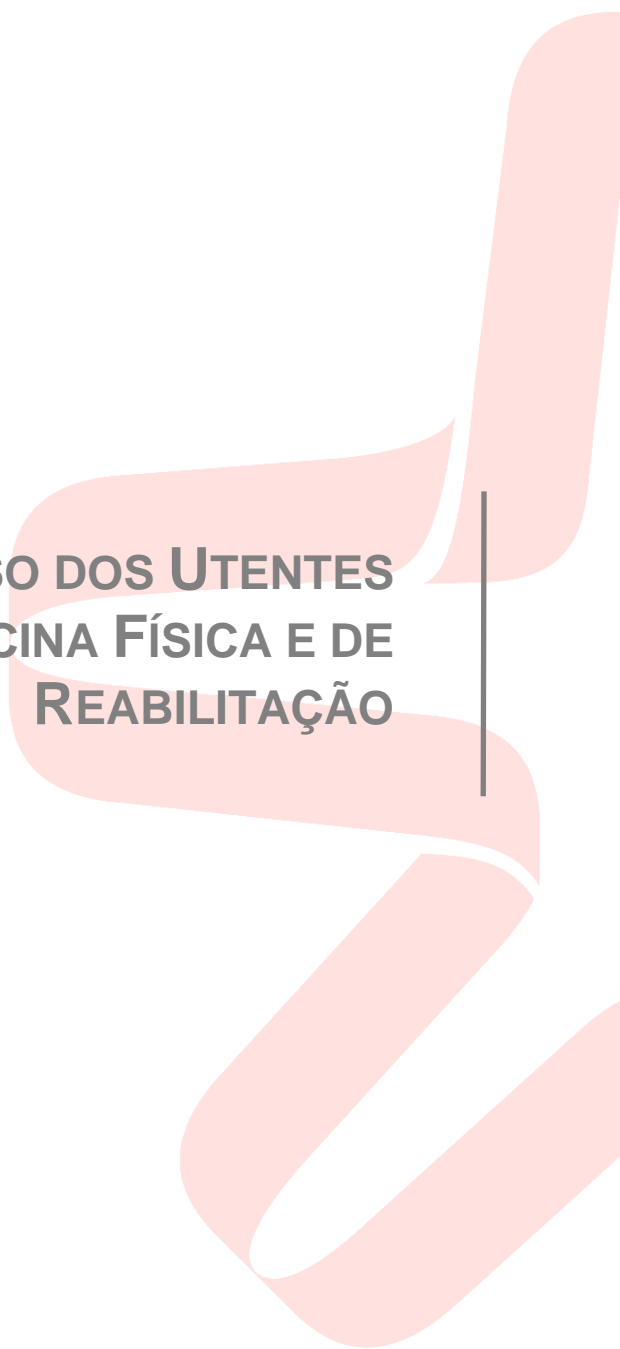




# ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



## CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO DOS UTENTES A SERVIÇOS DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

**ABRIL DE 2008**



## Índice

1. Introdução.....	1
2. Caracterização dos utentes de MFR .....	3
3. Estrutura da oferta .....	5
3.1. Rede de prestadores.....	5
3.2. Estrutura organizacional dos serviços de MFR.....	7
4. Avaliação do acesso a MFR .....	11
4.1. Acessibilidade à rede de MFR .....	11
4.2. Disponibilidade de serviços de MFR.....	14
4.3. Desigualdade regional da distribuição da oferta de MFR .....	21
4.4. Adequação da oferta de MFR às necessidades dos utentes.....	22
5. Reorganização dos serviços de MFR.....	28
5.1. Viabilidade económica de novos serviços .....	28
5.2. Barreiras à entrada de novos serviços de MFR.....	30
5.3. Discussão sobre as barreiras à entrada .....	33
6. Conclusões .....	36
Anexo – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) .....	39



## 1. Introdução

Nos termos do art. 25.º, n.º 1, 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, a esse nível. 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.

No Plano de Actividades para 2007 previa-se que a ERS deveria caracterizar as descontinuidades na prestação e escassez de serviços, conducentes a iniquidades no acesso, através do desenvolvimento de um mapa da oferta de serviços, para cada tipo de cuidados de saúde prestados, com base nos elementos constantes do registo de entidades. Comparando o mapa da oferta de cuidados de saúde com as características da população de cada região, foram realizadas análises do acesso relativo aos diversos tipos de cuidados de saúde e efectuadas recomendações de reorganização do sistema, por forma a reduzir as desigualdades no acesso dos cidadãos. O presente documento apresenta os resultados do estudo de caracterização do acesso dos utentes a serviços de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), dando cumprimento ao previsto no Plano de Actividades para 2007.

Uma versão preliminar deste relatório, concluída em Dezembro de 2007, foi enviada a diversas entidades com interesse no sector da MFR, nomeadamente a Associação Portuguesa de Médicos Fisiatras (APMF), a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (SPMFR), as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), solicitando-se o comentário destas entidades sobre as análises efectuadas pela ERS, e respectivas conclusões. Deste processo de audição resultou a recepção de uma comunicação da APMF, contendo os comentários desta Associação ao relatório preliminar.

Após este processo de auscultação das entidades citadas, a ERS organizou, no dia 18 de Março de 2008, um *workshop* sobre o sector da MFR, reservado a entidades com

interesse e responsabilidades no sector, no qual foi apresentado o presente estudo e também um documento de análise das reclamações recebidas pela ERS envolvendo prestadores de cuidados da área da MFR, seguindo-se um debate aberto a todos os participantes sobre estes e outros assuntos relevantes para o sector.

Estiveram representadas no evento a ACSS, a ARS do Norte, a ARS do Algarve, a Direcção-Geral da Saúde, a APMF, e a SPMFR, e ainda diversos especialistas em MFR, incluindo responsáveis pelos serviços de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de São João, do Centro Hospitalar do Porto e do Hospital Distrital de Faro.

Com esta iniciativa, a ERS pretendeu fomentar uma discussão construtiva com o contributo de todas as partes interessadas, da qual se extraíssem as linhas orientadoras que servissem de suporte à eventual emissão de recomendações pela ERS. Todos os comentários recebidos, por comunicação escrita e presencialmente, contribuíram positivamente para o processo de reflexão inerente a este estudo, e foram levados em conta na redacção da versão final deste relatório.

O presente documento constitui a versão final do relatório do estudo. No capítulo 2 apresentam-se as principais características dos utentes dos serviços de MFR, enquanto que o capítulo 3 descreve a distribuição geográfica dos serviços prestadores de cuidados de MFR. No capítulo 4 procede-se à avaliação do acesso a cuidados de MFR, nas dimensões de acessibilidade e disponibilidade. No capítulo 5 discutem-se as possibilidades de reorganização da rede de serviços de MFR, e as potenciais restrições. Finalmente, no capítulo 6 são apresentadas as principais conclusões do estudo.

## 2. Caracterização dos utentes de MFR

A MFR é uma área de especialização médica com o objectivo de contribuir para a reabilitação/recuperação do indivíduo afectado funcionalmente por uma doença ou um traumatismo.<sup>1</sup> No âmbito desta valência, são habitualmente tratados utentes com dores crónicas ou agudas e problemas musculoesqueléticos, utentes com paraplegia, tetraplegia e lesões cerebrais causadas por acidentes, e utentes que sofreram enfartes, lesões ortopédicas ou que sofrem de perturbações neurológicas, como a esclerose múltipla, poliomielite e esclerose lateral amiotrófica.<sup>2</sup> É no âmbito desta especialidade médica que são prestados, entre outros, cuidados de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional.

Uma vez que não existe um registo centralizado de informação sobre os utentes de todos os serviços de MFR, públicos e privados, em Portugal, não é possível conhecer com rigor o universo dos utentes de serviços de MFR. No entanto, conhecendo os principais factores que motivam a necessidade de recorrer a cuidados de MFR, podemos caracterizar o perfil do utente típico.

Em primeiro lugar, os utentes de MFR deverão pertencer maioritariamente aos estratos mais elevados da estrutura etária da população, uma vez que é nas populações mais idosas que a incidência de doenças crónicas, que geram incapacidades de longa duração, é maior.<sup>3</sup> De facto, o aumento da longevidade e progressivo crescimento da população idosa, em consequência da melhoria das condições de vida, dos avanços médico-cirúrgicos e da promoção e generalização dos cuidados de saúde, tem sido acompanhado do aumento do número de doenças crónicas, na sua maioria incapacitantes. Neste contexto, a MFR surge como a área médica que visa tratar ou atenuar as incapacidades causadas por estas doenças crónicas.

Em segundo lugar, muitos utentes de MFR terão sofrido situações potencialmente incapacitantes, como lesões cerebrais (Acidentes Vasculares Cerebrais – AVC e Traumatismos Crânio Encefálicos – TCE), lesões vertebro-medulares e outros

---

<sup>1</sup> Conforme é referido no documento que estabelece a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação, aprovada por Despacho da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde em 26 de Março de 2002.

<sup>2</sup> American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, <http://www.aapmr.org/>.

<sup>3</sup> Como se constata no quadro 3.1.3 do 4.º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006.

politraumatismos, e amputações.<sup>4</sup> A evolução tecnológica e as alterações nos estilos de vida têm levado ao surgimento de um elevado número de situações de incapacidades, a nível motor e cerebral, em vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de doenças cardiovasculares, em idades cada vez mais jovens e produtivas. Também a prática desportiva pode ser associada à incidência de lesões e incapacidades musculoesqueléticas, sendo as causas mais comuns destas lesões os métodos inadequados de treino, a sobrecarga de determinadas partes do corpo face a outras, e o desgaste crónico decorrente de movimentos repetitivos.<sup>5</sup>

Finalmente, um terceiro bloco de situações em que a necessidade de cuidados de MFR surge, diz respeito às sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e do parto. Apesar dos progressos na protecção materna e infantil que actualmente permitem salvar crianças que sobrevivem com graves sequelas neurológicas ou outras lesões, a gestação e parto comportam ainda um risco de sequelas e lesões que motivam a necessidade de cuidados de reabilitação.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> De acordo com o documento que estabelece a Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação.

<sup>5</sup> Segundo o Manual Merck (18ª ed.), nos Estados Unidos mais de 10 milhões de lesões desportivas são tratadas anualmente.

<sup>6</sup> Informação que pode ser consultada no Portal da Saúde, através da hiperligação <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm>.



### 3. Estrutura da oferta

#### 3.1. Rede de prestadores

Com base nos elementos constantes do Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER), o sistema de registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde na ERS, estabelecido de acordo com o art. 29.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, e a Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro, conhecemos a oferta de cuidados de MFR em Portugal continental, e como ela se distribui pelo território, quer em termos de número de serviços,<sup>7</sup> quer em termos de recursos humanos.

Encontravam-se identificados no SRER, em Agosto de 2007, 617 serviços prestadores de cuidados na área de MFR. Como se constata na tabela 1, a maioria dos serviços (75%) está integrada em estabelecimentos detidos por entidades privadas (pessoas colectivas e singulares), enquanto que os serviços detidos por entidades do sector público e do sector social (cooperativas e IPSS: Instituições Particulares de Solidariedade Social) representam, respectivamente, 11% e 14% do número total de serviços.

**Tabela 1 – Distribuição dos serviços de MFR por natureza da entidade**

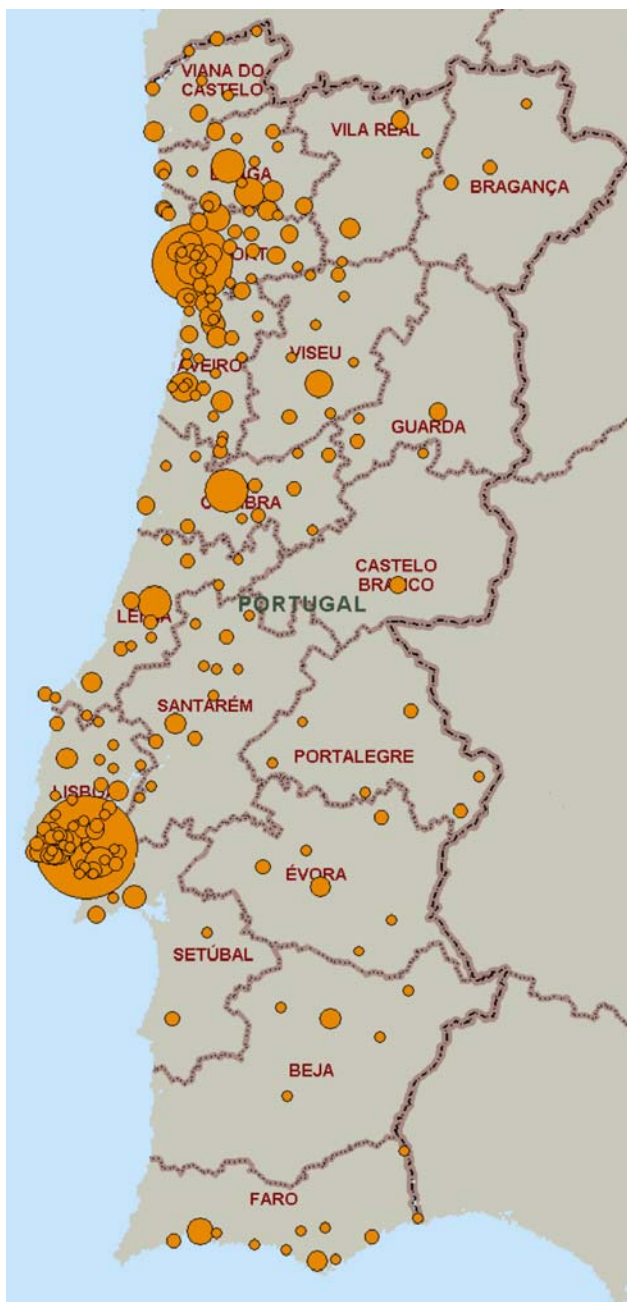
<b>Natureza</b>	<b>Nº de Serviços</b>	<b>%</b>
Privada	462	74,9%
Social	87	14,1%
Pública	68	11,0%
<i>Total Geral</i>	<i>617</i>	

Fonte: SRER

O mapa da figura 1 ilustra a distribuição geográfica dos serviços de MFR, evidenciando a já esperada concentração nas regiões do litoral e, sobretudo, nas zonas de Porto e Lisboa.

<sup>7</sup> O conceito de serviço de MFR considerado corresponde ao conjunto de meios técnicos e humanos que prestam cuidados apenas da valência de MFR; um estabelecimento exclusivamente dedicado à valência de MFR conta como um serviço com todos os seus técnicos de saúde, enquanto que em estabelecimentos prestando cuidados em várias valências apenas são contabilizados os técnicos da valência de MFR, sendo sempre considerado apenas um serviço de MFR por estabelecimento.

Figura 1 – Serviços de MFR em Portugal Continental <sup>8</sup>



Fonte: SRER

<sup>8</sup> A unidade territorial mais pequena usada para efeitos de georeferenciação foi a localidade postal, pelo que todos os estabelecimentos pertencentes à mesma localidade postal surgem representados no mesmo círculo no mapa. Desta forma, a dimensão de cada círculo traduz, em escala contínua, o número de estabelecimentos pertencentes à localidade postal em que está centrado o círculo. O círculo de maior dimensão corresponde a Lisboa, com 68 serviços.

### 3.2. Estrutura organizacional dos serviços de MFR

Os serviços de MFR deverão integrar três categorias de profissionais de saúde:<sup>9</sup> colaboradores médicos, que são médicos fisiatras especialistas pela Ordem dos Médicos, um dos quais será o director clínico da unidade; colaboradores técnicos, que são fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e ortoprotésicos; e outros técnicos de saúde, incluindo esta categoria uma grande diversidade de profissionais, como é o caso dos auxiliares de fisioterapia, dos enfermeiros, dos psicólogos, dos assistentes sociais, dos técnicos de educação física, dos massagistas e auxiliares de acção médica.

Os 617 serviços de MFR contam com 4.187 empregos de profissionais de saúde.<sup>10</sup> Note-se que a predominância do sector privado face ao sector público se esbate um pouco quando a análise da oferta considera o número de profissionais de saúde em actividade (tabela 2). Isto deve-se ao facto de os serviços públicos com MFR serem, na sua grande maioria, hospitais que possuem uma dimensão superior à grande maioria dos serviços privados.

**Tabela 2 – Distribuição dos empregos de profissionais de saúde nos serviços de MFR por natureza da entidade**

<b>Natureza</b>	<b>Nº de profissionais</b>	<b>%</b>
Privada	2.363	56,4%
Social	806	19,3%
Pública	1.018	24,3%
<i>Total Geral</i>	<i>4.187</i>	

Fonte: SRER

Cerca de 45% dos profissionais de saúde em serviços de MFR é fisioterapeuta, como se constata na tabela 3. O segundo maior grupo profissional é o dos médicos, que representam 29% dos profissionais de saúde em serviços de MFR. Os terapeutas

<sup>9</sup> Na terminologia do Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação, aprovado pelo Aviso n.º 9448/2002, no DR n.º 199, 2.ª série, de 29 de Agosto.

<sup>10</sup> O uso da terminologia “empregos de técnicos de saúde” significa que a contagem dos técnicos de saúde é feita com base em postos de trabalho nos serviços. Um qualquer técnico de saúde que exerça funções em serviços de MFR de vários estabelecimentos (independentemente da natureza da entidade detentora) é contado tantas vezes quantas o número de postos de trabalho que ocupa. Da mesma forma, não são contados os técnicos de saúde da área da MFR que correntemente não se encontrem a exercer funções em estabelecimento com valência de MFR registado na ERS. Doravante, neste relatório, qualquer referência ao número de técnicos de saúde deve sempre ser entendida no sentido de “empregos”, aqui definido.

ocupacionais e terapeutas da fala representam 5% e 4%, respectivamente, dos empregos em serviços de MFR.

**Tabela 3 – Recursos humanos em serviços de MFR**

<b>Categoria profissional</b>	<b>Número de profissionais</b>	<b>% do total de profissionais</b>	<b>Média por serviço</b>
Médicos	1.223	29%	1,98
Fisioterapeutas	1.905	45%	3,09
Terapeutas Ocupacionais	224	5%	0,36
Terapeutas da Fala	157	4%	0,25
Ortoprotésicos	12	0%	0,02
Outros	666	16%	1,08
<i>Total</i>	<i>4.187</i>	<i>100%</i>	<i>6,79</i>

Fonte: SRER

Dividindo o número total de profissionais pelo número de serviços, constatamos que, em média, cada serviço de MFR em Portugal continental emprega 6,79 profissionais de saúde, correspondendo, também em média, a 1,98 médicos, 3,09 fisioterapeutas, 0,25 terapeutas da fala, 0,36 terapeutas ocupacionais, 0,02 ortoprotésicos e 1,08 outros profissionais de saúde. No entanto, a heterogeneidade entre os serviços é grande,<sup>11</sup> pelo que a mediana será um melhor indicador do que a média para caracterizar a estrutura típica dos serviços de MFR.<sup>12</sup> O serviço de MFR típico, quando avaliado pela mediana, terá 4 profissionais de saúde, dos quais 1 médico e 2 fisioterapeutas, como se constata na tabela 4.

A figura 2, que representa a distribuição dos serviços de MFR, em termos do número de profissionais que empregam, a partir dos dados constantes da tabela 4, evidencia que predominam os serviços de MFR com menos de 5 profissionais de saúde (cerca de metade dos 617). A maioria dos serviços de MFR emprega 1 ou 2 médicos, e de 1 a 4 fisioterapeutas, as duas categorias de profissionais mais frequentes em serviços de MFR. Vemos claramente nas figuras 2 a 4 que a distribuição dos serviços de MFR por número de profissionais é bastante assimétrica, precisamente com enviesamento para as dimensões menores, quer em termos do número total, quer em termos do número de médicos e fisioterapeutas.

<sup>11</sup> O desvio-padrão do número de profissionais ronda os 10, o que equivale a um coeficiente de variação de 1,43.

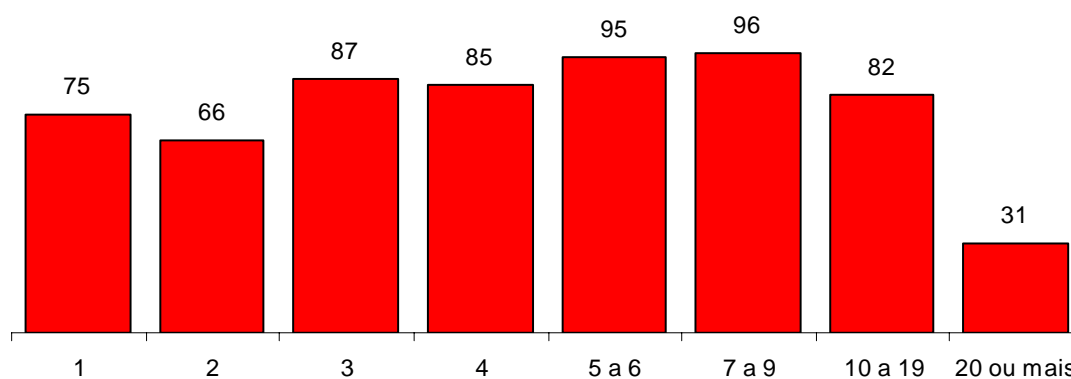
<sup>12</sup> Quando a distribuição da população a analisar é fortemente enviesada, como neste caso, o valor médio vem fortemente afectado pela existência de poucas unidades com muitos profissionais. A mediana, outra medida de tendência central, não tem este inconveniente.

**Tabela 4 – Estrutura organizacional dos serviços de MFR (número de serviços de cada dimensão)**

Número de profissionais por serviço	Médicos	Fisio-terapeutas	Terapeutas Ocupacionais	Terapeutas da Fala	Orto-protésicos	Outros	Total
0	0	124	522	535	614	423	0
1	362	117	60	50	1	85	75
2	133	121	16	15	1	39	66
3	56	85	5	11	0	18	87
4	27	47	5	2	0	11	85
5 a 6	21	56	5	2	0	17	95
7 a 9	11	33	0	1	1	9	96
10 a 19	6	27	3	1	0	12	82
20 ou mais	1	7	1	0	0	3	31
<i>Mediana</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>4</i>

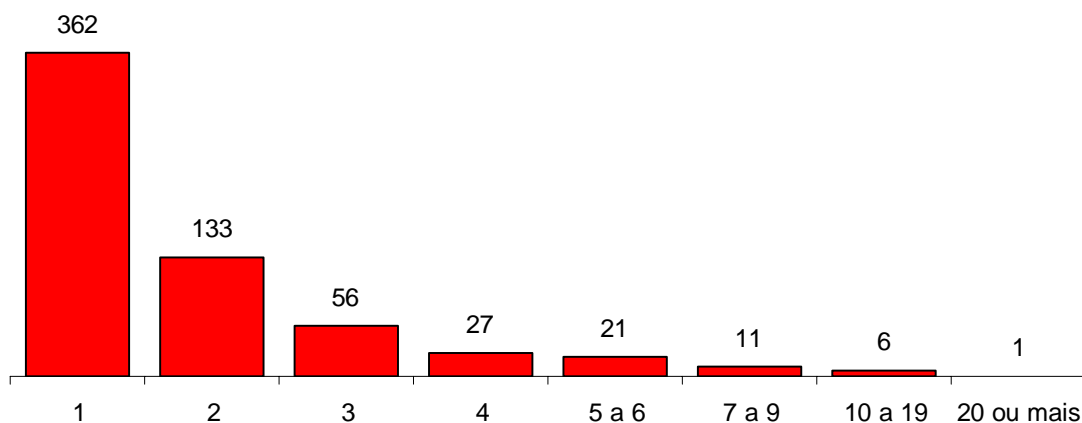
Fonte: SRER

**Figura 2 – Distribuição dos serviços de MFR por número de profissionais**



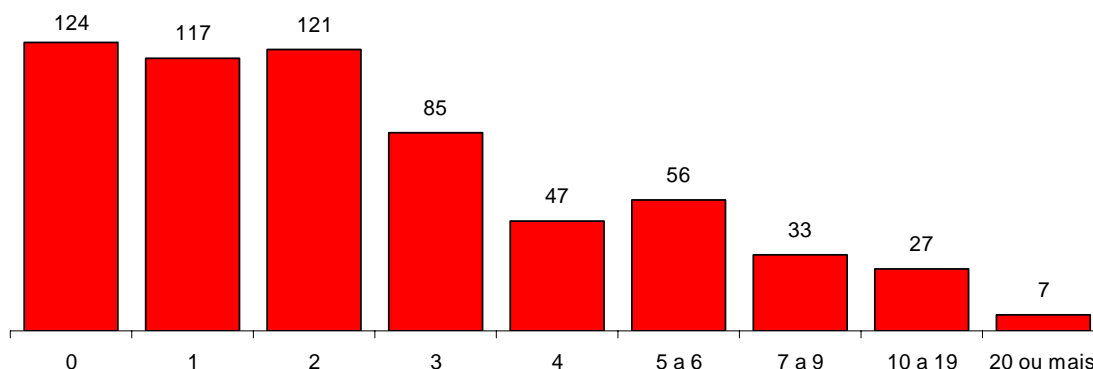
Fonte: SRER

**Figura 3 – Distribuição dos serviços de MFR por número de médicos**



Fonte: SRER

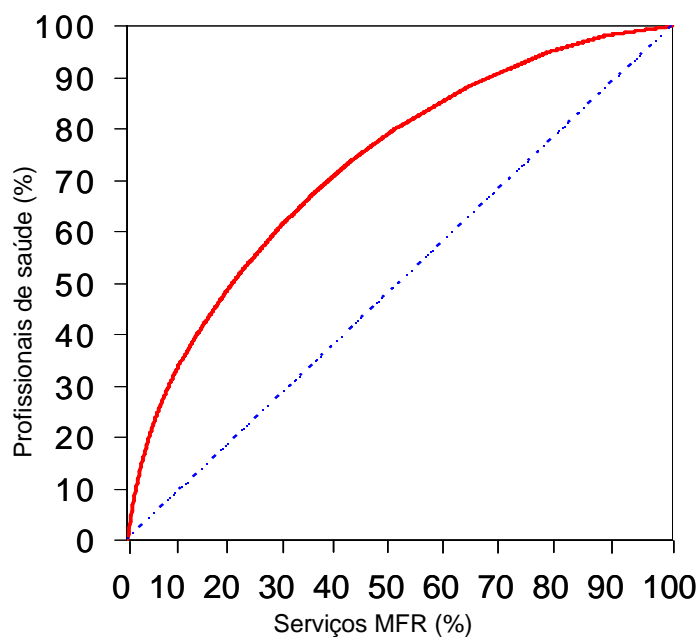
**Figura 4 – Distribuição dos serviços de MFR por número de fisioterapeutas**



Fonte: SRER

A heterogeneidade nas estruturas organizacionais dos serviços de MFR pode ainda ser constatada na figura 5, que nos mostra que existe uma significativa desigualdade na distribuição de profissionais de saúde pelos diferentes serviços de MFR. Note-se que enquanto que os 10% mais pequenos serviços de MFR concentram apenas cerca de 1% do total de profissionais (com uma média de 1 profissional por serviço) os 10% maiores concentram 37% dos profissionais (25 por serviço, em média).

**Figura 5 – Distribuição dos profissionais de saúde pelos serviços de MFR**



## 4. Avaliação do acesso a MFR

O acesso dos utentes aos cuidados de saúde pode ser avaliado em múltiplas dimensões, e qualquer avaliação do acesso exige uma prévia definição da dimensão em análise. Uma das metodologias utilizadas para avaliar o acesso parte da definição de dois “estádios” na prestação de cuidados de saúde: 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. A avaliação do acesso consistiria na avaliação das barreiras que impedem a transformação completa da prestação de cuidados “potencial” em prestação de cuidados “realizada”.

As barreiras ao acesso – que interferem na progressão do acesso potencial ao realizado – podem ser agrupadas em cinco dimensões: acessibilidade, disponibilidade, capacidade de pagamento, aceitabilidade e acolhimento.<sup>13</sup> As três últimas dimensões são essencialmente não-espaciais e reflectem os sistemas de financiamento e organização dos cuidados de saúde e factores culturais.<sup>14</sup> As duas primeiras dimensões têm uma vertente espacial, que é a perspectiva adoptada neste estudo.<sup>15</sup> A disponibilidade refere-se ao volume de serviços de entre os quais o utente pode optar. A acessibilidade é caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos utentes, em termos de distância ou tempo entre o local onde se encontra o utente e os serviços dos prestadores de cuidados de saúde.

### 4.1. Acessibilidade à rede de MFR

A avaliação da acessibilidade a serviços de MFR consiste na estimação da população que dispõe de serviços de MFR suficientemente próximos da sua residência. Se toda a população residir dentro da zona de alcance de um serviço de MFR, teremos uma

---

<sup>13</sup> Na classificação de Penchansky R, Thomas JW, “The Concept of Access”, *Medical Care*, 1981, 19(2):127-140.

<sup>14</sup> A “capacidade de pagamento” refere-se à capacidade ou disposição dos utentes para suportar os encargos com a prestação de cuidados de saúde. A “aceitabilidade” avalia se o acto de prestação de cuidados de saúde que é realizado corresponde às reais necessidades e expectativas do utente. O “acolhimento” avalia se a organização do prestador (em termos de horários de funcionamento, marcação de consultas, etc.) se adequa às restrições e preferências dos utentes.

<sup>15</sup> No workshop de apresentação da versão preliminar deste estudo, os participantes identificaram a capacidade de pagamento dos serviços pelos utentes como a dimensão não-espacial do acesso mais relevante para o sector de MFR em Portugal.

acessibilidade perfeita. Quanto menor for a percentagem da população a residir dentro da zona de alcance de um serviço de MFR, menor será a acessibilidade a serviços de MFR.

O alcance dos serviços de um prestador de cuidados de saúde pode ser estimado com base no teste de Elzinga-Hogarty,<sup>16</sup> que define o mercado geográfico relevante de um prestador como aquela área que concentra pelo menos 85 a 90% dos seus utentes. O alcance dos serviços de MFR foi estimado com base num estudo empírico dos fluxos de utentes desses serviços (ao todo, 1.701 utentes), baseado em informação recolhida junto de uma amostra de prestadores representativa do tecido de prestadores na área de MFR. Com base nos códigos postais do local de residência dos utentes atendidos e/ou tratados pelos estabelecimentos incluídos na amostra, compilámos informação sobre as distâncias em estrada, desde a residência dos utentes até ao estabelecimento prestador dos cuidados, o que nos permitiu determinar o alcance dos serviços analisados. A tabela 5 apresenta os resultados do estudo efectuado.

**Tabela 5 – Distribuição dos utentes de MFR por intervalos de tempo de deslocação**

Distância Percorrida	Distribuição Acumulado		Tempo da deslocação	Distribuição Acumulado	
até 15 km	74,3%	74,3%	até 15 m	67,0%	67,0%
15 a 20 km	7,3%	81,5%	15 a 20 m	6,7%	73,7%
20 a 25 km	4,5%	86,0%	20 a 25 m	5,9%	79,6%
25 a 30 km	2,8%	88,8%	25 a 30 m	5,6%	85,2%
30 a 35 km	2,1%	90,9%	30 a 35 m	4,9%	90,1%
35 a 40 km	4,5%	95,4%	35 a 40 m	5,5%	95,6%
40 a 45 km	3,5%	98,8%	40 a 45 m	1,1%	96,8%
45 a 50 km	0,2%	99,0%	45 a 50 m	2,1%	98,9%
50 a 100 km	0,8%	99,8%	50 a 100 m	0,9%	99,8%
100 a 200 km	0,2%	100,0%	100 a 200 m	0,2%	100,0%
mais de 200 km	0,0%		mais de 200 m	0,0%	
<i>Média</i>	12,2		<i>Média</i>	13,9	
<i>Desvio-Padrão</i>	13,6		<i>Desvio-Padrão</i>	13,9	
<i>Máxima</i>	163,7		<i>Máxima</i>	138,0	
<i>Mínima</i>	3,0		<i>Mínima</i>	5,0	

Nº Utentes = 1701

Fonte: Dados recolhidos pela ERS junto das entidades reguladas.

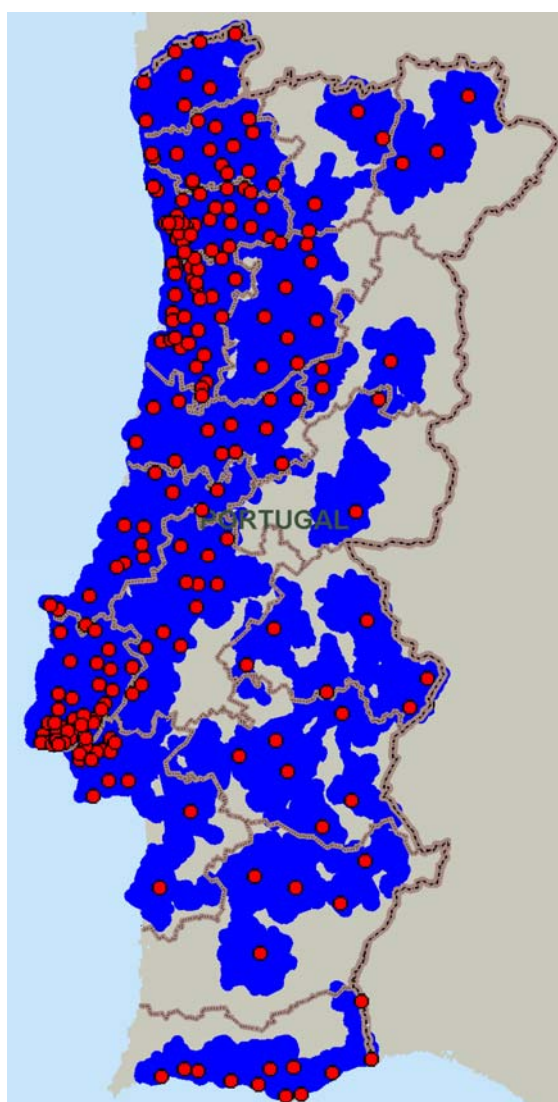
<sup>16</sup> O teste de Elzinga-Hogarty é um método para definição de mercado geográfico que, no caso dos mercados dos cuidados de saúde, mais especificamente na indústria de hospitais, considera os fluxos de pacientes para dentro e para fora de uma área geográfica (medidos pelo número de admissões ou altas dos pacientes, por exemplo). De acordo com o Health Law Handbook (2006), com este método, “uma área geográfica constituiria um mercado relevante se (i) a maioria dos pacientes (pelo menos 85% ou 90%) que residem na área geográfica utiliza os hospitais situados naquela área e (ii) os hospitais situados naquela área obtêm o maior volume dos seus negócios (pelo menos 85% ou 90%) de pacientes que residem naquela área”, p. 735.



Podemos concluir que 85% dos utentes efectua deslocações inferiores a 30 minutos (mais precisamente, 29,83 minutos), estimando-se então o alcance dos serviços de MFR em 30 minutos.<sup>17</sup>

Assim, com base nesta estimativa do alcance dos serviços de MFR, assinalámos no mapa da figura 6 as áreas geográficas que estão a menos de 30 minutos (distância em estrada) de um qualquer serviço. Facilmente se percebe que são as regiões do interior e sul do país onde a acessibilidade a serviços de MFR é menor.

**Figura 6 – Áreas geográficas a menos de 30 minutos de um serviço de MFR**



---

<sup>17</sup> No workshop organizado pela ERS no dia 18 de Março de 2008, onde foi apresentada uma versão preliminar deste estudo, alguns dos participantes expressaram que na sua opinião, o alcance dos serviços de MFR estimado em 30 minutos pode ser excessivo para determinados tipos de doentes, mas reconhece-se a inexistência de *guidelines* resultantes de consenso científico sobre esta questão.

Tendo em conta as áreas cobertas pela rede de MFR nos termos descritos, estimamos que cerca de 6% da população residente em Portugal continental se encontra a mais de 30 minutos de um serviço de MFR, ou de outra forma, que a acessibilidade a serviços de MFR é de 94%. As regiões do interior e sul do país são aquelas em que a percentagem da população não abrangida pelas áreas de alcance até 30 minutos é maior, considerando-se por isso, áreas de menor acessibilidade.

## 4.2. Disponibilidade de serviços de MFR

A disponibilidade refere-se à diversidade de serviços de entre os quais o utente pode optar, e pode ser avaliada a partir da análise do número de serviços a que cada utente pode aceder, mas também a partir da análise da capacidade produtiva desses serviços. No limite, tal avaliação deveria considerar como unidade de análise o utente (ou a família), uma vez que, em rigor, existirão diferenças na disponibilidade de cuidados de saúde de habitação para habitação. No entanto, tal definição de matriz regional exige um grau de continuidade analítica inatingível por diversos motivos, dos quais se realça a impossibilidade de obter e processar informação a essa escala. Por outro lado, não deverão existir diferenças relevantes no acesso entre famílias cujas residências sejam próximas, pelo que será razoável considerar agregados geográficos de matriz menos densa.

Os resultados do estudo empírico dos fluxos de utentes dos serviços de MFR, referido na secção anterior, são particularmente úteis para nos auxiliar na definição desta matriz geográfica. Observando, novamente, a tabela 5, é possível concluir que o alcance dos serviços de MFR é de cerca de 25 kms. Mais precisamente, o referencial inferior definido pelo teste de Elzinga-Hogarty (85% dos utentes), corresponde a um alcance de 23,87 km. Significa isto que as zonas geográficas de abrangência dos serviços prestadores de cuidados de MFR terão áreas de cerca de 2.000 km<sup>2</sup>.<sup>18</sup>

Áreas de abrangência com cerca de 2.000 km<sup>2</sup> são típicas na prestação de cuidados de saúde, e a ERS definiu já uma matriz regional de avaliação de acesso a cuidados de saúde, aplicável àqueles tipos de cuidados de saúde que têm alcances dessa ordem de grandeza. Em anexo, apresentamos o trabalho realizado pela ERS no sentido da definição dessa matriz, explicitando-se todos os pressupostos desse exercício, e caracterizando as regiões resultantes – designadas por Regiões de

---

<sup>18</sup> Um círculo com 25 km de raio tem uma área de 1.963 km<sup>2</sup>.

Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) – que serviram de base às análises de acesso seguidamente apresentadas.

A tabela 6 apresenta a distribuição regional dos 617 serviços prestadores de cuidados na área de MFR, tendo então por unidade geográfica de referência as RRAS. O facto, já esperado, de grande parte dos serviços se situarem nas regiões do litoral, e sobretudo nas zonas de Porto e Lisboa, por si só é pouco ilustrativo do acesso das populações, uma vez que, como é sabido, são grandes as discrepâncias entre litoral e interior, em termos de população residente. Note-se, ainda assim, o relevante facto de as RRAS de Odemira e Sertã não estarem providas de qualquer serviço de MFR, independentemente da sua natureza.

A fim de termos uma melhor percepção da dimensão da oferta de cuidados de MFR nas diferentes regiões, apresenta-se também na tabela 6 informação sobre o número de médicos, e o número total de empregos de profissionais de saúde, dos serviços de cada RRAS. Ao nível da comparação da dimensão da oferta de MFR entre RRAS, não existem grandes diferenças face ao concluído em termos de serviços.

A avaliação da disponibilidade exige uma ponderação da oferta disponível de MFR pela população abrangida. Por exemplo, a RRAS Entroncamento dispõe de 46 profissionais de saúde em serviços de MFR, enquanto que a RRAS Mirandela só dispõe de 24 profissionais. No entanto, como a população da RRAS Entroncamento é mais do dobro da população da RRAS Mirandela, é razoável admitirmos que a disponibilidade de serviços de MFR na RRAS Mirandela é superior.

Assim, foram construídos, como indicadores de disponibilidade, dois rácios: serviços de MFR por 100.000 habitantes e total de profissionais de saúde dos serviços de MFR por 10.000 habitantes (tabelas 7 e 8). Apesar de semelhantes, estes dois indicadores captam dimensões sensivelmente diferentes do conceito de disponibilidade de cuidados de saúde. O rácio de serviços por habitantes permite uma visão da capacidade de escolha por parte dos utentes, ou seja, quanto maior for o número de serviços per capita, maior será a capacidade de escolha dos utentes. Já o rácio de profissionais por habitantes traduz a capacidade de resposta da rede de oferta às necessidades potenciais da população.

Como se constata da observação da tabela 7, existe alguma heterogeneidade entre as RRAS ao nível da disponibilidade de serviços de MFR por 100.000 habitantes. Enquanto que nas RRAS Lousã, São João da Madeira e Aveiro, existem perto de 10

serviços de MFR por 100.000 habitantes, nas RRAS Odemira e Sertã não existe qualquer serviço de MFR. Em média, existem em Portugal continental cerca de 6 serviços de MFR por 100.000 habitantes.

**Tabela 6 – Distribuição regional dos serviços de MFR**

RRAS	Serviços	Médicos	Profissionais de saúde
Bragança	1	1	5
Chaves	4	4	23
Viana do Castelo	15	22	73
Braga	20	37	122
Mirandela	4	5	24
Guimarães	26	55	166
Felgueiras	34	61	229
Vila Real	8	16	55
Porto	95	239	751
São João da Madeira	24	47	128
Viseu	12	24	70
Aveiro	32	54	177
Guarda	3	8	29
Seia	2	12	22
Covilhã	1	1	2
Coimbra	22	51	211
Lousã	13	16	58
Castelo Branco	3	5	16
Sertã	0	0	0
Leiria	19	27	104
Entroncamento	8	14	46
Caldas da Rainha	23	36	113
Portalegre	3	5	18
Ponte de Sôr	0	0	0
Santarém	10	21	63
Coruche	2	2	9
Elvas	5	9	20
Lisboa	141	282	1.074
Montemor-o-Novo	3	3	7
Évora	5	9	41
Setúbal	43	85	293
Moura	2	2	10
Beja	6	7	27
Sines	3	5	18
Odemira	0	0	0
Portimão	10	14	52
Faro	12	39	125
<i>Total Continente</i>	<i>617</i>	<i>1.223</i>	<i>4.187</i>

Fonte: SRER

Já na tabela 8, é possível verificar que as RRAS Coimbra, Porto, Faro e Lisboa são aquelas em que se encontram mais profissionais de saúde em serviços de MFR por

habitante (entre 5 a 6 profissionais por cada 10.000 habitantes). Mais uma vez, no extremo oposto estão as RRAS Odemira e Sertã, que, como vimos anteriormente, não possuem qualquer serviço de MFR.

**Tabela 7 – Capacidade de escolha dos utentes de MFR  
(número de serviços de MFR por 100.000 habitantes)**

RRAS	Serviços de MFR por 100.000 hab.	Cluster
Lousã	9,43	Superior
São João da Madeira	8,41	Superior
Aveiro	8,07	Superior
Montemor-o-Novo	7,90	Superior
Ponte de Sor	7,63	Superior
Porto	7,44	Superior
Elvas	7,31	Superior
Leiria	7,20	Superior
Lisboa	7,00	Superior
Beja	6,69	Médio Alto
Coimbra	6,56	Médio Alto
Caldas da Rainha	6,46	Médio Alto
Felgueiras	6,08	Médio Alto
Portalegre	5,97	Médio Alto
Viana do Castelo	5,95	Médio Alto
Évora	5,77	Médio Alto
Setúbal	5,61	Médio Alto
Santarém	5,56	Médio Alto
Portimão	5,33	Médio Alto
Moura	5,33	Médio Alto
Faro	5,23	Médio Alto
Guimarães	4,98	Médio Baixo
Chaves	4,92	Médio Baixo
Braga	4,91	Médio Baixo
Mirandela	4,20	Médio Baixo
Sines	4,19	Médio Baixo
Viseu	4,12	Médio Baixo
Seia	4,12	Médio Baixo
Castelo Branco	3,99	Médio Baixo
Vila Real	3,98	Médio Baixo
Entroncamento	3,46	Médio Baixo
Coruche	2,73	Inferior
Guarda	2,68	Inferior
Bragança	1,75	Inferior
Covilhã	1,09	Inferior
Odemira	0,00	Inferior
Sertã	0,00	Inferior
<i>Total Continente</i>	<i>6,12</i>	

Fonte: SRER; INE, estimativas da população para 2005.

**Tabela 8 – Capacidade de resposta dos serviços de MFR  
(número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes)**

RRAS	Profissionais saúde por 10.000 hab.	Cluster
Coimbra	6,30	Superior
Porto	5,88	Superior
Faro	5,45	Superior
Lisboa	5,33	Superior
Évora	4,74	Médio Alto
Seia	4,53	Médio Alto
São João da Madeira	4,47	Médio Alto
Aveiro	4,46	Médio Alto
Lousã	4,22	Médio Alto
Felgueiras	4,09	Médio Alto
Leiria	3,94	Médio Alto
Setúbal	3,82	Médio Alto
Portalegre	3,58	Médio Alto
Santarém	3,51	Médio Alto
Guimarães	3,19	Médio Baixo
Caldas da Rainha	3,17	Médio Baixo
Beja	3,01	Médio Baixo
Braga	2,99	Médio Baixo
Elvas	2,93	Médio Baixo
Viana do Castelo	2,91	Médio Baixo
Chaves	2,83	Médio Baixo
Portimão	2,77	Médio Baixo
Vila Real	2,74	Médio Baixo
Moura	2,67	Médio Baixo
Guarda	2,61	Médio Baixo
Mirandela	2,52	Médio Baixo
Sines	2,52	Médio Baixo
Viseu	2,41	Médio Baixo
Castelo Branco	2,13	Médio Baixo
Entroncamento	1,99	Médio Baixo
Montemor-o-Novo	1,84	Médio Baixo
Ponte de Sôr	1,27	Inferior
Coruche	1,23	Inferior
Bragança	0,95	Inferior
Covilhã	0,22	Inferior
Odemira	0,00	Inferior
Sertã	0,00	Inferior
<i>Total Continente</i>	<i>4,15</i>	

Fonte: SRER; INE, estimativas da população para 2005.

De modo a classificar qualitativamente as diferenças existentes entre os rácios nas diferentes RRAS, construímos quatro *clusters* de RRAS: superior, médio alto, médio baixo e inferior. No *cluster* médio alto encontram-se as RRAS com rácios um pouco acima da média nacional e, no médio baixo, aquelas um pouco abaixo. No *cluster*

inferior estarão as RRAS com os mais baixos rácios. A disponibilidade dos cuidados de MFR (capacidade de escolha e capacidade de resposta) nas RRAS pertencentes ao *cluster* superior é, como o nome indica, maior do que em todas as outras RRAS. Esta análise foi, então, realizada para os dois 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.<sup>19</sup>

A classificação das RRAS em *clusters* é apresentada nas tabelas 7 e 8, enquanto que a tabela 9 apresenta um sumário dos resultados da análise de *clusters*.

**Tabela 9 – Sumário de resultados da análise de *clusters***

Cluster	Capacidade de escolha		Capacidade de resposta	
	Nº de RRAS	Média do rácio	Nº de RRAS	Média do rácio
Superior	9	7,82	4	5,74
Médio Alto	12	5,88	10	4,14
Médio Baixo	10	4,29	17	2,66
Inferior	6	1,37	6	0,61

A classificação das RRAS em *clusters*, de acordo com os dois indicadores de disponibilidade, pode ser visualizada nos mapas da figura 7, onde se representa a classificação de cada RRAS em termos de disponibilidade de serviços de MFR com um código de cores.

Ao nível da capacidade de resposta (número de profissionais de saúde dos serviços de MFR por 10.000 habitantes) note-se, no mapa, a contiguidade entre algumas regiões do *cluster* inferior, nomeadamente na faixa ao centro do país formada por Covilhã, Sertã, Ponte de Sôr e Coruche, que configura a existência de áreas do território alargadas em que a capacidade de resposta da actual rede de serviços de

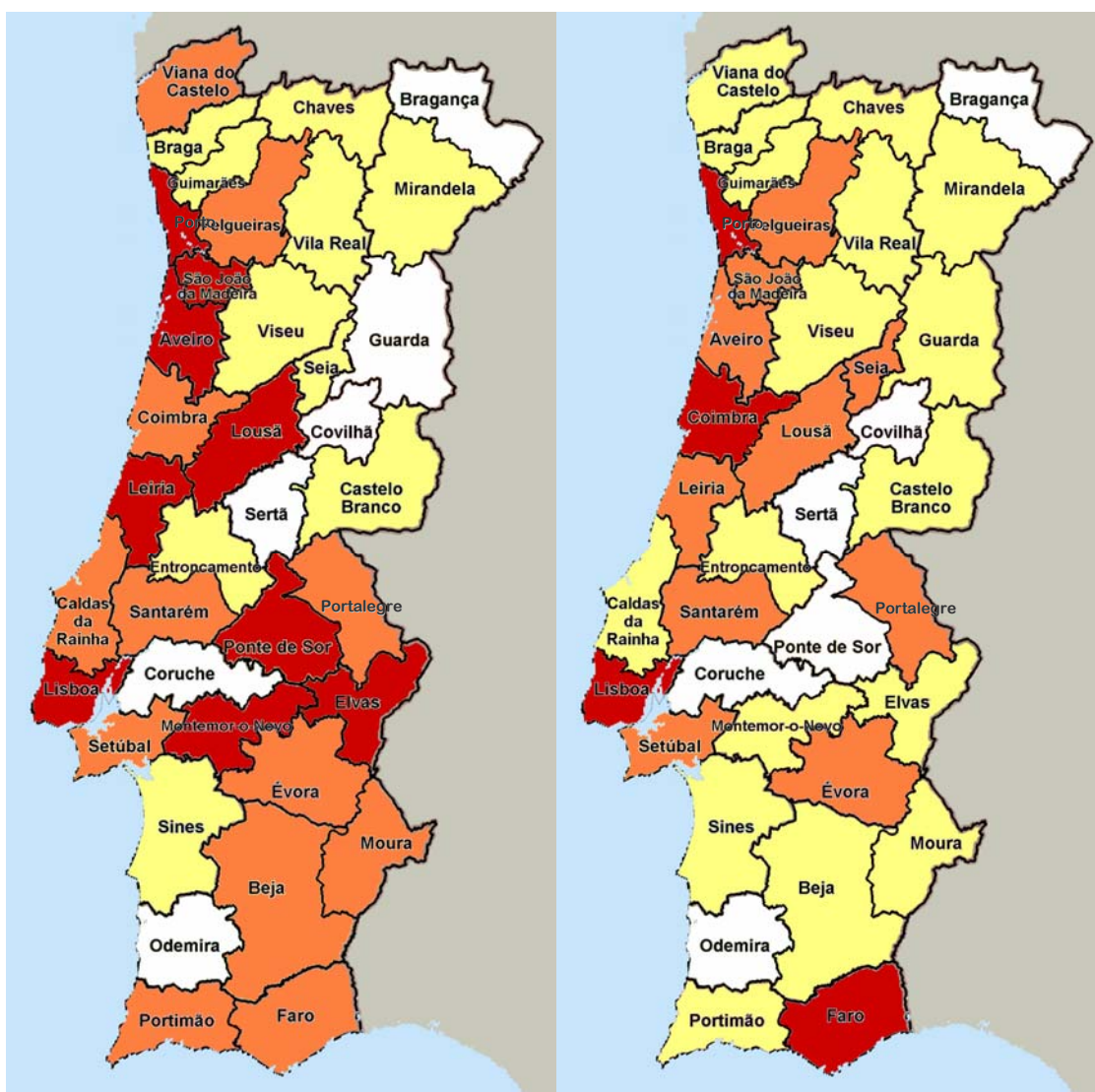
<sup>19</sup> Das diversas técnicas de *clustering* existentes, foi utilizada a técnica das *k*-médias (McQueen, J., 1967, "Some methods for classification and analysis of multivariate observations", Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability: 281-297), considerada a técnica mais adequada para estudos em que temos, à partida, uma hipótese quanto ao número de grupos a formar.

MFR é bastante escassa (mesmo considerando deslocações das populações residentes nas zonas limite das RRAS para serviços de RRAS vizinhas).

**Figura 7 – Disponibilidade de cuidados de MFR**

**a) Capacidade de escolha**

**b) Capacidade de resposta**



Também em termos da capacidade de escolha (número de serviços por 100.000 habitantes) se nota a contiguidade de algumas das zonas menos favorecidas, sendo a capacidade de escolha reduzida uma realidade que surge sobretudo nas RRAS do interior.



Conjugando as duas análises, constata-se que as regiões de Bragança, Covilhã, Sertã, Coruche e Odemira são aquelas em que a disponibilidade de cuidados de saúde de MFR é menor, uma vez que surgem mal classificadas em termos quer de capacidade de escolha das suas populações, quer de capacidade de resposta da oferta aí instalada.

### 4.3. Desigualdade regional da distribuição da oferta de MFR

A existência de desigualdades regionais é uma característica comum a muitas vertentes da realidade socio-económica de Portugal continental, pelo que interessa também avaliar se a desigualdade na disponibilidade de serviços de MFR é mais acentuada que a desigualdade observada noutros serviços de saúde.

Para esse efeito, recorreremos 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,<sup>20</sup> que neste caso foi aplicado para analisar a desigualdade da distribuição entre RRAS da oferta de serviços de MFR.

No caso em apreço, representamos a Curva de Lorenz (figura 8) e calculamos o coeficiente de Gini para a distribuição, pelas diversas regiões, da disponibilidade de cuidados de MFR medida pelo número de profissionais de saúde dos serviços de MFR por 10.000 habitantes. O coeficiente de Gini calculado é de 0,28 (ou 28%).<sup>21</sup>

Todavia apenas com esta informação, não é possível classificar a distribuição desta variável, além de que não é perfeita nem totalmente desigual. O coeficiente de Gini é mais adequado a análises comparativas, e para variáveis habitualmente estudadas desta forma (por exemplo, o rendimento ou a riqueza de um país), a comparação é feita com valores de referência, sejam considerados normais com base em anteriores análises, sejam estabelecidos como *standards* normativos ou objectivos a atingir. Não

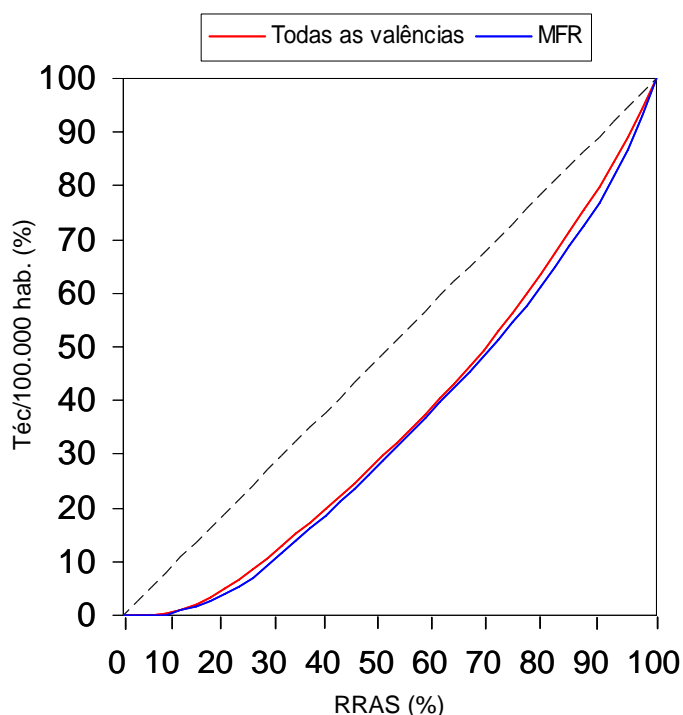
---

<sup>20</sup> 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).

<sup>21</sup> Na figura 8 o coeficiente de Gini corresponde ao rácio entre a área que se encontra entre a recta tracejada (distribuição perfeita) e a curva a azul, e a área total abaixo da recta tracejada.

sendo possível encontrar essas referências para os valores do Gini relativos à distribuição de serviços de saúde, optamos por comparar a distribuição de serviços de MFR 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 8 – Curvas de Lorenz para a disponibilidade de serviços nas RRAS**



A Curva de Lorenz apresentada a vermelho na figura 8 e o correspondente coeficiente de Gini de 26%, permitem-nos concluir que a desigualdade da distribuição de serviços de MFR é superior à desigualdade da distribuição média dos cuidados de saúde.

Em conclusão, constatamos, com esta análise, a existência de desigualdade regional na disponibilidade de cuidados de MFR relativa à população residente, desigualdade esta que é superior à da observada para a totalidade dos cuidados de saúde.

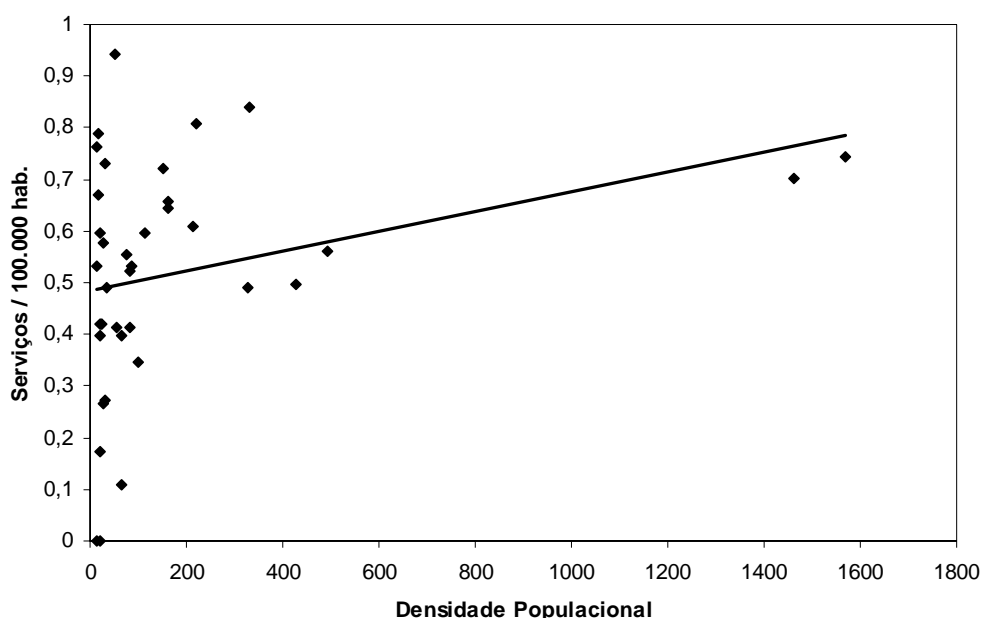
#### **4.4. Adequação da oferta de MFR às necessidades dos utentes**

A análise da distribuição geográfica da oferta, apenas ponderada pela população, só será suficiente se a procura de MFR estiver homogeneamente distribuída. No entanto,

vimos no capítulo 2 que os utentes dos serviços de MFR têm um perfil específico, e as características que determinam esse perfil poderão estar desigualmente distribuídas pelo território continental.

A correcta avaliação do acesso dos utentes a serviços de MFR exigirá, assim, a relativização da oferta face às diferentes características da procura, em cada uma das RRAS. Para esse efeito, efectuámos análises de regressão da disponibilidade de serviços de MFR em cada RRAS, com os diversos factores que motivam diferenças na necessidade de recurso a cuidados de MFR.

**Figura 9 – Densidade populacional vs. serviços de MFR por 100.000 habitantes**



Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t
Constante	0,484474	0,040337	12,01
Densidade Populacional	0,000192	0,000105	1,83

$R^2 = 0,08$

O primeiro factor considerado foi a densidade populacional de cada RRAS. Sendo a procura de MFR uma procura localizada, quanto maior for a densidade populacional menor será a necessidade de uma grande diversidade de serviços. Assim, efectuamos uma regressão do rácio do número de serviços de MFR por 100.000 habitantes contra a densidade populacional de cada RRAS. Os resultados deste exercício são apresentados no gráfico e tabela da figura 9.

O coeficiente associado à variável Densidade Populacional tem significância estatística a um nível de confiança de 90%, mas é positivo. Significa este resultado

que a diversidade de serviços é maior, mesmo depois de ponderada pela população, naquelas zonas onde a concentração da população é superior. Não haverá, por isso, um ajustamento perfeito da oferta às necessidades da população, já que nas zonas onde a densidade populacional é menor, e tendencialmente as distâncias a percorrer são maiores, é que a diversidade de serviços é menor, agravando ainda mais a necessidade de percorrer grandes distâncias.

Uma outra forma de avaliar a adequação da oferta às necessidades da procura consiste em efectuar uma regressão dos factores associados à procura de cuidados de MFR sobre a disponibilidade desses cuidados, avaliada pelo rácio de profissionais de saúde dos serviços de MFR por 10.000 habitantes. Como referido no capítulo 2, os utentes de MFR deverão pertencer maioritariamente aos estratos mais elevados da estrutura etária da população, e/ou terão sofrido situações potencialmente incapacitantes, como lesões cerebrais (Acidentes Vasculares Cerebrais – AVC e Traumatismos Crânio Encefálicos – TCE), lesões vertebro-medulares e outros politraumatismos, e amputações.

Assim, efectuamos uma regressão sobre rácio de profissionais de saúde dos serviços de MFR por 10.000 habitantes em cada RRAS, das seguintes variáveis: a percentagem de habitantes com 65 ou mais anos de idade no total da população de cada RRAS, como indicador do envelhecimento da população; a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares, medida pelo número de óbitos por 100.000 habitantes<sup>22</sup>, como indicador da prevalência desse tipo de doenças, e portanto, do número de utentes incapacitados por lesões cerebrais que necessitam de cuidados de MFR; a incidência de feridos graves resultantes de acidentes rodoviários, que medimos pelo rácio de feridos graves por 10.000 habitantes<sup>23</sup>; e a prática desportiva medida pelo número de praticantes inscritos em federações desportivas por 100 habitantes. Os dois últimos indicadores traduzem características das populações de cada RRAS a que se associa maior risco de lesões vertebro-medulares e outros

---

<sup>22</sup> O cômputo da taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares nas RRAS baseou-se em informação da Direcção-Geral da Saúde sobre a taxa de mortalidade padronizada causada por doenças cerebrovasculares (códigos I60-I69 da lista básica da CID-10), apresentada no relatório “Elementos Estatísticos 2004”, em termos de óbitos por 100.000 habitantes para as Sub-Regiões de Saúde. Através de um procedimento de extrapolação proporcional à população residente, foi estimado o número de óbitos causados por doenças cerebrovasculares para cada um dos concelhos de Portugal continental, e agregada a informação ao nível das RRAS.

<sup>23</sup> A informação sobre o número de feridos graves resultantes de acidentes rodoviários em cada concelho, consta dos relatórios distritais de “Sinistralidade Rodoviária em 2006”, publicados pela Direcção-Geral de Viação. Esta informação foi agregada ao nível das RRAS, para cálculo do rácio por 10.000 habitantes.

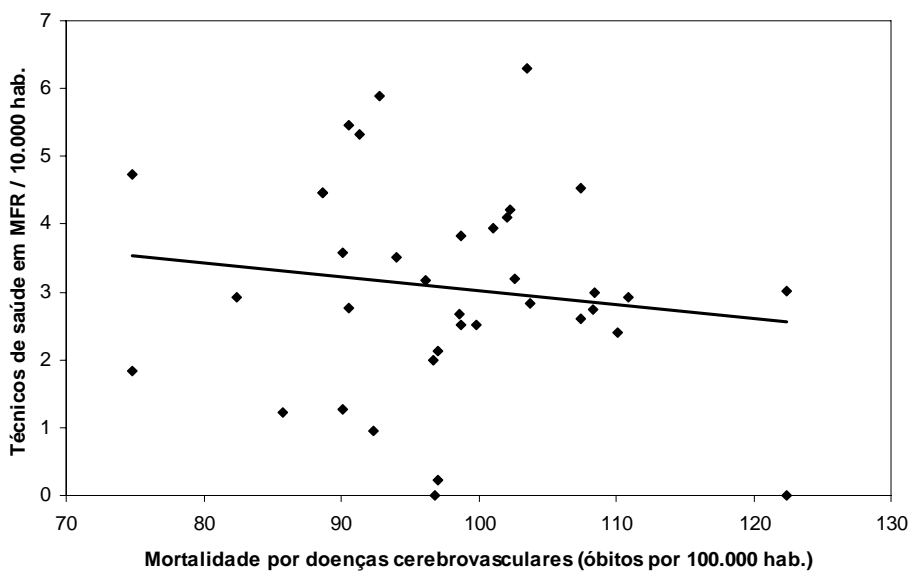
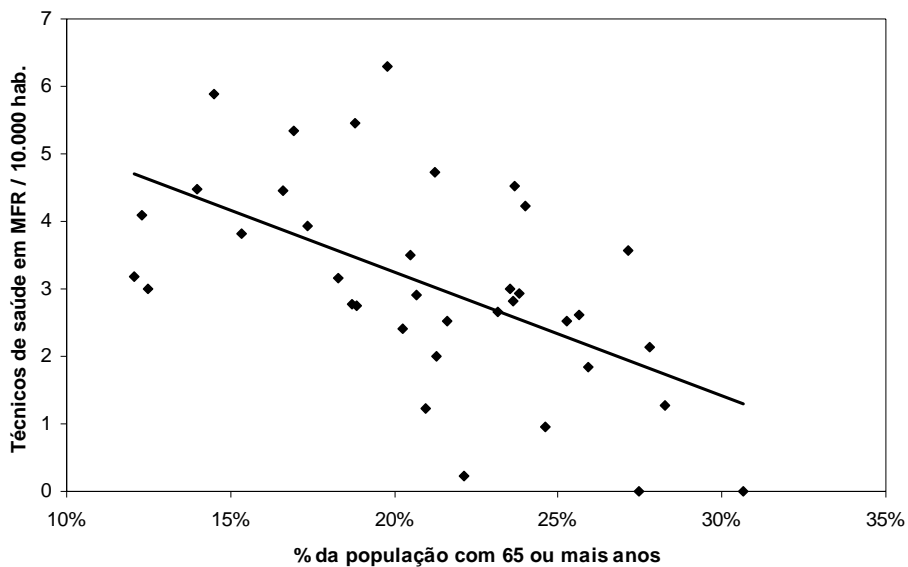
politraumatismos, que podem gerar nos indivíduos incapacidades susceptíveis de determinar a necessidade de cuidados de MFR. Os resultados da regressão, bem como uma representação das relações bilaterais entre cada uma das variáveis explicativas e a variável dependente são apresentados na figura 10.

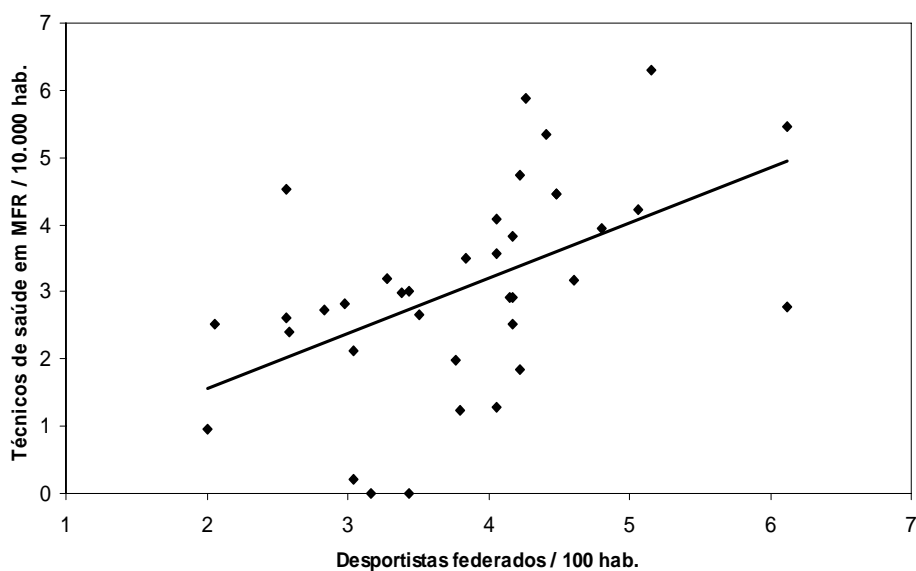
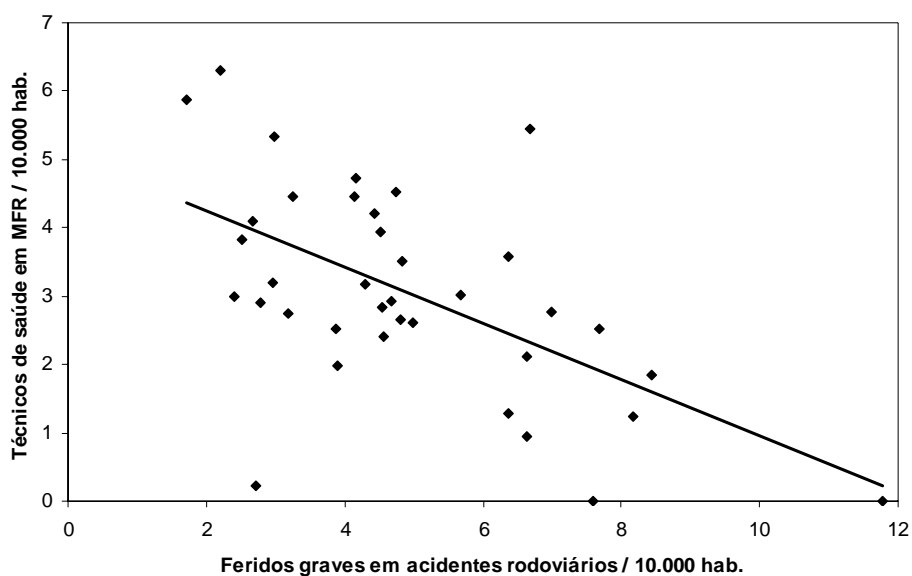
Dos quatro coeficientes associados às variáveis explicativas, apenas dois têm significância estatística a um nível de confiança de 95%: feridos graves, com sinal negativo, e prática desportiva, com sinal positivo. Este resultado revela que a oferta de serviços de MFR é maior, mesmo depois de ponderada pela população, naquelas RRAS onde se verifica uma menor incidência de feridos graves, mas acompanha de perto a prática desportiva.

Relativamente aos outros factores motivadores da procura de cuidados de MFR, podemos afirmar que não existe ajustamento da oferta às necessidades da população, já que as RRAS onde a incidência de mortalidade por doenças cardiovasculares é maior e a população é mais envelhecida, não são acompanhadas de uma maior disponibilidade de serviços de MFR.

Podemos, assim, concluir que as desigualdades no acesso a cuidados de MFR poderão ser ainda superiores ao que resulta da análise da secção anterior.

**Figura 10 – Factores relevantes na procura de MFR vs. rácio de profissionais de saúde de MFR por 10.000 habitantes**





Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t
Constante	2,247	2,577	0,872
% pop. 65 ou mais anos	-2,306	5,357	-0,431
Doenças cerebrovasculares	0,001	0,018	0,073
Feridos graves	-0,374	0,112	-3,353
Prática desportiva	0,781	0,218	3,584

$R^2 = 0,59$

## 5. Reorganização dos serviços de MFR

Os capítulos anteriores evidenciam alguma inadequação da oferta de serviços de MFR às necessidades dos utentes, sobretudo resultante da falta de serviços de MFR em algumas regiões do país. No presente capítulo, discute-se se existem condições económicas e de recursos humanos que permitam, com uma reorganização da distribuição dos serviços, reduzir as desigualdades no acesso a MFR.

### 5.1. Viabilidade económica de novos serviços

A falta de serviços de MFR em algumas regiões do continente poderá resultar da reduzida viabilidade económica que eventualmente teria um serviço de MFR situado nas regiões menos povoadas. Nesta secção, exploramos, numa abordagem meramente preliminar, a possibilidade da abertura de novos serviços de MFR, tendo em conta as necessidades identificadas na actual cobertura da rede de prestadores de cuidados desta valência, e a distribuição da população.

Vimos no ponto 3.2, sobre a estrutura organizacional dos serviços de MFR, que um serviço de MFR típico funciona com 4 profissionais de saúde (dos quais 1 médico e 2 fisioterapeutas). Sendo essa a dimensão típica, podemos pressupor que um serviço dessa dimensão tem a dimensão mínima suficiente para garantir viabilidade económica na prestação de cuidados de MFR com qualidade.<sup>24</sup>

No que toca ao lado da procura, podemos estimar qual a massa crítica de população necessária para que compense (de um ponto de vista social) a instalação de um serviço de MFR. Constatamos na tabela 8 que em Portugal continental existem 4,15 profissionais de saúde em MFR por cada 10.000 habitantes, o que corresponde a cerca de 9.640 habitantes por cada serviço de MFR típico (de 4 profissionais). Isto é, tomando a disponibilidade de profissionais de MFR para todo o continente como referência para as regiões, juntamente com a estrutura organizacional típica de um serviço de MFR, podemos concluir que um serviço de MFR, composto por 4

---

<sup>24</sup> Caso contrário, seríamos forçados a concluir que mais de metade dos serviços de MFR existentes em Portugal não tem viabilidade económica para prestar serviços de MFR com qualidade.



profissionais de saúde, que sirva uma região com pelo menos 9.640 habitantes,<sup>25</sup> terá as condições mínimas necessárias para prestar cuidados de MFR com qualidade e viabilidade económica.

Com este pressuposto, estimámos o número de serviços de MFR, com a dimensão típica, que seria possível adicionar para que a disponibilidade de serviços de MFR nas RRAS com menor disponibilidade (isto é, do *cluster* inferior em termos de capacidade de resposta) se aproximasse da média de todas as RRAS. Tal estimativa é apresentada na tabela 10.

**Tabela 10 – Número de serviços adicionais nas RRAS com menor disponibilidade**

<u>RRAS</u>	<u>N.º serviços em falta</u>
Bragança	5
Covilhã	9
Ponte de Sôr	3
Coruche	5
Odemira	3
Sertã	4

Note-se que a análise anterior só considera o número total de serviços tendo em conta o total da população, o que poderá ser insuficiente, se, por exemplo, não for possível encontrar uma localidade onde se possa instalar um serviço que satisfaça as condições de viabilidade económica acima descritas. Uma análise detalhada, localidade a localidade, dessa viabilidade ultrapassa o âmbito deste trabalho.

No entanto, a título exploratório, ensaiámos a colocação de serviços em algumas localidades das zonas mais desprotegidas, e encontrámos possíveis localizações que justificariam a instalação de serviços de MFR. Observando com atenção o mapa da figura 6, das áreas geográficas a menos de 30 minutos de um serviço de MFR, é sem grande dificuldade que encontramos locais não cobertos pela rede de prestação de cuidados de MFR com população suficiente para justificar a existência de um serviço.

Por exemplo, a vila de Odemira justifica a instalação de um serviço de MFR, uma vez que a 30 minutos do centro desta vila encontram-se cerca de 17.900 pessoas que não estão actualmente abrangidas pela rede de MFR. Do mesmo modo, dois serviços de MFR instalados na vila da Sertã conseguiriam, aproximadamente, a cobertura de uma

---

<sup>25</sup> Isto é, que esteja localizado numa localidade onde não há outro serviço de MFR, e onde há, pelo menos, 9.640 habitantes que estão a menos de 30 minutos dessa localidade, e mais perto dessa localidade do que qualquer outro serviço de MFR.

área habitada por cerca de 25.500 habitantes que actualmente estão a mais de 30 minutos de um serviço de MFR.

## **5.2. Barreiras à entrada de novos serviços de MFR**

O exercício da secção anterior pressupõe que não existem quaisquer barreiras à entrada no sector, que impeçam a criação de novos serviços de MFR. Ora, há pelo menos dois factores que podem funcionar como barreiras à entrada na actividade de MFR: a disponibilidade de recursos humanos e os acordos com as entidades financiadoras.

Cada unidade de MFR deve ser dirigida por um director clínico, que terá de ser necessariamente um médico da especialidade, “implicando a presença física verificável que garanta a qualidade”, nos termos do art. 23.º do Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro, que aprovou o regime jurídico do licenciamento e da fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas de MFR. Acontece que, de acordo com dados fornecidos pela Ordem dos Médicos (OM), em Janeiro de 2007, encontravam-se inscritos na OM 482 médicos fisiatras, sendo 617 os serviços de MFR existentes. Assim, e numa análise preliminar, poder-se-ia concluir não existirem médicos fisiatras suficientes não só para permitir a criação de novos serviços, mas também para permitir o funcionamento dos serviços existentes.

Para avaliar com mais precisão se o número de médicos fisiatras existente é suficiente para permitir a criação de novos serviços, confrontámos as conclusões do presente estudo com a seguinte informação:

- Número de médicos inscritos na Ordem dos Médicos (OM) no colégio da especialidade de MFR;
- Número de médicos fisiatras ao serviço do SNS, segundo a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde;
- Legislação em vigor sobre o exercício da actividade de MFR, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro, que aprovou o regime jurídico do licenciamento e da fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas de MFR;

- Rede de Referência Hospitalar (RRH) de MFR, aprovada por Despacho da Secretária de Estado da Saúde, em 26 de Março de 2002;
- Despacho do Ministro da Saúde n.º 725/2007, de 15 de Janeiro, que estabeleceu a incompatibilidade para o exercício de funções dirigentes em entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde, por profissionais de instituições integradas no SNS, conjugado com o Despacho do Ministro da Saúde n.º 7921/2007, de 3 de Maio, que veio autorizar acumulações de funções nos casos em que a observância do anterior Despacho «inviabilize a prestação de cuidados de saúde aos utentes, em estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, fazendo perigar o direito à saúde e pondo em causa o interesse público».

Dos preceitos legais analisados, resulta que um especialista de MFR apenas poderá ter, em regra, uma única direcção técnica no sector privado, ainda que no n.º 6 do art. 23.º do Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro, se preveja a possibilidade de um especialista poder ser responsável pela direcção clínica de duas unidades de MFR, em situações excepcionais, nomeadamente, mediante autorização, por despacho do Ministro da Saúde e após parecer favorável da Comissão Técnica Nacional (CTN),<sup>26</sup> que explicita as condições em que esse exercício possa ser autorizado. Na sequência de tais preceitos legais, a CTN terá recomendado que esse exercício pudesse ocorrer, desde que o referido especialista não fosse profissional do SNS.

De acordo com os elementos constantes do SRER da ERS, existem 462 unidades privadas de MFR, às quais devem ser acrescentados os 87 estabelecimentos pertencentes ao sector social, o que totaliza 549 estabelecimentos prestadores de cuidados de MFR do sector não público (ver tabela 1). A regra de que cada especialista apenas pode ser responsável clínico de uma unidade de saúde implica que seriam necessários 549 especialistas de MFR (em Portugal continental) para assegurar a direcção técnica das unidades não públicas existentes, número superior ao de médicos fisiatras inscritos na Ordem dos Médicos (482). Significa isto que neste momento já existirão alguns casos de acumulação de direcção clínica, prevista no n.º 6 do art. 23.º do Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro. A generalização da autorização, e a viabilização na prática, de acumulação de duas direcções clínicas a todos os médicos fisiatras do sector privado implicaria que, no mínimo, fossem

---

<sup>26</sup> Criada nos termos do art. 9º do Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro na dependência do Ministério da Saúde.

necessários 275 (arredondando por excesso) médicos fisiatras para assegurar a direcção técnica das unidades privadas existentes.

Resulta da RRH de MFR que serão necessários 7 médicos fisiatras nos serviços existentes nos hospitais da plataforma A, 1 médico fisiatra nos hospitais da plataforma B, e 8 médicos fisiatras nos Centros de Reabilitação. A mesma Rede de Referenciação Hospitalar prevê 13 hospitais da plataforma A, 35 hospitais da plataforma B, e 4 Centros de Reabilitação, o que implica que serão necessários 158 médicos fisiatras para manter em funcionamento os serviços do SNS. Porém, a RRH de MFR não estará a ser implementada, tendo-se constatado estarem a funcionar, em Janeiro de 2007, 68 serviços de MFR no SNS. Admitindo que os hospitais da plataforma A são os 13 previstos na RRH, e considerando que existiam, nesta data, dois Centros de Reabilitação em funcionamento, seriam necessários 160 médicos fisiatras para manter em funcionamento os serviços do SNS. Note-se que, de acordo com dados da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, existiam, em Dezembro de 2005, 245 médicos fisiatras ao serviço do SNS.

Tendo então por base todos estes dados, importa analisar em que situações o número de médicos de MFR é uma restrição relevante à abertura de novos serviços de MFR.

Num cenário em que cada especialista de MFR apenas pode ser director clínico de uma única unidade de saúde privada, e assumindo o cumprimento do Despacho n.º 725/2007, de 15 de Janeiro, sobre as incompatibilidades, sem as excepções previstas pelo Despacho n.º 7921/2007, de 3 de Maio, os 482 médicos de MFR não são suficientes para cobrir simultaneamente as necessidades do SNS (160 médicos), conforme estabelecidas na RRH de MFR e dada a rede de prestadores públicos, em Janeiro de 2007, e as necessidades da rede de prestadores não públicos (549 médicos, para direcção clínica).

Se for permitida a acumulação de duas direcções clínicas no sector privado (situação em que são necessários 275 médicos para direcção clínica da actual rede de prestadores não privados), seriam necessários, no mínimo, 435 médicos fisiatras para assegurar o funcionamento simultâneo das unidades do SNS e das unidades não públicas.

Em conclusão, é muito provável que o número de médicos fisiatras se revele uma limitação à expansão da rede de serviços de MFR, apesar de ainda existir alguma margem para a abertura de novos serviços, mas apenas no caso de os serviços

existentes funcionarem com pouco mais que o número de médicos mínimo previsto nos diversos diplomas legais.

A maior parte dos utentes de MFR de entidades privadas são financiados pelo SNS ou pela ADSE. O exercício de viabilidade económica apresentado na secção anterior pressupõe que os novos serviços serviriam toda a população da sua área de abrangência, o que implica que prestem serviços também aos utentes do SNS e ADSE. Para isso, necessitam de previamente celebrar acordos com os sistemas de saúde (“convenções”).

Acontece que o acesso às convenções está fortemente limitado, como se conclui do estudo “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS”, realizado pela ERS, em Novembro de 2006.<sup>27</sup>

### **5.3. Discussão sobre as barreiras à entrada**

Na secção anterior, a ERS identificou como principais constrangimentos à expansão da rede de serviços de MFR nas áreas de menor disponibilidade, o número de médicos fisiatras e o encerramento das convenções.

Interessa agora discutir a real relevância destes constrangimentos, e perceber quais são as possibilidades de os ultrapassar, de modo a permitir o aumento da cobertura da rede de MFR nas regiões identificadas como mais desprotegidas.

#### ***Disponibilidade de recursos humanos***

A disponibilidade de recursos humanos, como foi explanado na secção anterior, apresenta-se como uma restrição com relevância num quadro em que se pressupõe o cumprimento integral das normas legais que regem o sector da MFR, nomeadamente ao nível da direcção técnica das unidades de MFR por médicos fisiatras, imposta pelo no regime do licenciamento.

Neste sentido, uma hipótese de resolução – senão completa, pelo menos parcial – da limitação da expansão da rede de cuidados de MFR resultante da escassez de médicos fisiatras, que surge de forma imediata, é a permissão de entrega da direcção técnica das unidades de MFR a outros profissionais ligados ao sector, para além dos

---

<sup>27</sup> Disponível em <http://www.ers.pt>.

médicos fisiatras, por exemplo, os fisioterapeutas, que como vimos no capítulo 3 deste relatório, são o tipo de profissional com maior representação nos serviços de MFR.<sup>28</sup> Uma medida neste sentido teria de passar por uma redefinição, necessariamente fundada em consenso técnico-científico, dos requisitos mínimos das unidades de MFR ao nível dos recursos humanos, que continuasse a garantir a qualidade e a segurança da prestação dos cuidados aos utentes.

Em bom rigor, o regime jurídico do licenciamento das unidades privadas de MFR, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro, ponderava a eventual escassez de médicos fisiatras, ao prever, nos arts. 12.º e 21.º, a possibilidade de licenciamento e entrada em funcionamento de unidade/departamentos funcionais. Estas são unidades que podem funcionar em instalações separadas da clínica central, mas sujeitas à mesma direcção clínica, sendo a descentralização aprovada por despacho do Ministro da Saúde, ouvida a Comissão Técnica Nacional. A implementação generalizada destas unidades permitiria expandir significativamente a rede de estabelecimentos de MFR sem a necessidade de um aumento proporcional do número de médicos fisiatras, uma vez que a sujeição destas unidades à mesma direcção clínica implica que podem funcionar apenas com o pessoal técnico estritamente necessário para a prestação dos cuidados a que se destinam. Todavia, não foi entretanto publicada a regulamentação dos departamentos funcionais, o que na prática, resulta na impossibilidade do seu licenciamento e entrada em funcionamento.<sup>29</sup>

Por outro lado, os departamentos funcionais previstos no regime do licenciamento das unidades privadas de MFR, permitiriam uma maior desagregação da rede de MFR em diferentes níveis de prestação de cuidados e, dessa forma, adequar melhor a rede de MFR às necessidades específicas de cada população. Pelo facto dos departamentos funcionais estarem sujeitos a uma só direcção clínica, esta melhor adequação da rede de MFR poderá não ser limitada pela escassez de médicos fisiatras.

---

<sup>28</sup> Esta hipótese foi levantada no Workshop “O Sector da Medicina Física e de Reabilitação”, organizado pela ERS em 18 de Março de 2008, por alguns dos participantes, como forma de ultrapassar a limitação à cobertura da rede de cuidados de MFR resultante da escassez de médicos fisiatras.

<sup>29</sup> Sobre esta questão, em comentário ao relatório preliminar do presente estudo, a APMF entende que “o desenvolvimento do actual quadro legal (...) poderá, de *per se*, contribuir preponderantemente para obviar a esta grande dificuldade à expansão da rede, que constitui o *deficit* de médicos fisiatras”. O tema das unidades funcionais foi também largamente discutido no Workshop, e parece haver consenso sobre os benefícios da implementação destas unidades, quer para o sector quer para os utentes.

Finalmente, uma medida que, a ser explorada, poderá aumentar a cobertura da rede de MFR às populações mais desprotegidas é a generalização da prestação de cuidados de MFR ao domicílio. A mobilidade da rede de oferta de cuidados, conseguida com a prestação ao domicílio, permite também expandir a cobertura de serviços de MFR sem a necessidade de um maior número de médicos fisiatras.<sup>30</sup>

### **Convenções**

Relativamente à questão das convenções, a limitação à expansão da rede de MFR surge da conjugação de dois factos: o acesso às convenções com o SNS está fortemente limitado, por via da não implementação prática do regime jurídico estabelecido no Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril; a viabilidade económica das unidades de MFR depende fortemente da possibilidade de obter convenção com o SNS, uma vez que grande parte da procura cuidados de saúde é feita por utentes do SNS. A ERS tomou já uma posição sobre o tema das convenções, em recomendação aprovada em 9 de Novembro de 2006, e remetida ao Governo, no sentido de que o modelo de celebração das convenções seja reformulado, por forma a garantir o acesso às convenções de todos os prestadores, desde que preencham os requisitos legalmente estabelecidos, em igualdade de circunstâncias, e através de um processo transparente e objectivo.

Dos comentários recebidos pela ERS à versão preliminar deste estudo, e das intervenções no Workshop organizado, pode concluir-se que é consensual que a abertura das convenções pode, de facto, permitir a expansão de rede de cuidados de MFR de forma a colmatar as insuficiências detectadas.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> A maioria dos participantes dos participantes do Workshop defendeu a prestação de cuidados de MFR ao domicílio como uma forma de organização dos cuidados na qual decididamente se deve apostar, por todos os benefícios que comporta para os utentes.

<sup>31</sup> Essa é também a posição da APMF, que enfatiza a necessidade de o processo de abertura das convenções ser equitativo, transparente e objectivo.

## 6. Conclusões

Sintetizam-se, seguidamente, as principais conclusões que poderão ser extraídas da análise efectuada à distribuição de serviços de Medicina Física e de Reabilitação (MFR). Obviamente que a sua leitura não dispensa a consulta de todo o trabalho, nomeadamente para se compreender o âmbito das análises que sustentam as afirmações infra avançadas:

1. A MFR é uma área de especialização médica com o objectivo de contribuir para a reabilitação/recuperação do indivíduo afectado funcionalmente por uma doença ou um traumatismo, pelo que os utentes de MFR deverão pertencer maioritariamente aos estratos mais elevados da estrutura etária da população, e/ou terão sofrido situações potencialmente incapacitantes, como lesões cerebrais (Acidentes Vasculares Cerebrais – AVC e Traumatismos Crânio Encefálicos – TCE), lesões vertebro-medulares e outros politraumatismos, e amputações.
2. Encontravam-se identificados no SRRER, em Agosto de 2007, 617 serviços prestadores de cuidados na área de MFR, a maioria (75%) detidos por entidades privadas.
3. Os 617 serviços de MFR contam com 4.187 empregos de profissionais de saúde, sendo 45% destes fisioterapeutas, 29% médicos, 5% terapeutas ocupacionais e 4% terapeutas da fala.
4. Constatava-se que a estrutura organizativa mais comum de um serviço de MFR tem 4 profissionais de saúde, dos quais 1 médico e 2 fisioterapeutas.
5. A área de abrangência dos serviços de MFR estimou-se em cerca de 30 minutos, ou 25 km.
6. A acessibilidade a serviços de MFR é de 94%, uma vez que cerca de 6% da população residente em Portugal continental se encontra a mais de 30 minutos de um serviço de MFR.
7. A disponibilidade de serviços de MFR, relativamente à população residente, apresenta um grau de desigualdade regional superior ao da distribuição da generalidade dos cuidados de saúde.



8. As zonas onde a capacidade de escolha dos utentes de MFR (medida pelo número de serviços de MFR por 100.000 habitantes) é menor são as regiões de Bragança, Guarda, Covilhã, Sertã, Coruche e Odemira.
9. As zonas onde a capacidade de resposta dos serviços de MFR (medida pelo número de profissionais de saúde por 10.000 habitantes) é menor são as regiões de Bragança, Covilhã, Sertã, Ponte de Sôr, Coruche e Odemira.
10. As desigualdades no acesso a cuidados de MFR são ainda superiores ao que resulta da mera análise da disponibilidade de serviços de MFR, relativamente à população residente, porque a distribuição da oferta não está totalmente ajustada às necessidades da população. Nas zonas onde a densidade populacional é menor, e tendencialmente as distâncias a percorrer são maiores, é que a diversidade de serviços é menor, agravando ainda mais a necessidade de percorrer grandes distâncias. Por outro lado, as zonas onde a necessidade de serviços de MFR é maior (considerando o envelhecimento da população, a prevalência de doenças cerebrovasculares e a incidência de feridos graves resultantes de acidentes rodoviários), não são acompanhadas de uma maior disponibilidade de serviços de MFR. A distribuição dos serviços de MFR só estará ajustada às necessidades decorrentes da prática desportiva.
11. É possível encontrar, nas zonas de menor disponibilidade, localidades onde, pela dimensão da procura potencial, seria viável a abertura de pelo menos um novo serviço de MFR.
12. É muito provável que o actual número de médicos fisiatras e o encerramento das convenções se revelem barreiras à expansão da rede de serviços de MFR nas áreas de menor disponibilidade.
13. A implementação generalizada das unidades/departamentos funcionais, previstos no regime jurídico do licenciamento das unidades privadas de MFR, permitiria expandir significativamente a rede de estabelecimentos de MFR sem a necessidade de um aumento proporcional do número de médicos fisiatras, uma vez que a sujeição destas unidades à mesma direcção clínica implica que podem funcionar apenas com o pessoal técnico estritamente necessário para a prestação dos cuidados a que se destinam. Da mesma forma, permitiriam uma maior desagregação da rede de MFR em diferentes níveis de prestação de

cuidados, adequando-a melhor às necessidades específicas de cada população.

14. Também a generalização da prestação de cuidados de MFR ao domicílio poderá aumentar a cobertura da rede de MFR às populações mais desprotegidas, sem a necessidade de um maior número de médicos fisiatras.

## **Anexo – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)**

Os objectivos da regulação independente na saúde incluem, entre outros, promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde (art. 25.º, n.º 2, al. b) do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro), e promover o respeito pela livre concorrência nas actividades sujeitas à sua regulação (art. 30.º, n.º 1, do mesmo diploma legal).

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

A promoção da concorrência exige, também, uma prévia avaliação do grau e condições de concorrência em cada mercado relevante. Nos termos da Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes<sup>32</sup>, «um mercado do produto relevante compreende todos os produtos e/ou serviços considerados permutáveis ou substituíveis pelo consumidor devido às suas características, preços e utilização pretendida» – (§7). Tem sido prática comum da Comissão Europeia começar por definir o mercado relevante do produto com base em elementos atinentes à procura, uma vez que, conforme refere a mesma Comunicação a este propósito, «Do ponto de vista económico, para a definição do mercado relevante, a substituição do lado da procura constitui o elemento de disciplina mais imediato e eficaz sobre os

---

<sup>32</sup> Comunicação (97/C 372/03) publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5 de 9.12.1997.

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

Por outro lado, uma definição do mercado relevante visa sobretudo identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes operadores têm de enfrentar por concorrentes efectivos, susceptíveis de restringir o seu comportamento e os impedir de actuar com independência, face a uma eventual pressão concorrencial efectiva<sup>33</sup>. Nesta perspectiva, assume particular relevo analisar o mercado na dimensão geográfica, uma vez que sendo a prestação de cuidados de saúde um serviço que exige a presença física do utente, só se poderão considerar como concorrentes prestadores que se situem a uma distância do utente não muito elevada. Nos termos da Comunicação da Comissão referida, que aqui acompanhamos, os mercados geográficos relevantes compreendem a área: (1) em que as empresas a serem analisadas estão envolvidas na oferta e procura de produtos ou serviços; (2) em que as condições de concorrência são suficientemente homogéneas; e (3) que pode ser distinguida de áreas vizinhas em razão de condições de concorrência apreciavelmente diferentes nessas áreas.

Nenhum método de definição de mercados geográficos é unânime, podendo os diferentes métodos apresentar resultados bastante heterogéneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)<sup>34</sup>. No caso em apreço, a definição do mercado geográfico relevante encontra-se profundamente imbricada com a definição do mercado do produto relevante, isto é, as características deste último determinam necessariamente o tipo de critérios que deverá estar subjacente a uma delimitação do âmbito geográfico. Apesar de se apresentar como um factor muitas vezes ignorado pela produção teórica sobre os determinantes da procura nos mercados de cuidados de saúde, a distância ao local de oferta é sobremaneira relevante, em termos de custos para o utente no processo de procura/consumo. As deslocações até aos locais de oferta têm associados custos por duas vias: uma directa, pela despesa suportada com meios de transporte; e uma indirecta, pelo custo de oportunidade do tempo perdido nas deslocações. Este aspecto é importante para a definição de mercado relevante. Tendo por base a desutilidade associada pelos utentes às deslocações para a obtenção de serviços de saúde, intuitivamente percebemos que existirá um limite em

---

<sup>33</sup> Esta questão releva de sobremaneira para efeitos da concorrência no mercado, mas também em sede da concorrência no acesso ao mercado como em caso de concurso público.

<sup>34</sup> 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.

termos de distância ao local de oferta a partir do qual um indivíduo deixará de ter incentivos a se deslocar para obter os serviços. A partir desse limite, o inconveniente da deslocação medido em termos de custo, tempo e trabalho gera uma desutilidade que ultrapassa a utilidade atribuída ao serviço a obter. Este limite constitui o alcance do serviço, e com referência à localização de um prestador, delimita a área dentro da qual se fazem sentir restrições competitivas por parte de outros prestadores.

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

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

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

---

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

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

<sup>37</sup> Veja-se, por exemplo, Gaynor, M. 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).

Finalmente, porque as divisões estatísticas assentam nas diferenças do perfil sócio-económico das regiões, relevante do ponto de vista analítico.

A divisão regional de Portugal continental em unidades territoriais utilizadas para fins estatísticos e/ou administrativos assenta em 4.077 freguesias, 278 concelhos, 18 distritos, 28 NUTSIII e 5 NUTSII<sup>38</sup>. A mera análise do número de regiões sugeriria a utilização das NUTSIII como base de partida para a criação das RRAS, mas no caso da prestação de cuidados de saúde essa opção é reforçada por outro tipo de considerações.

Conforme estabelece a Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro), o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – que abrange todas as instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde – é organizado em Administrações Regionais de Saúde (ARS), que têm por missão garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprindo o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção. Por seu turno, o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, estabelece que as cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) exercem as suas atribuições nas áreas correspondentes às NUTSII. Assim, a divisão regional da prestação de cuidados de saúde em Portugal tem uma matriz político-administrativa assente nas NUTSII, o que não poderá ser ignorado na construção da matriz das RRAS.

Todavia, as NUTSII correspondem a áreas geográficas demasiado grandes para traduzirem regiões dentro das quais os utentes estão dispostos a deslocar-se para obter serviços de saúde. As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respectivamente, 21.286, 28.198, 2.935, 31.552 e 4.996 km<sup>2</sup>, enquanto que, como foi dito, a área geográfica de abrangência dos serviços prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km<sup>2</sup>. Assim, as RRAS deverão coincidir

---

<sup>38</sup> Estas são as divisões para efeitos estatísticos consideradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nos censos de 2001. As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária (vide Regulamento (CEE n.º 2052/88 do Conselho das Comunidades Europeias, de 24 de Junho de 1988, relativo às missões dos Fundos com finalidade estrutural, à sua eficácia e à coordenação das suas intervenções, entre si, com as intervenções do Banco Europeu de Investimento e com as dos outros instrumentos financeiros existentes). As NUTSII e III são, respectivamente, regiões e sub-regiões estatísticas, construídas com o objectivo agruparem municípios contíguos, com problemas, desafios e perfis socio-económicos semelhantes.

com sub-regiões das NUTSII, o que sugere naturalmente a utilização das NUTSIII como base de referência na construção das RRAS. Recorde-se que, por outro lado, das unidades territoriais devidamente estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos, e que estão na base das estatísticas actualmente existentes, aquela que parece mais se aproximar da dimensão resultante do estudo empírico é a das NUTSIII. A figura A1 representa a divisão actual do território continental em NUTSIII, com indicação da respectiva área.

**Figura A1 – NUTSIII**

<b>NUTSIII</b>	<b>Área (km<sup>2</sup>)</b>
Minho-Lima	2.219
Cávado	1.246
Ave	1.245
Alto Trás-os-Montes	8.171
Grande Porto	815
Tâmega	2.621
Douro	4.110
Entre Douro e Vouga	861
Baixo Vouga	1.802
Dão - Lafões	3.489
Serra da Estrela	868
Beira Interior Norte	4.063
Baixo Mondego	2.063
Pinhal Interior Norte	2.617
Cova da Beira	1.375
Pinhal Litoral	1.746
Médio Tejo	2.306
Oeste	2.221
Lezíria do Tejo	4.273
Alto Alentejo	6.248
Grande Lisboa	1.382
Península de Setúbal	1.581
Alentejo Central	7.228
Alentejo Litoral	5.303
Baixo Alentejo	8.545
Algarve	4.995



Fonte: Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro

A análise da figura A1 permite concluir que a maioria das NUTSIII tem dimensões compatíveis com o alcance dos prestadores de cuidados de saúde (2.000 km<sup>2</sup>). No entanto, também permite concluir que algumas NUTSIII, sobretudo do interior, têm

uma dimensão demasiado grande para traduzirem uma realidade homogénea em termos de acesso e concorrência na prestação de cuidados de saúde.

Assim, entendemos que as RRAS deverão corresponder às actuais NUTSIII, excepto no caso daquelas (nove) cuja área é superior a 4.000 km<sup>2</sup>, que deverão ser divididas. As 8 NUTSIII com áreas entre os 2.000 km<sup>2</sup> e os 4.000 km<sup>2</sup> foram mantidas intactas, uma vez que da sua divisão não poderiam resultar sequer duas regiões com pelo menos 2.000 km<sup>2</sup>. A divisão das nove NUTSIII com dimensão superior a 4.000 km<sup>2</sup>, situadas no Algarve, no Alentejo (todas as 5), no Centro (Beira Interior Norte), e no Norte (Alto Trás-os-Montes e Douro), foi realizada por recurso à aplicação sucessiva de vários critérios que consideram a relevância de factores como as divisões administrativas, as acessibilidades rodoviárias, a distribuição da população e a existência de pólos urbanos de atracção (cidades ou vilas).

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

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

Em cada uma das NUTSII, o primeiro passo consistiu na identificação dos pólos de atracção da região, e a sua ordenação por ordem decrescente do número de habitantes. O segundo passo consistiu na definição da primeira RRAS em torno do concelho onde se situa o pólo de maior dimensão<sup>39</sup>, através da agregação dos concelhos circundantes, que se situem mais próximos desse do que de qualquer outro pólo. A avaliação da proximidade de cada concelho a um determinado pólo assentou no cálculo da distância média ponderada em estrada entre as juntas de freguesia do concelho em análise e o pólo agregador, sendo o ponderador a população de cada freguesia. Quando, por esse processo, se atinge uma área de pelo menos 2000 km<sup>2</sup>,

---

<sup>39</sup> Para ilustrar a aplicação da metodologia, utilizaremos a definição das RRAS na NUTSII Alentejo, onde o pólo de maior dimensão é Évora.



passa-se ao segundo pólo, para definir uma nova RRAS<sup>40</sup>. Se este processo for suficiente para atingir uma área de 2000 km<sup>2</sup>, então integra-se na RRAS o pólo mais próximo<sup>41</sup>. Este processo continua pelos outros pólos da região, por ordem decrescente do número de habitantes, até que não seja possível criar uma nova RRAS com pelo menos 2.000 km<sup>2</sup><sup>42</sup>. Nessa fase, todos os concelhos da região que ainda não tenham sido afectados a uma RRAS são agregados à RRAS cujo pólo é mais próximo.

Cada RRAS é identificada pelo nome do pólo de atracção, e no caso de RRAS correspondentes a NUTSIII, adoptamos o nome das cidades/vilas mais relevantes em termos de poder administrativo: as cidades capitais de distrito, nas RRAS em que existem, e as cidades/vilas sedes de concelho, nas demais RRAS, sendo que nas RRAS onde existe mais que uma localidade administrativamente equivalente, a escolha recaiu sobre aquela com população mais numerosa. A figura A2 apresenta as 37 RRAS resultantes deste exercício, e a tabela A1 indica os concelhos que as compõem. A tabela A2 apresenta algumas estatísticas caracterizadoras das RRAS.

Na região Norte, as NUTSIII de Alto Trás-os-Montes e Douro deram origem a quatro RRAS: Vila Real, Chaves, Bragança e Mirandela, centradas nas cidades com os mesmos nomes<sup>43</sup>. Na região Centro, a única NUTSIII com mais de 4.000 km<sup>2</sup>, a Beira Interior Norte, só tem um potencial pólo de atracção (Guarda) pelo que não é possível a sua divisão em duas RRAS. Na região do Alentejo foram criadas 11 RRAS, em torno dos pólos de Évora, Santarém, Beja, Portalegre, Elvas, Sines, Montemor-o-Novo,

---

<sup>40</sup> Para criar a RRAS de Évora, começamos por agregar ao concelho de Évora, os concelhos de Viana do Alentejo e Portel, que somam uma área de 2.300 km<sup>2</sup>, suficiente para considerar criada esta RRAS.

<sup>41</sup> O segundo pólo da NUTSII Alentejo é Santarém, ao qual se agregou imediatamente o concelho da Golegã. Como estes concelhos apenas somam 637 km<sup>2</sup>, foi necessário agregar a esta RRAS o pólo mais próximo, Almeirim, o que permitiu agregar também Alpiarça e Chamusca, perfazendo 1.700 km<sup>2</sup>. Foi, por isso, necessário agregar ainda o pólo do Cartaxo, o que permitiu agregar Azambuja, atingindo-se os 2.121 km<sup>2</sup>.

<sup>42</sup> Na NUTSII Alentejo, os pólos analisados foram, por ordem decrescente da população, Évora, Santarém, Beja, Portalegre, Elvas (Estremoz), Sines (Grândola), que serviram de pólos de atracção para as respectivas RRAS (em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Em seguida, analisamos o pólo de Samora Correia, que não serviu de pólo de RRAS, porque mais próximo de Samora Correia do que Santarém, só se situam os concelhos de Benavente e Salvaterra de Magos, que perfazem apenas 765 km<sup>2</sup>. O mesmo ocorre com o pólo seguinte, Rio Maior, que só agrega o concelho de Rio Maior (273 km<sup>2</sup>). Os pólos seguintes, Montemor-o-Novo (Vendas Novas), Ponte de Sôr, Moura (Serpa) e Coruche (Benavente e Salvaterra de Magos), permitiram a criação de RRAS (mais uma vez, em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Os pólos de Alcácer do Sal e Reguengos de Monsaraz não agregam concelhos com dimensão suficiente para atingir os 2.000 km<sup>2</sup>. A última RRAS foi criada em torno do pólo de Odemira, uma vez que Aljustrel só agrega o concelho de Castro Verde (perfazendo apenas 1.028 km<sup>2</sup>).

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

Ponte de Sôr, Moura, Coruche e Odemira. Na região do Algarve foram criadas duas RRAS, em torno dos dois pólos com mais habitantes, Faro e Portimão.

**Figura A2 – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)**



**Tabela A1 – RRAS e seus concelhos**

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

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

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

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

<b>RRAS</b>	<b>População</b>	<b>Área (Km2)</b>	<b>Densidade Populacional</b>
Aveiro	396.704	1.802	220
Beja	89.692	5.647	16
Braga	407.558	1.246	327
Bragança	57.284	2.837	20
Caldas da Rainha	356.296	2.220	160
Castelo Branco	75.282	3.748	20
Chaves	81.321	2.267	36
Coimbra	335.532	2.063	163
Coruche	73.359	2.325	32
Covilhã	92.160	1.375	67
Elvas	68.376	2.275	30
Entroncamento	230.980	2.306	100
Évora	86.675	3.135	28
Faro	229.374	2.794	82
Felgueiras	559.406	2.620	214
Guarda	112.114	4.063	28
Guimarães	521.749	1.221	427
Leiria	263.848	1.744	151
Lisboa	2.012.925	1.376	1.463
Lousã	137.840	2.617	53
Mirandela	95.338	4.159	23
Montemor-o-Novo	37.973	2.139	18
Moura	37.502	2.511	15
Odemira	31.419	2.384	13
Ponte de Sôr	39.298	2.630	15
Portalegre	50.292	2.576	20
Portimão	187.473	2.202	85
Porto	1.276.575	814	1.567
Santarém	179.861	2.394	75
São João da Madeira	285.464	862	331
Seia	48.548	868	56
Sertã	42.125	1.905	22
Setúbal	766.172	1.559	491
Sines	71.524	3.535	20
Viana do Castelo	252.272	2.218	114
Vila Real	200.824	3.016	67
Viseu	291.019	3.489	83

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

## ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



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