

**Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**

**Acessibilidade e Perceção de Equidade nos Cuidados de Saúde  
Primários no Concelho de Vila Real**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Sónia Fidalgo Mateus**

Orientadores

Alexandrina de Jesus Serra Lobo

Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues



Vila Real, 2014



**Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**

**Acessibilidade e Perceção de Equidade nos Cuidados de Saúde  
Primários no Concelho de Vila Real**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Sónia Fidalgo Mateus**

Orientadores

Alexandrina de Jesus Serra Lobo

Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues



Vila Real, 2014



Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.



A ti,  
Que todos os dias me acompanhas,  
Que não posso ver ou abraçar,  
Mas que és a minha fonte de força para continuar,  
Espero que estejas orgulhosa...



## **AGRADECIMENTOS**

Com o apoio de várias pessoas, conseguimos chegar ao término de mais uma etapa da nossa vida profissional, mas também pessoal, restando-nos agradecer a todas elas.

Em primeiro lugar, agradecemos à Professora Doutora Alexandrina Lobo e Professor Doutor Vítor Rodrigues, pela disponibilidade, sugestões e conhecimentos transmitidos na elaboração da presente dissertação.

Agradecemos ao nosso pai e irmãos, por serem o nosso grande pilar, fonte de apoio incondicional. Obrigada por todas as palavras que nos fizeram continuar em frente.

À Jessica, pela amizade, capacidade de nos ouvir, compreender e incentivar. Obrigada por toda a ajuda que nos proporcionaste, a todos os níveis. Sem ti, teria sido mais difícil.

Ao Pedro, pela disponibilidade em nos ouvir, pelas palavras de incentivo e por acreditares sempre em nós.

À D. Teresa, pela disponibilidade e colaboração na revisão e formatação deste relatório.

Ao Ministério da Saúde/INSA, IP, pelo financiamento do projeto referência 2011/EXT456.



## RESUMO

**Introdução:** Os cuidados de saúde primários afiguram-se como a porta de entrada dos indivíduos no sistema de saúde, devendo ser universalmente acessíveis a todos. A evidência mostra que a implementação deste nível de cuidados de forma sólida permite a obtenção de melhores resultados em saúde, nomeadamente na redução das iniquidades em saúde. O desenvolvimento das iniquidades baseia-se na distribuição desigual do poder, dos rendimentos e dos bens, que se repercute nas condições de vida das pessoas e, por conseguinte, na sua acessibilidade aos cuidados de saúde e educação. A acessibilidade é um dos importantes determinantes da equidade no estado de saúde. **Objetivos:** Caracterizar a acessibilidade e a perceção de equidade nos cuidados de saúde primários, analisar os fatores que determinam a acessibilidade e a perceção de equidade e verificar se existe relação entre a acessibilidade e a perceção de equidade. **Metodologia:** Estudo de natureza quantitativa, de carácter transversal, correlacional-descritivo, realizado entre janeiro e junho de 2012, onde foi aplicado um questionário que avaliou as características sociodemográficas, a acessibilidade e a perceção de equidade nos cuidados de saúde primários, a uma amostra não probabilística intencional constituída por 2.087 sujeitos do concelho de Vila Real. **Resultados:** A maioria dos utentes não perceciona dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários (87,8%), demora até 15 minutos (50,1%) e gasta menos de 5 euros na deslocação (62,8%), tem médico de família (97,4%) e não tem enfermeiro de família (59,6%). A maior parte dos utentes considera que existe equidade no acesso aos cuidados de saúde (48,6%) e que a mesma é influenciada pelo distanciamento geográfico (44,6%) e pela idade (41,4%). Verificam-se relações estatisticamente significativas entre a perceção de equidade e o estado civil, a convivência familiar, o rendimento mensal, a unidade funcional, ter enfermeiro de família, tempo para conseguir consulta médica e de enfermagem e tempo de espera em sala de espera pelas consulta médica e de enfermagem. **Conclusões:** A presente investigação evidencia resultados favoráveis, ainda que seja também visível a pertinência da implementação de ações no sentido de melhoria da acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde primários do concelho.

**Palavras-chave:** Acessibilidade; equidade; cuidados de saúde primários.



## ABSTRACT

**Introduction:** The primary health care works as a gateway for individuals in the health system and should be universally accessible for all. The evidence shows that the implementation of this level of care strongly allows better health outcomes, specially the reduction of health inequities. The development of inequities is based on the unequal distribution of power, income, goods that affect the living conditions of people and consequently their accessibility to health care and education. Accessibility is one of the most important factors on equity in health status. **Objectives:** Characterize accessibility and perception in primary health care, analyze the factors that determine accessibility and equity perception and verify if there is a relationship between accessibility and equity perception. **Methodology:** A descriptive-correlational study, with a quantitative and cross-sectional approach, conducted between January and June 2012 with application of a survey that assessed the socio-economic characteristics, accessibility and equity perception in primary health care, in a non-probabilistic intentional sample with 2087 subjects in Vila Real's Town Hall. **Results:** The majority of users do not perceive obstacles in accessing the primary health care (87.8%), it takes up to 15 minutes (50.1%) and spends less than 5 Euros for them to travel (62.8%), have family doctor (97.4%) and have no family nurse (59.6%). Most users consider that there is equity in access to health care (48.6%) and that it is influenced by geographic distance (44.6%) and age (41.4%). There were verified statistically significant relationships between the equity perception and marital status, family coexistence, monthly income, functional unit, having family nurse, time to get medical and nursing consultation and waiting time in the waiting room for medical and nursing consultation. **Conclusions:** The present study shows favorable results, although it is also visible the relevance of implementing actions to improve accessibility and equity in the town hall primary health care.

**Keywords:** Accessibility; equity; primary health care.



## ÍNDICE

<b>DEDICATÓRIA</b> .....	v
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	vii
<b>RESUMO</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	xi
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	xv
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	xvii
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	xix
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	7
<b>1.1. Serviço Nacional de Saúde</b> .....	9
<b>1.2. Cuidados de Saúde Primários em Portugal</b> .....	10
<b>1.3. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde</b> .....	16
<b>1.4. Equidade em Saúde</b> .....	25
<b>CAPÍTULO II – METODOLOGIA</b> .....	37
<b>2.1. Tipo de estudo</b> .....	39
<b>2.2 Questão e hipóteses de investigação</b> .....	40
<b>2.3. População e amostra em estudo</b> .....	41
<b>2.4. Definição e operacionalização das variáveis</b> .....	42
<b>2.5. Instrumento de recolha de dados</b> .....	45
2.5.1. Pré teste .....	46
<b>2.6. Métodos e técnicas de análise de dados</b> .....	47
<b>2.7. Aspetos éticos</b> .....	48
<b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b> .....	49
<b>3.1. Caracterização da acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde primários</b> .....	52
<b>3.2. Relação entre a acessibilidade e a equidade nos cuidados de saúde primários no         concelho de Vila Real</b> .....	57
<b>CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	59
<b>CAPÍTULO V – CONCLUSÕES</b> .....	71
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	77

<b>APÊNDICES</b> .....	87
<b>Apêndice A</b> – Questionário .....	89
<b>Apêndice B</b> – Consentimento informado.....	95
<b>Apêndice C</b> – Autorização para a realização do estudo .....	99

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Modelo organizacional dos CSP.....	13
<b>Figura 2.</b> Modelo para prestação e cobertura de serviços .....	22
<b>Figura 3.</b> Modelo conceitual de articulação de cuidados.....	24
<b>Figura 4.</b> Modelo explicativo da iniquidade em saúde.....	29



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Dimensões e estratégias para a promoção da equidade em saúde .....	31
<b>Tabela 2.</b> Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização da amostra .....	43
<b>Tabela 3.</b> Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização da acessibilidade aos CSP .....	44
<b>Tabela 4.</b> Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização da percepção dos utentes acerca da equidade .....	45
<b>Tabela 5.</b> Caracterização sociodemográfica da amostra.....	51
<b>Tabela 6.</b> Distribuição da amostra quanto à acessibilidade aos CSP.....	53
<b>Tabela 7.</b> Distribuição da amostra quanto à opinião sobre a acessibilidade aos CSP (%) .....	54
<b>Tabela 8.</b> Distribuição da amostra quanto à utilização dos serviços médicos e de enfermagem de família.....	55
<b>Tabela 9.</b> Distribuição da amostra quanto à percepção de equidade nos cuidados de saúde primários (%)......	56
<b>Tabela 10.</b> Relação entre a percepção de equidade e as características sociodemográficas.....	57



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde  
ACS - Alto Comissariado da Saúde  
ARS - Administração Regional de Saúde  
ATMATB - Alto Trás-os-Montes II: Alto Tâmega e Barroso  
cont. - continuação  
CS - Centro de Saúde  
CSDH - Commission for Social Determinants of Health  
CSP - Cuidados de Saúde Primários  
DMDN - Douro I: Marão e Douro Norte  
ERS - Entidade Reguladora da Saúde  
ICN - International Council of Nurses  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
ISEqH - International Society for Equity in Health  
MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários  
min. - minuto  
nº - número  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
p. - página  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SNS - Sistema Nacional de Saúde  
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF - Unidade de Saúde Familiar  
USP - Unidade de Saúde Pública  
WHO - World Health Organization



## **INTRODUÇÃO**

---



Na medida em que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) representam o primeiro contacto com os serviços de saúde e, tal como defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devem estar universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade (World Health Organization [WHO], 2008); permitindo melhorias na saúde individual e coletiva e ganhos indiretos, como a redução dos custos e das desigualdades entre os subgrupos populacionais (Starfield & Shi, 2007).

Neste sentido, em vários países têm sido encetadas reformas com o objetivo de se obterem ganhos em saúde, visando a equidade no acesso, a continuidade de cuidados e a relação custo/efetividade (Atun, 2004). Em Portugal, os CSP têm sofrido alterações legislativas e normativas ao longo dos tempos. Recentemente, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que se prevê continuem a garantir cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, numa lógica de maior acessibilidade, proximidade, continuidade, globalidade e qualidade (Barbosa, 2009; Decreto-lei 28/2008, de 22 de fevereiro).

A acessibilidade aos cuidados de saúde é um dos determinantes de saúde. Pode ser influenciada por condicionantes sociais, como o nível educacional, os rendimentos e a etnia, por características bio constitucionais, como a idade e o género, por aspetos geográficos e pelas características do sistema de prestação de cuidados (Drachler, Côrtes, Castro & Leite, 2003; Furtado & Pereira, 2010; Marmot, 2007). Estes fatores podem ser promotores de diferenças evitáveis no acesso aos cuidados, gerando-se a iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Um sistema de saúde orientado para os CSP contribui para a redução das iniquidades existentes, permitindo a entrada no sistema a todos os grupos populacionais (Marques, 2004; Starfield & Shi, 2007).

Apesar de os serviços de saúde não exercerem ação direta em todos os fatores, “podem ser os promotores de acções coordenadas entre os diferentes ministérios e na sensibilização da sociedade para a problemática das desigualdades em saúde” (Furtado & Pereira, 2010, p.8). O primeiro passo para a ação será compreender e conhecer a realidade existente, bem como a perceção dos utentes quanto a estes aspetos. Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2011), importa avaliar sistematicamente o impacto das políticas no acesso e na equidade, pelo que preconiza a obtenção de informação e monitorização do acesso, através de indicadores sobre determinantes sociais, de forma a compreender o problema e possibilitar a intervenção eficaz. É reconhecida a necessidade de recolher dados e informação sobre as iniquidades entre grupos populacionais (Starfield,

2011). A compreensão dos diferentes fatores que afetam o acesso aos cuidados de saúde e as iniquidades em saúde poderão contribuir para a melhoria dessas desigualdades, envolvendo quer os sistemas de saúde, quer os outros setores que determinam as condições socioeconómicas das comunidades (Furtado & Pereira, 2010).

Pela pertinência do tema, propomo-nos desenvolver um estudo de natureza quantitativa, de carácter transversal, correlacional-descritivo, que permita compreender “qual a relação existente entre a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP dos utentes no concelho de Vila Real?”, dando resposta aos seguintes objetivos: i) Caracterizar a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP dos utentes no concelho de Vila Real; ii) Analisar os fatores que determinam a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP no concelho de Vila Real; e iii) Verificar se existe relação entre a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP no concelho de Vila Real.

O estudo da relação existente entre a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP é também pertinente, dado que, face à nova organização dos CSP, é importante avaliar a implementação da reforma ao nível da diminuição das desigualdades no acesso de acordo com as necessidades da população, que permita obter conclusões concretas sobre a melhoria do acesso aos CSP (Furtado & Pereira, 2010). Portanto, é essencial avaliar e compreender com metodologia científica quais as mudanças organizacionais/medidas que traduzem ganhos em saúde; mais concretamente, importa conhecer o estado das iniquidades depois das intervenções. A constatação baseada na evidência de que a reorganização dos CSP acarretou melhorias, pode contribuir para a implementação de políticas com vista à promoção da mudança organizacional de outros setores (Barbosa, 2009). Para a autora, será, assim, possível a intervenção baseada na evidência que depende de um “processo contínuo de procura, de pesquisa sistemática e de validação e aplicação dos resultados mais actuais, como base de sustentação para a tomada de decisões e para a intervenção sustentada” (p.14).

O conhecimento científico acerca desta problemática torna-se ainda mais relevante dada a interioridade, o distanciamento geográfico, as fracas redes de transportes e os índices de envelhecimento da região interior norte de Portugal, onde está integrada a área geográfica objeto de estudo do presente trabalho.

Este estudo surge enquadrado no âmbito do projeto de investigação “Acessibilidade e equidade aos CSP dos utentes dos ACeS Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso

(ATMATB) e Douro I - Marão e Douro Norte (DMDN): relação com a satisfação e qualidade de vida”, financiado pelo Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, referência 2011EXT456.

Especificamente, a presente dissertação está estruturada em capítulos, respetivamente: enquadramento teórico do tema, espelhando a revisão da literatura efetuada que permite justificar a problemática em estudo; metodologia seguida no desenvolvimento da investigação; apresentação dos resultados obtidos; discussão e interpretação dos mesmos e reflexão sobre as principais conclusões a que a investigação permitiu chegar. São também descritas as referências bibliográficas utilizadas e, em anexo, encontram-se documentos que permitiram a realização da investigação e que podem ajudar a compreender o estudo.



# **CAPÍTULO I**

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---



Este capítulo é constituído pela revisão da literatura efetuada, que pretende contextualizar o tema e contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, estabelecendo a relação entre o conhecimento já existente e o problema que se pretende investigar (Coutinho, 2011). Para Fortin, Côté e Filion (2009), a revisão da literatura permite saber em que medida o tema em estudo já foi investigado, para que seja possível justificar a sua pertinência, delimitar a problemática e integrar os conceitos e suas relações, servindo de base de comparação aquando da interpretação dos resultados. A fundamentação teórica apresentada resulta da pesquisa bibliográfica realizada em artigos científicos, dissertações e teses publicadas, documentos de trabalho e manuais.

### **1.1. Serviço Nacional de Saúde**

Em Portugal, a implantação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ocorreu em 1979, com a regulação jurídica dada pela Lei nº 56/79, de 15 de setembro. Esta foi fundamental no desenvolvimento do sistema de saúde português para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, objetivando a prestação de cuidados globais e generalizados a toda a população, enfatizando o papel dos CSP que visam a promoção e vigilância da saúde, a prevenção e o diagnóstico precoce da doença (Gomes & Dias, 1987).

Em 1990, é criada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) que redefine alguns princípios descritos na Lei nº 56/79, de 15 de setembro, nomeadamente a rede nacional de prestação de cuidados de saúde passa a incluir o setor privado, permitindo o aumento da contratualização do SNS com este. Institui, também, as taxas moderadoras e o princípio da responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, na procura e prestação de cuidados de saúde (Biscaia, Martins, Carreira, Gonçalves & Antunes, 2008).

Seguidamente, em 1993, o Estatuto do SNS (Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro) define SNS como um conjunto hierarquizado de instituições e de serviços prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde. O Estatuto do SNS veio descentralizar a organização do sistema de saúde com a criação das regiões de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) que estabelecem o contacto entre o nível local e o Ministério da Saúde. As administrações regionais de saúde (ARS) são entidades com autonomia administrativa, responsáveis pelo planeamento, distribuição e

gestão de recursos, coordenação de atividades, apoio técnico e administrativo e avaliação do funcionamento das instituições e serviços de saúde (Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro).

Ao longo dos anos, tem sido questionada a sustentabilidade económica e financeira do SNS devido ao aumento progressivo da despesa pública com a saúde. Tal poderá dever-se ao aumento da esperança média de vida da população, ao avanço científico e tecnológico, às características inerentes à sociedade de consumo e às expectativas criadas quanto ao direito à proteção da saúde (Nunes, 2009). Para contrariar esta evolução, têm sido encetadas reformas no SNS com o objetivo de garantir o acesso de toda a população a cuidados de saúde de qualidade e obter ganhos de eficiência no sistema (Nunes, 2009; Ribeiro, 2012). Os CSP podem ter um papel fundamental neste sentido. Atun (2004), descreve no relatório da Rede para a Evidência em Saúde de 2004 que um sistema de saúde orientado para os CSP apresenta melhores resultados em saúde, maior satisfação dos utentes e redução de custos.

## **1.2. Cuidados de Saúde Primários em Portugal**

Tal como defendido pela OMS em 2008, na medida em que os CSP representam o primeiro contacto com os serviços de saúde, estes devem estar universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, permitindo melhorias na saúde individual e coletiva, e ganhos indiretos, como a redução dos custos e das desigualdades entre os subgrupos populacionais (Starfield & Shi, 2007).

Em 1978, a Conferência Internacional de Alma-Ata sobre CSP da OMS visou evidenciar a importância dos cuidados primários, bem como realçar o seu carácter insubstituível nos sistemas de saúde, tendo definido CSP como:

...cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade ... fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1979, p.3)

Os CSP têm como principal função intervir nos problemas de saúde da comunidade, através da promoção e prevenção da saúde e do tratamento e reabilitação dos utentes, numa visão

global, para além da medicina curativa, através de uma equipa multidisciplinar alargada (Nunes, 2009). A Conferência de Alma-Ata clarifica também que os CSP envolvem, para além do setor da saúde, todos os setores e aspetos relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário, sendo que o seu âmbito de atuação engloba:

- i) Educação para a promoção da saúde e prevenção da doença;
- ii) Promoção da educação para uma sexualidade responsável;
- iii) Providenciar cuidados materno-infantis e programas de planeamento familiar;
- iv) Promoção de uma alimentação e nutrição saudáveis;
- v) Garantir condições sanitárias básicas à população;
- vi) Implementação dos programas de vacinação obrigatórios;
- vii) Prevenção das doenças endémicas da população;
- viii) Prestar especial atenção às doenças mais frequentes;
- ix) Garantir o acesso aos medicamentos necessários (OMS, 1979).

Beasley, Starfield, van Weel, Rosser e Haq (2007), afirmam que a investigação tem demonstrado que o fortalecimento dos cuidados primários nos sistemas de saúde está diretamente relacionado com os indicadores do estado de saúde da população. Nomeadamente, indicadores de natalidade, anos de vida potencialmente perdidos e taxas de mortalidade específicas por idade. Os mesmos autores argumentam que deverão estar conjugados nos CSP quatro elementos fundamentais, responsáveis pelos resultados em saúde:

- i) Cuidados de primeiro contacto (*first contact access*): pressupõe que haja acessibilidade e utilização de serviços quando o utente procura cuidados, levando à minimização dos custos e melhoria dos resultados;
- ii) Longitudinalidade (*long-term care focused on the patient*): diz respeito à utilização ao longo do tempo e reconhecimento dos CSP, por parte do utente, como uma fonte de cuidados regular, qualquer que seja o problema. Implica também que os cuidados sejam centrados no doente e não na doença, o que permite a identificação precoce do problema de saúde e, portanto, menos efeitos adversos, menos hospitalizações e custos mais baixos;
- iii) Globalidade (*comprehensiveness*): está inerente à disponibilização abrangente de serviços de saúde, possibilitando a prestação dos cuidados médicos necessários mais precocemente, a prevenção da doença e a de redução de custos;

- iv) Coordenação (Integração, *coordination*) efetiva entre os profissionais dos CSP e os cuidados diferenciados, permitindo o reconhecimento das situações que necessitam seguimento em meio hospitalar e a continuidade de cuidados, produzindo melhores resultados (Beasley et al., 2007; Biscaia, 2003).

Os benefícios dos CSP descritos têm sido considerados pelos vários governos como um pilar fundamental no adequado desenvolvimento de uma política de saúde focalizada nos cidadãos e nas suas necessidades. Muitos esforços têm sido implementados, no sentido de responder ao preconizado pela Declaração de Alma-Ata, o que nem sempre tem sido conseguido, nomeadamente em Portugal (WHO, 1986). Pelo que, ao longo dos tempos, os CSP sofreram alterações legislativas e normativas na sua definição, organização e âmbito de ação.

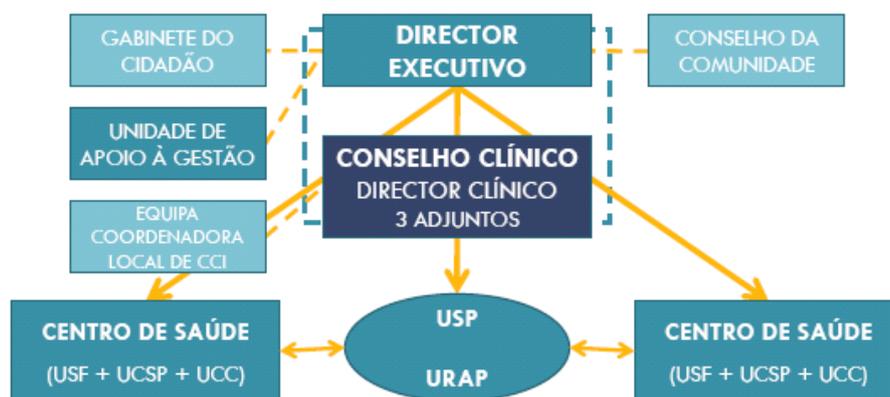
Em Portugal, tiveram o seu início antes da criação do SNS, em 1971, e desde então os centros de saúde (CS) são a unidade estrutural base dos CSP, cobrindo todo o território nacional (Branco & Ramos, 2001; Nunes, 2009). Até à criação do SNS manteve-se a chamada “primeira geração” de CS, que atuava no âmbito da prevenção da doença e da saúde pública. O tratamento da doença e os cuidados curativos eram prestados nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência (Branco & Ramos, 2001). Após 1983, a “segunda geração” de CS integrou os primeiros com os postos dos Serviços Médico-Sociais. Esta geração perdurou até ao início dos anos 2000 (Branco & Ramos, 2001; Nunes, 2009).

Pelo Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril, é criada a rede de CSP, que visava reorganizar a rede existente e proporcionar a cada cidadão o seu médico assistente. Com vista a garantir a equidade no acesso a cuidados de saúde e melhorar a eficiência na utilização dos recursos associados à saúde, propunha-se integrar na rede as entidades do setor privado que prestassem cuidados de saúde aos utentes do SNS e com quem fossem celebrados acordos de cooperação (Nunes, 2009). Tal não veio a acontecer devido à revogação do decreto-lei.

No entanto, seguiu-se uma reforma profunda no setor da saúde, tendo por base oito áreas prioritárias de ação: i) reconfiguração e autonomia dos CS; ii) implementação de unidades de saúde familiar (USF); iii) reestruturação dos serviços de saúde pública; iv) outras dimensões de intervenção na comunidade; v) implementação de unidades locais de saúde; vi) desenvolvimento dos recursos humanos; vii) desenvolvimento de sistemas de informação e viii) mudança e desenvolvimento de competências.

Esta adquire base legal em 2008, pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. Foram criados os ACeS, definidos como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por diferentes unidades funcionais, que agrupam um ou mais CS, visando a garantia de maior acessibilidade, proximidade e qualidade nos cuidados de saúde. Segundo Pisco (2011), coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP, grupo de trabalho responsável pela implementação da reforma), a reestruturação dos CS obedece aos princípios de contratualização de uma carteira básica de serviços, meios de diagnósticos descentralizados e sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade.

As unidades funcionais que constituem os CS/ACeS, são: as USF, as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP). Estas são constituídas por uma equipa multiprofissional, devendo garantir a intercooperação entre as unidades funcionais do CS e do ACeS (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro). O mesmo documento define como âmbito de intervenção dos CS: i) comunitário e de base populacional; ii) personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes; iii) exercício de funções de autoridade de saúde. Em cada CS funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC e cada ACeS tem somente uma USP e uma URAP (Figura 1).



**Figura 1.** Modelo organizacional dos CSP

(Adaptado de Pisco, 2008)

As USF são as “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos,

enfermeiros e por pessoal administrativo” (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto). Portanto, o seu âmbito de ação é a prestação de cuidados personalizados à pessoa e à família, trabalhando em rede e próximo dos cidadãos e promovendo a formação de equipas multidisciplinares (MCSP, 2006; Pisco, 2011).

As USF distinguem-se das UCSP pelo nível de desenvolvimento de dinâmica de equipa, nomeadamente nos compromissos de cooperação interprofissional assumidos (MCSP, 2008a). As equipas das USF foram criadas de forma voluntária, a partir da auto organização dos profissionais e dispõem de incentivos financeiros e profissionais que recompensam o mérito (Pisco, 2011). Estas unidades funcionais atuam também mediante a contratualização de uma carteira básica de serviços.

Da mesma forma, a UCSP tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à pessoa e à família inscritas numa determinada área geográfica, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional. É constituída por uma equipa multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF e depende hierarquicamente do diretor executivo do ACeS (MCSP, 2008b).

A reestruturação dos CSP previu também a reorganização da intervenção comunitária, a melhoria dos cuidados domiciliários e paliativos, a utilização de unidades móveis e de redes de apoio às famílias. Para tal pode ter contribuído a criação da UCC. Esta unidade funcional desenvolve cuidados organizados e orientados para grupos e ambientes específicos. Engloba a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, de base geográfica e domiciliária, particularmente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde e a educação para a saúde. “É uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida” (MCSP, 2008c, p.1).

À UCC atribui-se a constituição da equipa de cuidados continuados integrados, participando assim na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta equipa específica presta serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação

não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho).

Por sua vez, a USP tem como foco de ação a saúde populacional, ambiental e pública e funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS. Assim, compete à USP elaborar informação e planos no domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde e exercer as funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro).

A URAP presta serviços de consultoria e assistência a todas as unidades, organiza e coordena múltiplos meios, recursos e competências assistenciais específicos, estabelecendo também ligações funcionais aos serviços hospitalares. A equipa da URAP é composta por médicos de várias especialidades, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro).

Para viabilizar o funcionamento adequado de todas as equipas e de toda organização, foi criada a Unidade de Apoio à Gestão, que tem como função o apoio logístico às unidades funcionais, garantindo que existem condições materiais e objetivas para que todos possam cumprir a sua missão (MCSP, 2008a). Está organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACeS, em articulação funcional com a respetiva ARS. Presta também apoio administrativo e geral ao diretor executivo e ao conselho clínico (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro).

A implementação da reforma dos CSP surgiu com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tornando-os acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas e satisfação dos cidadãos e dos profissionais (MCSP, 2006). Para Nunes (2009), as medidas tomadas para o desenvolvimento dos CSP, ao longo dos anos, objetivaram fundamentalmente:

- i) Garantir a liberdade de escolha do médico pelo utente;
- ii) Assegurar um médico para os utentes em lista de espera;
- iii) Financiamento global e progressivo por capitação;
- iv) Disponibilizar informação e aconselhamento ao utente;

- v) Agilizar os processos de acesso à rede de CSP;
- vi) Utilização da rede convencionada de meios complementares de diagnóstico;
- vii) Melhorar a interligação com a rede hospitalar;
- viii) Diminuir o fluxo nas urgências hospitalares.

Segundo o mesmo autor, para se concretizarem estas medidas, é fundamental garantir a efetiva participação do cidadão e de toda a comunidade, incluindo os grupos vulneráveis, na busca constante de um novo sistema de saúde. Pisco (2011), constata que a reforma recente dos CSP acarretou uma maior satisfação dos cidadãos com os cuidados prestados, com ênfase na componente relacional e humana. Por outro lado, as USF obtiveram ganhos em eficiência, acessibilidade e de melhoria do ambiente laboral e qualidade dos serviços prestados.

Em diversos países têm sido encetadas reformas no sentido de se obterem ganhos em saúde, visando a equidade no acesso, a continuidade de cuidados e a relação custo/efetividade (Atun, 2004). As instituições governamentais procuram regularmente medidas que possam melhorar a equidade, a eficiência, a efetividade e a capacidade de resposta do sistema de saúde dos seus países. Nos últimos anos, essa procura resultou numa consciencialização acentuada da importância dos CSP na consagração desses objetivos (Marques, 2004). De facto, a não equidade de acesso aos serviços de saúde é um dos fatores que coloca os CSP no centro das atenções, pois é através destes que as iniquidades podem ser reduzidas, uma vez que os serviços de saúde orientados para as especialidades contribuem para uma menor equidade de acesso (Atun, 2004).

### **1.3. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde**

A acessibilidade aos cuidados de saúde é um pilar essencial e uma problemática presente nas atuais políticas de saúde. De facto, a preocupação com o acesso da população aos serviços de saúde não é recente, dado que o Estado deve assegurar o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, a cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação (Lei nº 56/1979, de 15 de setembro).

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) enuncia que “é objetivo fundamental obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição

económica e onde quer que vivam” (p.3452), bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços. Em 2007, foi publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS, que determina a prestação de cuidados de saúde num período de tempo clinicamente aceitável e o direito dos utentes à informação (Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto). Além disso, tendo em conta os direitos humanos, o acesso a cuidados de saúde eficazes, é um direito fundamental. O acesso aos serviços de saúde visa a melhoria da saúde, uma existência sem dor ou sofrimento do indivíduo, pelo que se não for garantido, todas as outras atividades humanas estarão implicadas (Whitehead & Dahlgren, 2006).

Importa, assim, esclarecer e clarificar os conceitos de acesso/acessibilidade em saúde. A acessibilidade diz respeito ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. De uma forma geral, esta inclui o acesso físico, financeiro e informação, tendo em conta: i) o tempo de espera para a obtenção de cuidados; ii) a disponibilidade de serviços de boa qualidade; iii) o preço dos cuidados; iv) o nível de partilha de custos; v) as opções disponíveis para a população; vi) a informações sobre os serviços (Comissão Europeia, 2003).

Justo (2004), define acessibilidade como a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem, para obter os cuidados de saúde no momento e no local onde é necessário, em quantidade e custo adequado, a fim de obter ganhos de saúde. No mesmo sentido, Baleiras e Ramos (1992) descreveram acessibilidade como a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis. Esta possibilidade deverá pautar-se pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade.

Donabedian (1973), distinguiu dois aspetos principais de acessibilidade: sócio-organizacionais e geográficos. Os sócio-organizacionais incluem todos os atributos dos recursos, tais como a disponibilidade ou as características do atendimento prestado. A acessibilidade geográfica é descrita em função do tempo, da distância física, que deve ser percorrida para obter cuidados de saúde, ou seja, a obtenção de cuidados pode ser influenciada por características do sistema de saúde e da população. As medidas para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde podem recair sobre a melhoria dos serviços de saúde, as condições de vida das populações ou fornecer mais recursos no acesso aos serviços. Donabedian abrange, ainda, o conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois para este, a acessibilidade indica também o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos

utentes e os serviços e recursos utilizados. Assim, a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos utentes (Travassos & Martins, 2004).

Penchansky e Thomas (1981), desenvolveram um conceito mais amplo, assente no equilíbrio entre as necessidades dos utentes e a capacidade do sistema de saúde em satisfazer essas necessidades. Este conceito de acessibilidade inclui cinco dimensões que a compõem e que podem funcionar como barreira: *accessibility*, *availability*, *affordability*, *acceptability* e *accommodation*. As dimensões *accessibility* e *availability* têm uma vertente espacial, enquanto as dimensões *affordability*, *acceptability* e *accommodation* são essencialmente não-espaciais e refletem os sistemas de financiamento e organização dos cuidados de saúde e fatores culturais (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2009).

Especificando cada uma das dimensões, *accessibility* diz respeito à relação entre a localização da oferta e a localização dos utentes, tendo em conta os recursos de transporte à disposição dos utentes, tempo de viagem, distância e custo (Penchansky & Thomas, 1981), tratando-se da adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e a distribuição geográfica dos utentes. *Availability* refere-se à adequação entre a oferta de profissionais e serviços e as necessidades dos utentes. Representa a capacidade da rede em oferecer serviços em quantidade suficiente (detém os recursos necessários como pessoal e tecnologia) para fazer face à procura potencial (ERS, 2009).

A dimensão *affordability* pode ser definida pela relação entre os preços dos atos prestados, incluindo formas de pagamento disponibilizadas pelos prestadores e o rendimento dos utentes e respetiva capacidade de pagamento. A perceção do utente do valor dos atos prestados relativamente ao custo total é um fator a considerar nesta dimensão, assim como o conhecimento dos utentes de preços, custos e formas de pagamento possíveis (Penchansky & Thomas, 1981).

Por seu lado, *acceptability* avalia se o ato de prestação de cuidados de saúde que é realizado corresponde às reais necessidades e expectativas do utente (ERS, 2009), e representa as atitudes dos utentes e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um (Travassos & Martins, 2004). Está relacionada com a adequação aos diferentes grupos populacionais. Segundo a OMS, inclui fatores não financeiros como a cultura, a

religião, o sexo e crenças como a perceção do valor dos cuidados de saúde das pessoas (WHO, 2010a).

*Accommodation* representa a relação entre a forma como os serviços se organizam para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização (Travassos & Martins, 2004). Inicialmente, Penchansky e Thomas (1981) descrevem-na como a relação entre o modo de organização dos recursos para o acolhimento dos utentes (incluindo sistemas de marcação, horários de funcionamento, acesso físico aos serviços e atendimento telefónico) e a habilidade dos utentes para se adaptarem a esses fatores, sendo que adequabilidade de cada utente, a estes fatores pode ser percebida de diversas formas. A forma de acolhimento dos utentes constitui uma das dimensões relevantes do acesso aos cuidados de saúde, dado que se não for efetuada de forma adequada pode funcionar como barreira que impede a transformação completa da prestação de cuidados “potencial” em prestação de cuidados “realizada” (ERS, 2009).

Outros autores, como Frenk (1985), defendem um conceito mais restrito, em que acessibilidade é definida como a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (resistência) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (poder de utilização). Nenhum destes dois componentes define o grau de acessibilidade, mas sim a relação entre eles. A resistência diz respeito aos impeditivos que não se referem à mera disponibilidade de serviços, sendo nomeadamente ecológicos, financeiros e organizacionais. O poder de utilização é discriminado em poder da população em termos de tempo e transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização. Desta forma, este modelo engloba várias componentes relativas às características dos serviços organizadas de acordo com o poder de utilização dos diferentes grupos populacionais (sociais).

Tendo em conta a abrangência do conceito de acessibilidade, os métodos para avaliação da mesma não são consensuais. Remoaldo (2003), ressalta que a acessibilidade física é prioritária, devendo ser medida em termos de distância, de tempo de percurso e em termos económicos (custo da viagem, preço dos serviços) ou socioculturais (diferenças de casta, barreiras linguísticas). Para Kruk e Freedman (2008), a distribuição geográfica de serviços de saúde essenciais é uma medida comumente utilizada para avaliação do acesso, sendo um exemplo de um indicador de resultado. No entanto, expõem também que a noção de “acesso em tempo útil” é cada vez mais reconhecida como uma importante característica da

acessibilidade e deve ser tida em conta na sua avaliação. Andersen (1995), ressalta que situações distintas têm impacto diferente no acesso aos cuidados de saúde, portanto a avaliação deste deve ser feita isoladamente, tendo em conta os vários níveis de atuação (prevenção, tratamento, reabilitação), os vários tipos de serviços (cuidados de saúde primários e diferenciados) e os diferentes tipos de problemas de saúde.

O uso dos serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele, uma vez que diferentes fatores predisponentes, individuais, contextuais, culturais e relativos à qualidade do cuidado, influenciam a acessibilidade, o uso e a efetividade dos cuidados (Travassos & Martins, 2004).

Furtado e Pereira (2010), mencionam que as características socioeconómicas dos indivíduos influenciam a utilização dos cuidados de saúde, distinguindo-as em fatores predisponentes (nível educacional/cultural, ocupação, etnia e redes sociais/familiares) e fatores capacitantes (meios necessários para aceder aos serviços de saúde, nomeadamente os rendimentos, a capacidade de pagar e o local de residência), os quais influenciam as atitudes e os valores, condicionando a perceção sobre a necessidade e utilização dos serviços de saúde. Assim, a utilização dos serviços é influenciada pela combinação entre as características individuais e as do sistema de prestação de cuidados.

Neste contexto, o acesso aos cuidados de saúde deve ser analisado com base nas necessidades em saúde, nas condições económicas e culturais dos diferentes contextos, sendo necessário reduzir e/ou eliminar as barreiras, investindo em mais recursos que facilitem e promovam a equidade no acesso aos serviços (Furtado & Pereira, 2010; Marmot, 2007). As dificuldades no acesso aos cuidados de saúde podem dever-se a características estruturais e organizacionais dos serviços, por exemplo, a localização e proximidade com a população e os tempos de espera por consultas. A não adaptação dos serviços às características das comunidades, como as crenças, atitudes e conhecimentos, pode também dificultar o acesso a cuidados de saúde - aceitabilidade (Furtado & Pereira, 2010). Concretamente, são apontadas como barreiras no acesso aos cuidados de saúde, em Portugal:

- i) Utentes sem médico de família;
- ii) Utentes geograficamente isolados com dificuldades na deslocação aos CS;
- iii) Distribuição desigual de recursos no território;

- iv) Dificuldades no processo de marcação de consulta;
- v) Tempo de espera para consulta elevado;
- vi) Dificuldade na referenciação dos CSP para os cuidados diferenciados;
- vii) Dificuldade na orientação do utente dentro do sistema;
- viii) Não integração de cuidados;
- ix) Custos inerentes à deslocação ou à falta ao trabalho;
- x) Inexistência de ações orientadas para a inclusão no sistema dos grupos populacionais mais vulneráveis;
- xi) Dificuldades na comunicação com determinados grupos por parte dos profissionais de saúde e secretariado clínico (Furtado & Pereira, 2010).

A garantia de acessibilidade deve ter por base a avaliação das necessidades da população e a identificação das necessidades não satisfeitas que necessitam de intervenção, bem como a adequação entre a procura e resposta dos serviços de saúde, a qualidade dos mesmos e a gestão de recursos, de acordo com o PNS 2012-2016 (ACS, 2011). No planeamento da acessibilidade é necessário compreender o funcionamento dos serviços e programas de saúde e avaliar as razões que diferenciam o acesso aos cuidados por parte das populações (OMS, 2011). Com base no modelo de Tanahashi, a OMS apresenta um esquema que pode ajudar a analisar o processo de prestação de cuidados e a perda de pessoas ao longo desse processo (Figura 2). O modelo proposto considera o caminho percorrido por uma pessoa desde o início do problema de saúde até ao seu atendimento pelo serviço de saúde (OMS, 2011).

A prestação de serviços de saúde engloba vários níveis (Figura 2) que determinam a cobertura eficaz de todos os cidadãos com cuidados: cobertura por disponibilidade, cobertura por acessibilidade, cobertura por aceitabilidade, contacto com a cobertura e cobertura efetiva (WHO, 2010a). A cobertura efetiva é definida como “uma medida de proporção da população que cumpre totalmente um tratamento recomendado ou programa”, aplicando-se quer para cuidados individuais quer para intervenções de saúde pública (WHO, 2010a, p.21).

Nos níveis intermédios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e contacto com a prestação, a população abrangida vai diminuindo, respetivamente, resultando na não garantia de acesso a toda a comunidade. O conceito inerente a estes níveis de acesso, prestação e uso

dos serviços de saúde é o mesmo que foi defendido por Penchansky e Thomas (1981) na abrangência do conceito de acessibilidade, anteriormente abordado.

A avaliação, seguindo este modelo, permitirá aos decisores identificar défices na concretização dos cuidados, analisar os fatores responsáveis por esses e selecionar estratégias eficazes para o desenvolvimento de serviços (WHO, 2010a). Por exemplo, avaliar a cobertura por acessibilidade (física e financeira) poderá contribuir para aumentar o conhecimento acerca das relações entre o acesso, a procura de cuidados e a cobertura efetiva. Ou, avaliar a cobertura por aceitabilidade, pode auxiliar os gestores a compreender os fatores que afetam a não adesão dos utentes a determinados serviços (WHO, 2010a) e subsequente intervenção nesses fatores (como por exemplo, a baixa participação de uma comunidade cigana num projeto de intervenção comunitária devido a crenças culturais ou religiosas).



**Figura 2.** Modelo para prestação e cobertura de serviços

(Adaptado de WHO, 2010a; OMS, 2011)

Assim sendo, a implementação de medidas que visem a melhoria do acesso aos cuidados de saúde podem multiplicar-se por diferentes campos de ação. Segundo Chapman, Zechel, Carter e Abbott (2004), “o acesso aos cuidados primários pode ser melhorado diversificando os modos de prestação de cuidados, promovendo os papéis desempenhados pelos profissionais e implementando os serviços de forma mais flexível” (p.380).

O International Council of Nurses (ICN, 2011) defende o desenvolvimento de serviços móveis (com unidades móveis que prestam serviços básicos de rastreio em locais públicos), serviços de longo alcance concebidos especificamente para ter como alvo grupos populacionais difíceis de alcançar e introduzir mecanismos para reduzir os tempos de espera. No mesmo documento, o ICN, corroborando Gilson, Doherty, Loewenson e Francis (2007),

sustenta que a nível financeiro, devem ser implementadas medidas que: i) aumentem o acesso geográfico aos serviços através do investimento em serviços públicos primários e secundários em áreas subservidas e reforçando os sistemas de referenciação; ii) atribuam recursos governamentais entre áreas geográficas, tendo em consideração as necessidades de saúde da população e todas as fontes de financiamento disponíveis; iii) financiem adequadamente os cuidados de saúde primários, tendo em conta uma cobertura universal.

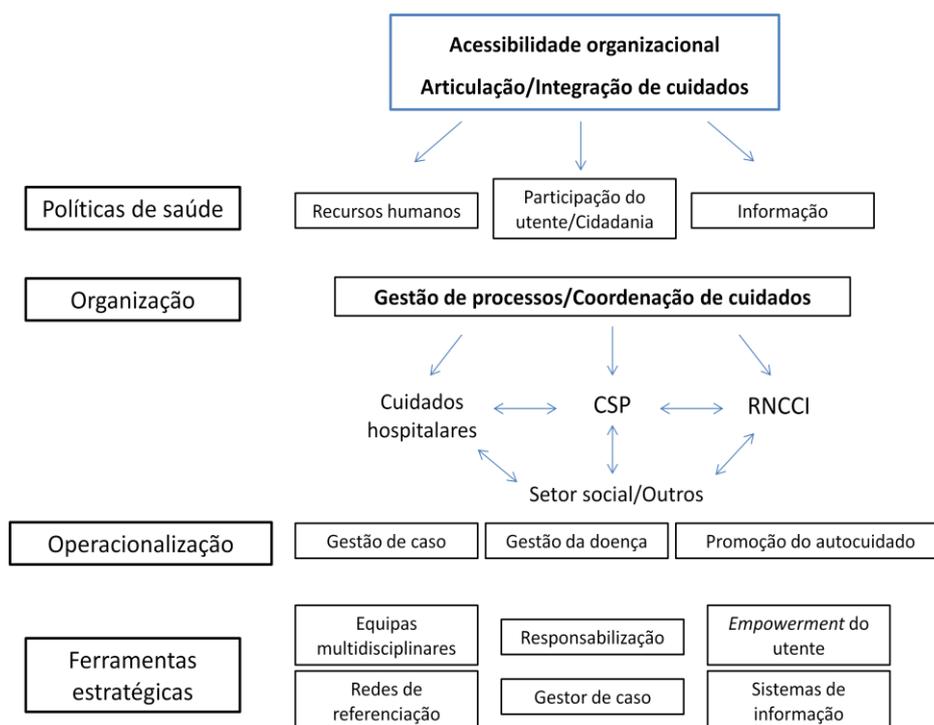
O PNS 2012-2016 atribui um enfoque central e estratégico à problemática do acesso aos cuidados de saúde, propondo várias estratégias e recursos. Para a compreensão e resolução efetiva do problema são essenciais sistemas de informação e monitorização do acesso, permitindo a obtenção de evidência científica que inclua os indicadores de acesso e as intervenções efetuadas (ACS, 2011).

Importa, também, e de acordo com o PNS 2012-2016, o desenvolvimento de projetos específicos implementados nos grupos vulneráveis, ou em toda a população, que visem reduzir a desigualdade e melhorar a performance do sistema. As comunidades ou grupos marginalizados necessitam de abordagens diferenciadas. Deve ser tida em conta a divulgação dos serviços/programas/projetos de forma adaptada às particularidades e necessidades de cada grupo ou comunidade, para que todos reconheçam o benefício dos cuidados, designadamente dos cuidados preventivos e de promoção da saúde (ACS, 2011). A este nível, revela-se útil o investimento na qualificação e promoção da comunicação dos profissionais de saúde com os utentes. Através do *empowerment* dos cidadãos e capacitação dos cuidadores informais é possível melhorar a literacia em saúde e minimizar as necessidades de acesso, beneficiando da redução da procura inadequada de serviços (Furtado & Pereira, 2010).

O PNS 2012-2016 recomenda, também, a existência de estratégias de articulação entre níveis de cuidados, entre cada nível, intrainstitucional e entre setores (Figura 3): i) estabelecimento de redes de comunicação e sistemas de informação; ii) gestão do percurso do utente entre níveis de cuidados; iii) monitorização e avaliação da articulação entre CSP e cuidados hospitalares; iv) implementação de protocolos de referenciação; v) articulação com a RNCCI (ACS, 2011). Dias e Queirós (2010), defendem um modelo integrado de cuidados, no qual a figura do “gestor de caso” incrementa quer a articulação intrainstitucional quer entre instituições. Este teria como função gerir o contacto entre o utente/família e a instituição e entre este e a mobilização dos recursos sociais necessários.

Como já referido, os CSP são a base estruturante de promoção do acesso aos cuidados de saúde, devendo estar próximos e centrados no indivíduo/família/comunidade (ACS, 2011; Furtado & Pereira, 2010). Em situação de necessidade, estes devem assegurar o acesso atempado dos utentes a um profissional de saúde, num período de 24 horas. De igual forma, é crucial a adequação do horário de funcionamento dos CSP à população da área geográfica subjacente, bem como garantir a resposta às localidades mais isoladas, por exemplo, através de unidades móveis de saúde (Furtado & Pereira, 2010).

No entanto, a questão da acessibilidade não se esgota nos serviços de saúde (também visível no esquema abaixo), reconhecendo-se a importância da conjugação de esforços dos diferentes grupos profissionais, instituições de saúde, poder local e setor social para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o efetivo trabalho em parceria e a intersectorialidade.



**Figura 3.** Modelo conceptual de articulação de cuidados  
(Adaptado de Dias & Queirós, 2010)

O apoio financeiro para melhorar o acesso e o uso de serviços de saúde entre os pobres é crucial, mas a questão subjacente para a intervenção política é a necessidade de reduzir e

eliminar as barreiras financeiras aos serviços (Marmot, 2007). Os sistemas nacionais de saúde são fundamentais para enfrentar as desigualdades na saúde, precisando ser adequadamente sustentados, funcionar bem e serem acessíveis a todos (Marmot, 2007). Quando nem todas as pessoas têm acesso a serviços de saúde adequados que respondam às suas necessidades e isso tem impacto no seu estado de saúde, podemos falar em iniquidade em saúde.

#### **1.4. Equidade em Saúde**

A promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde tem sido parte integrante dos objetivos das políticas de saúde. Durante as últimas décadas, tem-se desenvolvido um número considerável de estudos com vista à avaliação da equidade em saúde. No entanto, esta é uma tarefa complexa, uma vez que se trata de um conceito de difícil definição e operacionalização devido à sua subjetividade e multidimensionalidade.

O termo iniquidade tem uma dimensão moral e ética, referindo-se a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas além disso, são também consideradas injustas e abusivas. Assim, a fim de descrever uma determinada situação como injusta, a causa deve ser analisada e julgada no contexto em que ocorre, tendo em conta toda a sociedade. (Whitehead, 1992, p.5)

Equidade em saúde é um valor ético, normativo, baseado no princípio ético da justiça distributiva e consonante com os princípios dos direitos humanos (Braveman & Gruskin, 2003).

A International Society for Equity in Health (ISEqH, 2001) define equidade como a ausência de diferenças sistemáticas, potencialmente evitáveis num ou mais aspetos da saúde, em grupos populacionais definidos a diferentes níveis: social, económico, demográfico ou geográfico. Ou seja, implica uma justa distribuição de serviços em função das necessidades, tendo em conta que algumas pessoas ou populações poderão exigir uma maior parte dos recursos do que aqueles que lhe seriam atribuídos numa distribuição igualitária dos mesmos (Kinman, 1999). O que nos remete para o conceito de equidade vertical que implica um tratamento diferente para necessidades diferentes. Especificamente, mais recursos e melhores oportunidades de acesso e utilização para maiores necessidades (Mooney, 1983, citado por Braveman, 2006).

O conceito de equidade não é forçosamente equivalente a igualdade, embora os dois termos sejam por vezes usados como sinónimos. A equidade tem a ver com justiça, referindo-se, num sentido lato, à redistribuição dos recursos de acordo com às necessidades de cada indivíduo. O

seu conceito engloba as dimensões ética e social, tornando-o relativo. A igualdade é um conceito mais absoluto, não tem necessariamente uma conotação ética (Pereira, 1993). No entanto, Starfield (2011) refere que o termo "justiça" não é o mais adequado para definir equidade, pois a justiça não é mensurável e, portanto, não é um termo útil para a sua avaliação ou para o desenvolvimento de políticas. Por outro lado, a maioria da literatura publicada sobre a equidade em saúde centra-se na utilização, acesso e financiamento dos serviços de saúde, confundindo estes com equidade em saúde (Macinko & Starfield, 2002). Braveman e Gruskin (2003), defendem que avaliar a equidade em saúde requer comparar saúde e os seus determinantes sociais, entre os grupos sociais mais e menos desfavorecidos.

Antes de prosseguir, será útil esclarecer o conceito de grupos desfavorecidos/vulneráveis ou com necessidades especiais. Estes são afetados por condições estruturais e sociais desiguais resultando, desproporcionalmente, em problemas de saúde e sofrimento social (Browne et al., 2012). Incluem, por exemplo, idosos pobres e isolados, sem-abrigo, imigrantes, toxicod dependentes, doentes portadores de VIH-SIDA e outras doenças de transmissão sexual, doença mental ou situações associadas à pobreza e exclusão social.

A equidade em saúde é um dos princípios básicos de qualquer sistema de saúde, estando contemplado na maioria das constituições, incluindo a portuguesa (Giraldes, 2001, 2005). As iniquidades existentes em quase todos os países tornam-se um desafio complexo, pois devem ser consideradas as desigualdades existentes dentro do país, entre regiões, e não apenas a evolução conseguida pelo país no geral (Whitehead & Dalghren, 2006).

A OMS afirma que se espera que os sistemas de saúde sejam equitativos, mas estes estão a desenvolver-se em direções que pouco contribuem para a equidade e justiça social, afastando-se assim do seu objetivo de reduzir as iniquidades em saúde. É importante conhecer a extensão e compreender a natureza das iniquidades e da exclusão para que se possam desenvolver objetivos de mudança, uma vez que o próprio setor da saúde é capaz de tomar medidas significativas para contribuir para o progresso da equidade em saúde (WHO, 2008).

Em 1992, a OMS lançou o documento “Os conceitos e os princípios da equidade em saúde - uma oportunidade justa para todos”, desenvolvido por Whitehead, cujo objetivo era contribuir para a obtenção da meta 1 (as diferenças reais no estado de saúde entre países e entre grupos dentro dos países deve ser reduzida em pelo menos 25%, através da melhoria do nível de saúde das nações e grupos desfavorecidos) delineada na estratégia “Saúde para todos no ano

2000”. No documento, a autora define equidade em saúde com base na estratégia referida: i) igualdade de acesso aos cuidados disponíveis para necessidade igual; ii) utilização igual para igual necessidade; iii) igual qualidade dos cuidados de saúde. Whitehead explica que o acesso equitativo aos cuidados disponíveis para necessidades iguais implica: i) igualdade de direitos nos serviços disponíveis e uma justa distribuição dos serviços em todo o país, baseada nas necessidades de cuidados de saúde e na facilidade de acesso em cada área geográfica, removendo-se possíveis barreiras de acesso; ii) conceito de utilização igual para igual necessidade, ou seja, nem todas as diferenças encontradas nas taxas de utilização dos serviços por parte de diferentes grupos sociais, são necessariamente iniquidades. No entanto, quando o uso de serviços é restrito por desvantagem social ou económica, podemos falar em iniquidade, devendo ser implementados esquemas/ações, nomeadamente ao nível da prevenção primária, que facilitem a utilização dos serviços pela população. Igual qualidade dos cuidados de saúde para todos (iii) está associada ao empenho dos serviços/decisores para colocar o mesmo grau de compromisso/qualidade nos serviços prestados a todos os setores da comunidade, de modo a que todos possam esperar o mesmo alto padrão de cuidados.

O documento referido ressalta que o objetivo das políticas de equidade em saúde não é eliminar todas as diferenças de saúde para que todos tenham o mesmo nível e qualidade de saúde, mas sim para reduzir ou mitigar aquelas que resultam de fatores que são considerados evitáveis e injustos (Whitehead, 1992). Não será possível nem desejável que toda a população tenha o mesmo nível de saúde, o mesmo tipo de doença ou morra exatamente com o mesmo tempo de vida. A autora dá o exemplo da prevalência de doença coronária em homens com mais de 70 que, quando comparada com os de 20, é muito superior. No entanto, não podemos afirmar que se trata de iniquidade, dado o processo natural de envelhecimento do ser humano. Contudo, grande parte das diferenças entre grupos é justificada por outros motivos, que não biológicos e que devem ser corrigidos.

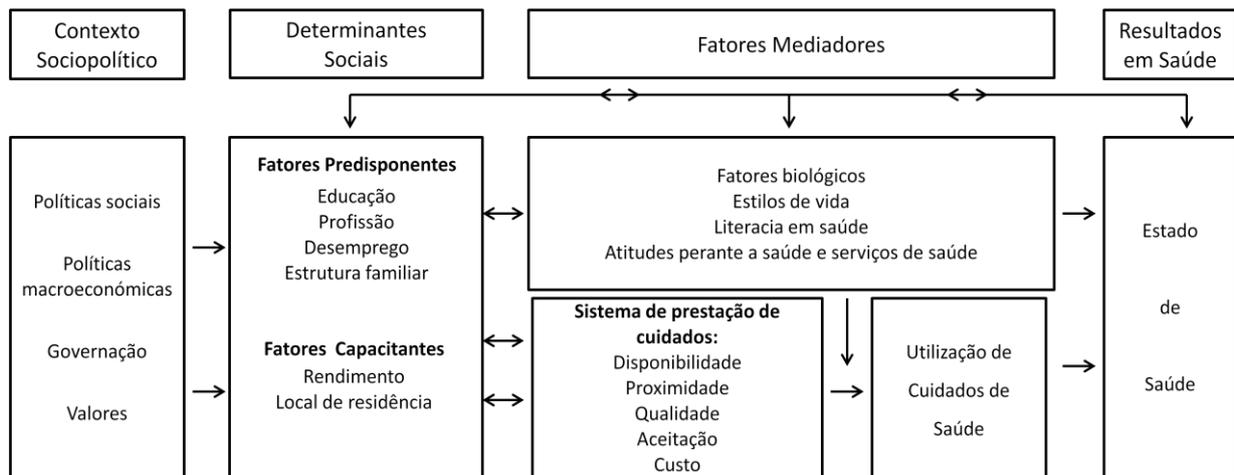
No dizer de Whitehead e Dalghren (2006), existem fatores (sistemáticos, socialmente produzidos, injustos e modificáveis) responsáveis por tornar as diferenças na saúde biologicamente determinadas em iniquidades. São apontados um padrão sistemático de desigualdades em saúde e os processos sociais que produzem as diferenças em saúde. A este nível, observamos o desenvolvimento de estruturas sociais que promovem desigualdades e a estratificação da sociedade que desfavorece os mais vulneráveis. Para as autoras, o facto de as

iniquidades terem a sua génese nos processos sociais, deveria conduzir à aplicação de esforços concertados de políticas de combate às iniquidades sociais.

Em 2005, foi criada pela OMS a comissão para os determinantes sociais de saúde (Comission for Social Determinants of Health [CSDH]), para responder à crescente preocupação com a iniquidade em saúde, liderada por Michael Marmot. Aqui pode constatar-se a importância dos determinantes sociais de saúde na génese das iniquidades, uma vez que a distribuição desigual do poder, dos rendimentos, dos bens e serviços repercute-se nas circunstâncias de vida das pessoas, no seu acesso aos cuidados de saúde e educação, nas condições de trabalho e de lazer, nas habitações e nas comunidades, o que leva a desigualdades de saúde substanciais. Os determinantes estruturais e condições de vida diária constituem os determinantes sociais da saúde e causam muitas das desigualdades entre e dentro dos países (Marmot, Friel, Bell, Houweling & Taylor, 2008).

No seguimento destas ideias, surge o conceito de gradiente social, que se refere à diferença existente entre o topo (*top*) e a base (*bottom*) da sociedade, ou seja, em todos os níveis socioeconómicos, a saúde/doença segue o gradiente social: à medida que diminui a posição socioeconómica dos indivíduos, piora a sua saúde e vice-versa. Existe um gradiente social que vai de cima para baixo na faixa económica, sendo o gradiente óbvio ou subtil (Marmot, 2006, 2007; Marmot et al., 2008). Whitehead e Dalghren (2006), explicam o gradiente social pelo facto de que os níveis de saúde diminuem e a mortalidade aumenta quando aumentam as desigualdades sociais, designadamente se estas forem analisadas tendo em conta a educação, o emprego ou a classe social e o desfavorecimento dos locais/áreas onde as pessoas vivem. Para as autoras, o impacto do gradiente social pode ser observado se considerarmos as vidas que é possível salvar, se todos os grupos sociais usufruírem do nível elevado de saúde que os grupos mais favorecidos têm. Em todos os serviços de saúde, a percentagem de indivíduos que recebem ou não cuidados difere entre grupos populacionais, sendo essa discrepância o mecanismo através do qual os serviços e programas de saúde aumentam as iniquidades em saúde (OMS, 2011).

Furtado e Pereira (2010), desenvolveram um modelo explicativo (Figura 4) da génese das iniquidades em saúde, com base nos determinantes sociais de saúde (educação, trabalho, estilos de vida, acesso), no acesso a serviços de saúde e na utilização de cuidados de saúde.



**Figura 4.** Modelo explicativo da iniquidade em saúde

(Adaptado de Furtado & Pereira, 2010)

As políticas públicas e sociais e o contexto sociopolítico são responsáveis pelas desigualdades sociais dos indivíduos que, por sua vez, influenciam as características destes e condicionam a sua exposição a situações que podem comprometer o estado de saúde, afetar os estilos de vida e interferir no acesso aos cuidados de saúde (Furtado & Pereira, 2010; Marmot et al., 2008). Portanto, a acessibilidade aos cuidados de saúde está ativamente relacionada com os determinantes de saúde, com a literacia em saúde e as crenças acerca dos serviços e utilização destes. Todos estes aspetos, em conjunto com as características dos sistemas de saúde, determinam a utilização dos serviços. Nesta lógica de ideias, a acessibilidade é um dos importantes determinantes, entre outros, da equidade no estado de saúde (Furtado & Pereira, 2010; Whitehead & Dahlgren, 2006).

Reconhecendo os múltiplos exemplos de desigualdades existentes ao nível da acessibilidade e equidade em saúde e a constituição destas como um problema a nível nacional e global, dada a influência que exercem no desempenho pessoal/profissional/socioeconómico das populações, é de extrema importância a implementação de medidas com vista ao desenvolvimento e incremento da equidade, com base na evidência. Realça-se que estas não devem ser reducionistas, contrariando a atual centralidade do paradigma de atuação das políticas no binómio saúde/doença (Furtado & Pereira, 2010; Marmot, 2007; Marques, 2004; Starfield, 2011). A operacionalização das medidas a implementar deve também centrar-se na redução das desigualdades sociais, dado que um dos principais fatores que contribui para a

melhoria global da saúde da população é a diminuição das disparidades culturais, económicas e sociais entre os estratos sociais, mais do que propriamente a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Nunes & Rego, 2002).

Em 2008, foi publicado pela CSDH o relatório que contém as recomendações para a redução da iniquidade. No artigo publicado com base no relatório, Marmot et al. (2008) defendem que é fundamental a atuação ao nível dos determinantes sociais de saúde, que deve incluir todos os decisores políticos, a sociedade civil, as comunidades locais, as empresas e as agências internacionais, através de políticas e programas que envolvam todos os setores da sociedade e não apenas o setor da saúde. As três principais linhas de ação emanadas pela CSDH, como referem Marmot et al. (2008), são: i) “melhorar as condições de vida diária (ou seja, as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem)” (p.1661); ii) “enfrentar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos (os fatores estruturais de tais condições de vida diária) global, nacional e localmente” (p.1661); iii) “medir o problema, avaliar a ação, expandir a base de conhecimento, desenvolver uma força de trabalho baseada nos determinantes sociais de saúde, e sensibilizar o público sobre esses determinantes” (p.1661). Os autores explicam que o reconhecimento das iniquidades em saúde “...é o reconhecimento da situação de pessoas que vivem com 1 dólar por dia na África rural, de moradores urbanos em favelas de países com baixos e médios rendimentos e o gradiente social em saúde em países com altos rendimentos” (p.1662).

Analisando cada um dos princípios de ação segundo a CSDH, referidos por Marmot et al. (2008), a melhoria das condições de vida diária passa por:

...melhorar o bem-estar de meninas e mulheres e as circunstâncias em que os seus filhos nascem, colocar maior ênfase no desenvolvimento das crianças e educação de raparigas e rapazes, melhorar as condições de vida e trabalho, criar políticas de proteção social e de apoio para todos e criar condições para viver mais com qualidade. (p.1662)

Por seu lado, a intervenção para combater a iniquidade ao nível da distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, envolve políticas de fortalecimento da sociedade, com base no estabelecimento de um setor público forte, comprometido, capaz e adequadamente financiado para poder responder às necessidades dessa sociedade, o que se consegue com uma governação reforçada pela legitimidade, espaço e apoio à sociedade civil, com um setor privado responsável e com toda a sociedade empenhada nos interesses públicos. Para medir e compreender o problema e avaliar os resultados das intervenções, é essencial reconhecer o

problema e garantir que a iniquidade em saúde é medida nacional e globalmente. Ou seja, quer os governos nacionais, quer as organizações internacionais apoiadas pela OMS, devem implementar sistemas de vigilância da equidade em saúde, dos determinantes sociais de saúde e do impacto das políticas e ações implementadas na saúde e equidade (Marmot et al., 2008).

Segundo a OMS (2011), a intervenção para a redução das iniquidades deve incluir ações adaptadas às necessidades e ao contexto, específicos de cada país, envolvendo todos os setores da sociedade. Para que sejam efetivamente atingidos os objetivos de redução das iniquidades, é importante trabalhar de forma sustentada, consciencializar a população e os governos de que a equidade em saúde e o bem-estar são prioridades e a abordagem deve ser holística e transversal a todos os setores da sociedade. No mesmo documento da OMS (2011), que resulta da conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde, são apontadas cinco dimensões (Tabela 1) para que sejam atingidas as três linhas de ação defendidas por Marmot et al. (2008).

**Tabela 1.**  
Dimensões e estratégias para a promoção da equidade em saúde

<b>Dimensões</b>	<b>Estratégias</b>
<b>1. Políticas de combate às causas mais profundas das iniquidades em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas adequadas à implementação de ações sobre os determinantes sociais (responsabilização, justiça)</li> <li>- Implementar ações intersetoriais</li> </ul>
<b>2. Promoção da participação comunitária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar condições para a participação</li> <li>- Negociar a participação e assegurar a representatividade</li> <li>- Facilitar a participação da sociedade civil</li> </ul>
<b>3. Papel do setor da saúde: programas de saúde pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão de ações sobre os determinantes sociais</li> <li>- Reorientar os serviços de saúde e programas de saúde pública para que trabalhem na redução das iniquidades</li> <li>- Institucionalizar a equidade na gestão dos sistemas de saúde (cobertura universal, acesso, qualidade, adequados)</li> </ul>
<b>4. Ações globais sobre os determinantes sociais, definindo prioridades e grupos de interesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir as partes interessadas e as prioridades (ações de âmbito global, organizações internacionais, não governamentais, governos nacionais)</li> </ul>
<b>5. Monitorização do progresso: medir e analisar para informar as políticas sobre determinantes sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar fontes, selecionar indicadores, recolher dados e estabelecer metas</li> <li>- Prosseguir com as intervenções, mesmo na ausência de dados sistematizados</li> <li>- Divulgar dados sobre as iniquidades em saúde e os determinantes sociais e integrar essas informações no processo político (para que os dados conduzam à ação)</li> </ul>

Fonte: OMS, 2011

Também Whithead e Dalghren (2006), apresentam dez princípios para combater a iniquidade em saúde, nomeadamente, a adoção de estratégias interdependentes como a avaliação do progresso conseguido focado na população mais pobre, a redução do gradiente social e, logo, da disparidade no estado de saúde entre os extremos da estrutura social, obtendo igualdade de oportunidades de saúde em todo o espectro socioeconómico. As políticas de saúde devem ter a finalidade de promover ganhos em saúde na população mas também de reduzir as desigualdades na saúde, sendo importante que se implementem esforços para ouvir e considerar os grupos vulneráveis. A monitorização das iniquidades sociais em saúde deve ser feita por género, estudando separadamente homens e mulheres porque a dimensão e as causas das desigualdades sociais podem diferir de sexo para sexo. Importa, também, examinar as diferenças em saúde por etnia, espaço geográfico e nível socioeconómico. As autoras sustentam que os sistemas de saúde devem ser construídos com base nos princípios de equidade:

- i) Os serviços de saúde, tal como os utentes, não devem ser orientados ou explorados com vista ao lucro;
- ii) Os serviços devem ser fornecidos de acordo com as necessidades dos indivíduos e não com a sua capacidade de pagamento;
- iii) Todos devem usufruir do mesmo padrão elevado de cuidados, sem discriminação por perfil social, étnico, etário ou de género;
- iv) Os valores de equidade de um sistema de saúde devem ser explicitamente identificados e controlados, garantindo que esses objetivos são assegurados da forma mais eficiente possível.

No parecer da WHO (2010b), o anterior PNS (2004-2010) não foi profícuo no que respeita à questão da equidade em saúde. No entanto, no atual PNS (2012-2016) esta questão assume centralidade, estando subordinada a um eixo estratégico. Para a elaboração do mesmo, o estudo levado a cabo por Furtado e Pereira (2010) identifica três grandes áreas de atuação para a redução da iniquidade em saúde, que vão de encontro aos princípios definidos pela CSDH. Assentam na diminuição das desigualdades socioeconómicas, na melhoria do acesso ao sistema de prestação de cuidados de saúde e no aumento do conhecimento (conhecer a realidade existente) sobre essas mesmas desigualdades e acesso aos cuidados. Ao nível da melhoria do acesso à prestação de cuidados a atuação passa, entre outros aspetos, pela ação

que deve ser desenvolvida ao nível dos CSP, bem como pela identificação dos grupos populacionais onde as desigualdades na saúde são mais acentuadas.

Especificamente no PNS 2012-2016 (ACS, 2011), são enumeradas orientações para a promoção da equidade, que assentam na promoção da acessibilidade enquanto fator-chave para a redução das desigualdades, na adequação dos serviços e na atuação junto dos grupos vulneráveis:

- i) Considerar as necessidades de saúde, as desigualdades, a qualidade das respostas dos serviços em associação com a afetação de recursos e avaliação do desempenho;
- ii) Conhecer e divulgar a evolução de indicadores de acesso e a resposta das instituições às necessidades dos grupos vulneráveis;
- iii) A nível local, os serviços de saúde devem contribuir para reduzir o impacto dos determinantes sociais, designadamente no estabelecimento de respostas integradas, intersetoriais e proativas, ajustadas às necessidades dos grupos;
- iv) Intervir sobre os determinantes associados ao acesso como fator-chave das iniquidades em saúde através da adequação dos serviços, flexibilização das respostas, diversificação das práticas (acesso telefónico, email);
- v) Fomentar a educação para a saúde, o autocuidado, a figura de cuidador informal, do voluntário e o setor social como parceiros relevantes na prestação de cuidados (os serviços na comunidade minimizam a necessidade de acesso e reduzem a procura inadequada e os custos);
- vi) Promover a confiança do cidadão no médico e enfermeiro de família numa relação que promova a proximidade e continuidade de cuidados personalizados.

O Ministério da Saúde e a MCSP (2007) remetem para que a equidade seja assegurada através da garantia de acesso em tempo útil aos cuidados de saúde, prestados em condições de efetiva igualdade, em toda a área geográfica abrangida pelas unidades de saúde, sendo que para assegurar o direito de acesso aos serviços de saúde é necessário garantir, entre outros aspetos, a equidade, a qualidade e a participação dos cidadãos. Importa, também, criar um espaço organizacional e capacidade de agir efetivamente na iniquidade em saúde, através do investimento na formação dos decisores políticos e profissionais de saúde, da compreensão pública dos determinantes sociais de saúde, e um maior ênfase sobre os determinantes sociais na investigação em saúde pública (Marmot et al., 2008).

Neste âmbito, o papel dos CSP pode ser determinante, pois a sua atuação junto das populações vulneráveis contribui em grande parte para a redução das iniquidades (Browne et al., 2012; WHO, 2008; Starfield, 2006). A evidência mostra que a implementação de CSP sólidos permite a obtenção de melhores resultados em saúde, como a redução da incidência de doença aguda e crónica, a diminuição da utilização dos serviços de urgência e internamentos hospitalares (WHO, 2008). Portanto, os CSP devem assumir importância crescente nos sistemas de saúde e direcionar-se para as comunidades marginalizadas, onde é possível alcançar maiores ganhos na correção das iniquidades em saúde (Browne et al., 2012; Starfield, 2011).

A OMS identifica os obstáculos presentes nos CSP que dificultam o seu papel na redução das iniquidades: i) inversão da prestação de cuidados (os que apresentam maiores necessidades de saúde têm menor acesso); ii) falta de recursos e segmentação dos cuidados prestados aos grupos vulneráveis; iii) défice de conhecimento sobre medidas para adequar as respostas dos serviços aos grupos desfavorecidos; iv) políticas e financiamentos insuficientes para solucionar estes problemas (WHO, 2008). Para contornar esta situação, Browne et al. (2012) indicam dimensões essenciais que os CSP devem por em prática: cuidados com capacidade de resposta para as iniquidades, cuidados contextualmente adaptados e cuidados culturalmente competentes. O que significa que os determinantes sociais da saúde devem ser uma das principais prioridades da prestação de cuidados, que os serviços devem estar explicitamente adaptados às populações e contextos locais e que, na prestação de cuidados, deve ser considerada a influência das experiências de desigualdade e discriminação no processo saúde-doença, no acesso a cuidados de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. É crucial que todos os decisores políticos, entidades e profissionais reconheçam o papel essencial das organizações de base comunitária na promoção da equidade em saúde.

O empenho pela melhoria das oportunidades de vida das pessoas tem vindo a ser desenvolvido, dado o grande progresso na saúde, atingido nos últimos 30 anos (Marmot et al., 2008). Hoje em dia, a equidade em saúde goza de uma grande visibilidade no discurso de líderes políticos e ministros da saúde, bem como de reconhecimento por parte das estruturas de governo local, organizações profissionais e organizações da sociedade civil (WHO, 2008). A promoção do acesso e equidade aos cuidados de saúde acarreta múltiplas oportunidades quer para o cidadão quer para os profissionais de saúde, instituições ou decisores políticos.

A promoção do acesso e equidade em saúde permitirá aos cidadãos a melhoria da morbidade, consequência do diagnóstico precoce, da resolução integrada de problemas de saúde e da reabilitação precoce na comunidade ou em unidades próximas da residência e, também, o aumento da literacia e *empowerment* dos cidadãos e cuidadores informais e a valorização dos cuidados prestados. Para as instituições de saúde, os benefícios enquadram o desenvolvimento da sua imagem de marca, enquanto organizações responsáveis pelo estado de saúde das populações e a redução dos custos e despesas. Por outro lado, o reforço do trabalho multidisciplinar e interinstitucional, centrado nos problemas dos clientes, conduz ao aumento da motivação dos profissionais de saúde e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Na ótica do decisor político, é essencial a melhoria da equidade de acesso nos grupos vulneráveis ou com necessidades especiais e o crescimento do valor social do sistema de saúde (ACS, 2011).



# **CAPÍTULO II**

## **METODOLOGIA**

---



A investigação científica é, de entre todos os métodos de aquisição de conhecimentos, o método mais rigoroso e aceitável, uma vez que assenta num processo racional (Fortin et al., 2009). A metodologia consiste em delinear o caminho para atingir um objetivo e compreende um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que permitem economizar recursos humanos e materiais, dando ao mesmo tempo a orientação necessária para percorrer esse caminho e alcançar o objetivo pretendido (Coutinho, 2011). Assim, a seleção da metodologia está diretamente relacionada com o problema a ser estudado, natureza dos fenómenos, objetivo, recursos financeiros, recursos humanos e outros elementos que possam surgir no campo da pesquisa (Lakatos & Marconi, 1996) e apresenta implicações para a qualidade, integridade e interpretabilidade dos resultados.

Sendo esta uma das fases mais importantes do trabalho de investigação, são agora descritos os passos que foram seguidos para a consecução dos objetivos propostos, precisando o tipo de estudo, população e amostra em estudo, definição das variáveis e respetiva operacionalização e categorização, instrumento de recolha de dados, métodos e técnicas de análise de dados e aspetos éticos.

## **2.1. Tipo de estudo**

Considerando a problemática em análise “relação existente entre a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP dos utentes no concelho de Vila Real”, o tipo de estudo mais adequado é de natureza quantitativa, de carácter transversal, correlacional-descritivo.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa pois, tal como o define Fortin et al. (2009), este é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, visando sobretudo explicar e prever um fenómeno pela medida de variáveis e análise de dados numéricos. Diz respeito à medição de factos observáveis e respetiva transformação e comparação/relação em variáveis comportamentais (Coutinho, 2011). Dada a objetividade, as grandes amostras em que se baseiam e “a crença de que a realidade social é repetível”, os estudos quantitativos podem ser generalizados para a população, conduzindo ao conhecimento científico da realidade (Coutinho, 2011).

Dado que a recolha de dados foi efetuada num momento específico, o presente estudo é considerado transversal (Oliveira, 2009). Os dados recolhidos caracterizam e descrevem a

amostra no momento da sua recolha. Para Fortin et al. (2009), “o estudo transversal consiste em examinar simultaneamente um ou vários cohortes da população ou um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação” (p.252).

Corresponde, também, a um estudo correlacional, pois objetiva examinar as associações e relações entre variáveis (Fortin et al., 2009). Os estudos de desenho correlacional podem ainda definir-se como descritivos (exploração das relações), preditivos (explicação das relações) e confirmativos (verificação dos modelos teóricos) (Fortin et al., 2009). O presente estudo enquadra-se como correlacional-descritivo, pois o objetivo é descrever as características do fenómeno acessibilidade/equidade, fazendo a exploração das relações existentes (ou não) entre a acessibilidade e a equidade nos CSP no concelho de Vila Real.

## **2.2. Questão e hipóteses de investigação**

As questões de investigação estão estritamente ligadas aos objetivos do estudo e apontam para a informação que o investigador quer alcançar, no entanto, são “mais específicas e incluem os diferentes aspetos suscetíveis de serem estudados” (Fortin et al., 2009). São restritamente usadas nos estudos descritivos e descritivos correlacionais, uma vez que estão relacionadas com a “descrição de conceitos ou populações, ou ao estabelecimento de variáveis” (Fortin et al., 2009).

Neste âmbito, a questão preliminar que deu origem à definição da problemática em estudo é: ***qual a relação existente entre a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP dos utentes no concelho de Vila Real?***. Pretende-se também responder aos seguintes objetivos:

- i) Caracterizar a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP dos utentes no concelho de Vila Real;
- ii) Analisar os fatores que determinam a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP no concelho de Vila Real;
- iii) Verificar se existe relação entre a acessibilidade e a perceção de equidade nos CSP no concelho de Vila Real.

Na sequência da questão norteadora e dos objetivos definidos, impõe-se o estabelecimento de hipóteses para verificar a relação entre as variáveis. As hipóteses consistem na previsão de

uma resposta para a problemática que é investigada (Coutinho, 2011). Neste contexto, foram definidas as seguintes hipóteses:

- i) As variáveis de caracterização sociodemográfica (sexo, grupo etário, habilitações literárias, situação profissional e setor de atividade), têm influência na perceção de equidade dos utentes dos CSP no concelho de Vila Real;
- ii) Existe relação entre a acessibilidade (unidade funcional a que o utente pertence, tempo que o utente demora para conseguir consulta médica, existência de enfermeiro de família e tempo que o utente demora para conseguir consulta do enfermeiro de família) e a perceção de equidade dos utentes dos CSP no concelho de Vila Real.

### **2.3. População e amostra em estudo**

Com vista ao desenvolvimento do estudo, importa clarificar a informação relativa à população estudada e respetiva amostra. A população corresponde a uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios, a quem se pretende generalizar os resultados (Fortin et al., 2009). A população em estudo corresponde à população residente no concelho de Vila Real, constituída por 51.850 habitantes, dos quais 52,42% são do sexo feminino e 47,58% do sexo masculino, distribuídos por 20 freguesias. A população com idade superior ou igual a 18 anos é de 38.749 (74,7%) habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

A amostra diz respeito ao conjunto de sujeitos de quem se recolhe os dados e deve ter as mesmas características que a população de onde foi extraída (Coutinho, 2011). Para Marotti, Furuyama, Pigozzo, Campos e Laganá (2008), a amostra é traçada a partir da população, com base em técnicas estatísticas para permitir a realização de inferências do particular (a amostra) para o geral (a população).

Este estudo foi desenvolvido com base numa amostra não probabilística intencional. A amostra não probabilística é selecionada através de critérios subjetivos do investigador, não fazendo uso da aleatoriedade para a seleção dos indivíduos (Marotti et al., 2008). É uma amostra intencional, já que corresponde a uma seleção de um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a

população (Marotti et al., 2008). Segundo os autores, esta pode ser também fidedigna e representativa da população como as amostras probabilísticas.

Os critérios de inclusão são os “itens que devem ser cumpridos para que o indivíduo possa ser eleito para participar de um determinado estudo clínico” (Marotti et al., 2008, p.187). Foram definidos os seguintes: i) ter utilizado o centro de saúde pelo menos uma vez no último ano; ii) ter mais de 18 anos de idade; iii) capacidade para avaliar e responder às perguntas formuladas. A amostra ficou constituída por 2.087 sujeitos, correspondendo a 5,39% da população (com mais de 18 anos).

#### **2.4. Definição e operacionalização das variáveis**

As variáveis podem ser definidas como qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin et al., 2009). Coutinho (2011), refere que as variáveis expressam um construto que pode assumir diferentes valores, ao contrário de uma constante, classificando-as em independentes, dependentes, estranhas e de controlo. A variável dependente diz respeito à característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente. Por sua vez, as variáveis independentes dizem respeito a situações, características ou fenómenos que o investigador manipula, com o intuito de medir o seu efeito na variável dependente (Coutinho, 2011).

Neste estudo, temos como variáveis que podem ser influenciadas (dependentes) a perceção dos utentes acerca da equidade. A acessibilidade aos CSP e as características sociodemográficas da amostra são variáveis que podem influenciar (independentes). Por forma a clarificar a definição das variáveis em estudo, é apresentada nas tabelas seguintes a sua operacionalização e categorização. Na Tabela 2 encontra-se a operacionalização e categorização das variáveis que dizem respeito às características sociodemográficas dos sujeitos.

**Tabela 2.**  
Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização da amostra

Variáveis	Operacionalização/Categorização
<b>Sexo</b>	“Caracterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos” (Olinto, 1998): 1 - Feminino; 2 - Masculino
<b>Idade</b>	Período de tempo que decorre desde o nascimento até à data da recolha de dados (anos de vida).
<b>Estado civil</b>	Situação em relação ao matrimónio: 1 - Solteiro; 2 - Casado; 3 - Divorciado; 4 - Viúvo
<b>Convivência familiar</b>	Coabitação na residência: 1 - Sozinho; 2 - Cônjuge; 3 - Cônjuge e filhos; 4 - Filhos; 5 - Pais; 6 - Pais e avós
<b>Habilitações literárias</b>	Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/1986, de 14 de outubro): 1 - Sem escolaridade; 2 - 1º Ciclo (1º a 4º ano); 3 - 2º e 3º Ciclos (5º a 6º ano e 7º a 9º ano); 4 - Ensino secundário (10º a 12º ano); 5 - Ensino superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)
<b>Situação profissional</b>	Situação perante o trabalho: 1 - Estudante; 2 - Trabalhador por conta própria; 3 - Trabalhador por conta de outrem; 4 - Reformado; 5 - Desempregado; 6 - Trabalha e estuda; 7 - Incapacitado/trabalho doméstico
<b>Setor de atividade</b>	Setores de atividade económica definidos por Clark (1940), citado por Lafuente e Musons (1995): 1 - Setor primário; 2 - Setor secundário; 3 - Setor terciário
<b>Rendimento mensal</b>	Receita que o utente obtém mensalmente: 1 - Menos de 200 euros; 2 - De 200 a 450 euros; 3 - De 451 a 1000 euros; 4 - Mais de 1000 euros

As variáveis que se seguem dizem respeito à caracterização da acessibilidade aos CSP (Tabela 3). A avaliação da acessibilidade incluiu ainda a questão do médico e enfermeiro de família: i) o utente tem médico e enfermeiro de família; ii) estes profissionais foram escolhidos pelo utente ou atribuídos; iii) o utente tem vontade em mudar de médico/enfermeiro de família; iv) forma de marcação de consulta médica e de enfermagem; v) tempo que o utente demora para conseguir consulta; vi) tempo que o utente espera pela consulta em sala de espera.

**Tabela 3.**  
Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização da acessibilidade aos CSP

Variáveis	Operacionalização/Categorização
<b>Unidade funcional</b>	Unidade funcional do CS a que pertence o utente (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro): 1 - Não sei; 2 - USF; 3 – UCSP
<b>Frequência de utilização do CS</b>	Frequência com que o utente usufrui dos serviços do CS: 1 - Menos uma vez/ano; 2 - Uma vez/ano; 3 - Duas vezes/ano; 4 - Três a seis vezes/ano; 5 - Seis a doze vezes/ano; 6 - Mais uma vez/mês
<b>Motivo para ir ao CS</b>	Motivo pelo qual o utente recorre habitualmente ao CS: 1 - Doença; 2 - Exames; 3 - Medicamentos, 4 - Vigilância de saúde; 5 - Cuidados de enfermagem; 6 - Aconselhamento médico; 7 - Acompanhamento de outra pessoa; 8 - Outra situação
<b>Procura de cuidados em situação de doença aguda</b>	Entidade a que o utente recorre em situação de doença aguda: 1 - Centro de saúde; 2 - Hospital do concelho; 3 - Hospital fora do concelho; 4 - Médico particular
<b>Meio de transporte para o CS</b>	Transporte habitual na deslocação do utente ao CS: 1 - Próprio; 2 - Táxi; 3 - Familiares; 4 - Públicos; 5 - A pé; 6 - Ambulância
<b>Tempo de deslocação ao CS</b>	Tempo que o utente demora para chegar ao CS: 1 - Menos 15 min.; 2 - 15 a 30 min.; 3 - 30 min. a 1 hora; 4 - 1 a 2 horas; 5 - Mais 2 horas
<b>Dinheiro gasto na deslocação ao CS</b>	Dinheiro habitualmente gasto pelo utente na deslocação ao CS: 1 - Menos 5 euros; 2 - 5 a 10 euros; 3 - 10 a 20 euros; 4 - 20 a 30 euros; 5 - Mais 30 euros
<b>Dificuldade na deslocação ao CS</b>	O utente sente dificuldades na deslocação ao CS: 1 - Sim; 2 - Não
<b>Localização do CS</b>	Satisfação do utente com a localização do CS: 1 - Totalmente satisfeito; 2 - Muito satisfeito; 3 - Satisfeito; 4 - Pouco satisfeito; 5 - Nada satisfeito
<b>Recursos de estacionamento</b>	Satisfação do utente com os recursos de estacionamento do CS: 1 - Totalmente satisfeito; 2 - Muito satisfeito; 3 - Satisfeito; 4 - Pouco satisfeito; 5 - Nada satisfeito
<b>Transportes públicos existentes</b>	Perceção do utente perante a adequação dos transportes públicos às suas necessidades de deslocação ao CS: 1 - Muito bom; 2 - Bom; 3 - Razoável; 4 - Mau; 5 - Muito mau
<b>Acessibilidade para deficientes</b>	Perceção do utente quanto às condições de acessibilidade para pessoas com deficiência física: 1 - Muito bom; 2 - Bom; 3 - Razoável; 4 - Mau; 5 - Muito mau

Na Tabela 4 são abordadas as variáveis que qualificam a perceção dos utentes acerca da equidade em saúde. Foi utilizada a escala *Equity in Health Care Scale*, com 6 itens avaliados através de uma escala tipo likert de concordância com 7 pontos. Esta é constituída por uma

questão que avalia a percepção dos utentes quanto à existência de equidade e cinco questões que avaliam a percepção do utente quanto à influência na equidade dos fatores: distanciamento geográfico, recursos socioeconómicos, etnia, idade e género/sexo (Lobo & Mateus, 2013).

**Tabela 4.**

Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização da percepção dos utentes acerca da equidade

Variáveis	Operacionalização	Categorização
<b>Equidade no acesso aos cuidados de saúde</b>	Existência de igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde, tendo em conta as necessidades dos indivíduos	<b>Não concordo:</b> 1 - Discordo totalmente
<b>Distanciamento geográfico</b>	Influência do distanciamento geográfico no acesso a cuidados de saúde	2 - Discordo bastante 3 - Discordo um pouco
<b>Recursos socioeconómicos</b>	Influência dos recursos socioeconómicos no acesso a cuidados de saúde	<b>Nem concordo nem discordo</b>
<b>Etnia</b>	Influência da etnia no acesso a cuidados de saúde	<b>Concordo:</b>
<b>Idade</b>	Influência da idade no acesso a cuidados de saúde	5 - Concordo um pouco
<b>Género/sexo</b>	Influência do género/sexo no acesso a cuidados de saúde	6 - Concordo bastante 7 - Concordo totalmente

## 2.5. Instrumento de recolha de dados

No que respeita à recolha de dados, o investigador deve definir quais os dados que vai recolher e como vai proceder, pelo que é necessário selecionar o instrumento de recolha de dados. Segundo Fortin et al. (2009), este tem como principal finalidade definir as características da população em relação ao fenómeno em estudo. Para que a investigação seja bem sucedida, para além da construção/seleção adequada do instrumento de recolha de dados, é necessária a sua aplicação, por forma a obter uma proporção de respostas suficientes para que a análise seja válida (Lakatos & Marconi, 1996).

De entre os diversos procedimentos de recolha de dados existentes, optou-se pelo questionário. Este é passível de aplicação a vários contextos de investigação, é de carácter anónimo, normalmente toma a forma de formulário impresso e está associado a baixos custos e elevados índices de retorno (Coutinho, 2011). O questionário é amplamente usado nas ciências sociais e humanas, dado que permite recolher informação factual sobre acontecimentos e situações conhecidas e apresenta uma grande flexibilidade no que respeita à estrutura, à forma e aos meios de recolher informação (Fortin et al., 2009).

Neste estudo, o questionário permitiu obter dados relativos às características sociodemográficas da população, à acessibilidade dos utentes aos CSP e a sua perceção quanto à equidade (*Apêndice A*). De referir que o instrumento de recolha de dados utilizado corresponde ao elaborado pelos investigadores do projeto, referido anteriormente (referência 2011EXT456), no qual este estudo está enquadrado. Os questionários podem ser construídos pelos investigadores, no sentido de dar resposta às suas necessidades de investigação, implicando a realização de um pré teste para obter a sua validação.

A escala *Equity in Health Care Scale*, que avalia a perceção dos utentes acerca da equidade, foi posteriormente validada e publicada, tratando-se de uma escala tipo likert de concordância com 7 pontos (Lobo & Mateus, 2013). No tratamento desta, procedeu-se ao agrupamento das opções de tendência negativa (Não Concordo: *1-discordo totalmente; 2-discordo bastante; 3-discordo pouco*) e de tendência positiva (Concordo: *5-concordo um pouco; 6-concordo bastante; 7-concordo totalmente*), tendo mantido a opção neutra (NCND: *4-nem concordo, nem discordo*), ficando com três categorias.

Os resultados da consistência interna da escala utilizada são relativos aos itens que avaliam os fatores que afetam a equidade nos CSP (5 itens), tal como procederam os autores da mesma (Lobo & Mateus, 2013). O alfa de *Cronbach* obteve o valor de 0,847, o que indica que a escala apresenta boa consistência interna. Na análise das correlações entre os itens e a globalidade da escala, obtida pela aplicação do teste do alfa de *Cronbach*, constatamos que este aumentaria (0,890) se o fator “idade” fosse eliminado da escala.

A recolha de dados decorreu entre janeiro e junho de 2012. No caso dos sujeitos que não sabiam ler nem escrever, o questionário foi aplicado pelo próprio investigador. Os procedimentos decorreram com a colaboração dos presidentes de junta de freguesia e párocos que promoveram a divulgação do projeto, de forma a conseguir um maior número de participantes.

### 2.5.1. Pré teste

Tendo em conta que o instrumento de recolha de dados foi elaborado pelos investigadores, deve proceder-se ao pré teste. Coutinho (2011), considera que é possível elaborar instrumentos originais com qualidade, o que requer um trabalho avultado para que se

obtenham instrumentos válidos e fiáveis. O pré teste visa testar os instrumentos de pesquisa sobre uma pequena parte da população ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa obtenha um resultado falso (Marconi & Lakatos, 2003).

Antes da utilização definitiva do questionário, o pré teste visa demonstrar a existência de incorreções como linguagem ambígua ou inacessível ou número excessivo de questões. A reformulação permite assegurar a obtenção de resultados isentos de erros, derivados da sua construção, contribuindo para a validade do mesmo (Marconi & Lakatos, 2003).

Assim, após a construção e redação do questionário, realizou-se o pré teste a 11 indivíduos com características semelhantes à população em estudo, que não fazem parte da amostra. Os resultados do pré teste evidenciaram a necessidade de se efetuarem ajustamentos na linguagem de alguns itens.

## 2.6. Métodos e técnicas de análise de dados

A transformação dos dados em informação através da estatística é parte central da metodologia quantitativa, no desenvolvimento do processo de investigação (Coutinho, 2011). Assim, por meio do tratamento e análise estatística dos dados recolhidos ficamos a conhecer as características da amostra, tendo em conta os objetivos definidos.

Recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19 para o *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), onde foi criada uma base de dados e efetuado o tratamento dos mesmos. Esta ferramenta informática permite realizar cálculos estatísticos complexos e obter os resultados de forma célere (Coutinho, 2011). Foram utilizadas medidas descritivas, nomeadamente a distribuição de frequências absolutas e relativas. Para conhecer a relação entre variáveis foram utilizadas medidas de estatística inferencial: o teste *t-Student* quando se pretendeu comparar dois grupos independentes e o teste *ANOVA*, na comparação de mais de dois grupos. Estabeleceu-se um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Tal como no estudo de Lobo e Mateus (2013), recorreu-se ao alfa de *Cronbach* com o objetivo de averiguar a consistência interna da escala *Equity in Health Care Scale*. Segundo Pestana e Gageiro (2008), esta medida é frequentemente utilizada, “podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica” (p.526). O valor

varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna de uma escala como: razoável, para valores entre 0,7 e 0,8; boa, para valores entre 0,8 e 0,9; muito boa para valores superiores a 0,9 (Pestana & Gageiro, 2008).

## **2.7. Aspectos éticos**

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas, devendo os direitos da pessoa ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação que envolvem seres humanos (Fortin et al., 2009).

Neste estudo, foram tidos em conta os princípios da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2008), nomeadamente: a não exploração dos participantes, a igualdade e trato justo, a seleção justa da população do estudo, beneficência, não maleficência, autonomia das pessoas, respeitando os seus valores e uma relação risco-benefício favorável. Todas estas garantias foram obtidas sob a forma de consentimento, livre e esclarecido (*Apêndice B*), dado que todos os participantes foram elucidados sobre os objetivos, riscos e procedimentos da investigação. A investigação foi também submetida a autorização pela comissão de ética da ARS Norte (*Apêndice C*), tendo sido obtido parecer favorável (Parecer 49/2012 de 18/12/2012).

# **CAPÍTULO III**

## **APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

---



Este capítulo é constituído pela descrição dos resultados obtidos, após se ter procedido ao tratamento dos dados. A apresentação dos resultados inclui a exposição das variáveis e suas relações, aferidas pelos testes estatísticos, dando resposta às questões empíricas previamente formuladas (Coutinho, 2011; Fortin et al., 2009). Assim, considerando a questão de investigação e os objetivos enunciados, procederemos à caracterização socioeconómica e demográfica da amostra, à caracterização da acessibilidade e equidade nos CSP dos utentes no concelho de Vila Real e à análise da relação entre estas variáveis.

A caracterização sociodemográfica da amostra integra variáveis relativas ao sexo, idade e grupo etário, estado civil, convivência familiar, habilitações literárias, situação profissional, setor de atividade e rendimento mensal (Tabela 5).

A maioria dos sujeitos em estudo é do sexo feminino (60,3%), apresenta uma média de idades de 46,64 anos, com um mínimo de 18 e um máximo de 93 anos, sendo que a moda pertence ao grupo etário dos 18-44 anos (51,4%), é casada (60,5%), vive com o cônjuge e filhos (36,5%) e possui o ensino secundário (33,5%). Quanto à situação profissional, a maioria trabalha por conta de outrem (45,4%), pertence ao setor terciário (68,9) e o rendimento mensal situa-se entre os 451 e 1000 euros (33,2%), seguido pelos que auferem entre 200 e 450 euros (26,3%).

**Tabela 5.**  
Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	1258	<b>60,3</b>
Masculino	829	39,7
<b>Grupo etário</b>		
18 - 44 anos	1073	<b>51,4</b>
45 - 64 anos	599	28,7
Mais de 65 anos	415	19,9
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	534	25,6
Casado	1262	<b>60,5</b>
Divorciado	96	4,6
Viúvo	195	9,3
<b>Convivência familiar</b>		
Sozinho	278	13,3
Cônjuge	511	24,5
Cônjuge e filhos	762	<b>36,5</b>
Filhos	147	7,0
Pais	348	16,7
Pais e avós	41	2,0

**Tabela 5. (cont.)**

Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	n	%
<b>Habilitações literárias</b>		
Sem escolaridade	86	4,1
1º Ciclo	377	18,1
2º e 3º Ciclos	391	18,7
Ensino secundário	700	<b>33,5</b>
Ensino superior	533	25,5
<b>Situação profissional</b>		
Estudante	235	11,3
Trabalhador por conta própria	199	9,5
Trabalhador por conta de outrem	948	<b>45,4</b>
Reformado	484	23,2
Desempregado	101	4,8
Trabalha e estuda	69	3,3
Incapacitado/trabalho doméstico	51	2,4
<b>Setor de atividade</b>		
Primário	333	16,9
Secundário	281	14,2
Terciário	1359	<b>68,9</b>
<b>Rendimento mensal</b>		
Menos 200 euros	301	14,4
200-450 euros	549	26,3
451-1000 euros	692	<b>33,2</b>
Mais de 1000 euros	545	26,1

### 3.1. Caracterização da acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde primários

A Tabela 6 apresenta a caracterização da amostra quanto às variáveis incluídas na avaliação da acessibilidade aos CSP: unidade funcional do CS, motivo para ir ao CS, procura de cuidados em situação de doença aguda, frequência de utilização do CS, dificuldade sentida, meio de transporte, tempo e dinheiro gastos na deslocação ao CS.

Observa-se que a maioria dos utentes estudados pertence a uma USF (76,6%), sendo que 7,7% não sabe a que unidade funcional pertence. O principal motivo apontado para a utilização dos serviços do CS é a doença (38,6%), seguindo-se a vigilância de saúde (31,4%).

Quando questionados sobre que recurso procuram em situação de doença aguda, a maioria refere procurar o hospital do concelho (59,5%); de referir que as categorias “hospital fora do concelho” e “médico particular” não obtiveram respostas. A maioria dos utentes em estudo refere utilizar os serviços do CS duas vezes por ano (29,2%), seguindo-se uma vez por ano (24%) e 3 a 6 vezes por ano (21,5%).

No que respeita à caracterização da deslocação ao CS, a maioria refere não sentir dificuldades na deslocação (87,8%), fá-lo em transporte próprio (66,1%), demora menos de 15 minutos (50,1%), seguido por aqueles que demoram 15 a 30 minutos (42,2%) e gasta menos de 5 euros (62,8%) na deslocação (32,2% gastam entre 5 a 10 euros).

**Tabela 6.**  
Distribuição da amostra quanto à acessibilidade aos CSP

Variáveis	n	%
<b>Unidade funcional</b>		
USF	1575	<b>76,6</b>
UCSP	323	15,7
Não sabe	158	7,7
<b>Motivo para ir ao CS</b>		
Doença	780	<b>38,6</b>
Exames	230	11,4
Medicamentos	135	6,7
Vigilância de saúde	633	31,4
Cuidados de enfermagem	67	3,3
Aconselhamento médico	76	3,8
Acompanhamento de outra pessoa	92	4,6
Outra situação	6	0,3
<b>Procura de cuidados em situação de doença aguda</b>		
Centro de saúde	846	40,5
Hospital do concelho	1241	<b>59,5</b>
<b>Frequência de utilização do CS</b>		
Menos 1 vez/ano	335	16,1
1 vez/ano	499	24,0
2 vezes/ano	608	<b>29,2</b>
3 - 6 vezes/ano	448	21,5
6 - 12 vezes/ano	160	7,7
Mais 1 vez/mês	31	1,5
<b>Dificuldade na deslocação ao CS</b>		
Sim	237	12,2
Não	1701	<b>87,8</b>
<b>Meio de transporte para o CS</b>		
Próprio	1379	<b>66,1</b>
Táxi	63	3,0
Familiares	293	14,0
Públicos	211	10,1
A pé	132	6,3
Ambulância	9	0,4
<b>Tempo de deslocação ao CS</b>		
Menos 15 min.	1046	<b>50,1</b>
15 – 30 min.	880	<b>42,2</b>
30 min. – 1 hora	151	7,2
1 – 2 horas	7	0,3
Mais 2 horas	3	0,1
<b>Dinheiro gasto na deslocação ao CS</b>		
Menos 5euros	1311	<b>62,8</b>
5 - 10 euros	671	32,2
10 - 20 euros	91	4,4
20 - 30euros	11	0,5
Mais 30euros	3	0,1

Seguidamente são apresentados os resultados das variáveis de acessibilidade, no que respeita à opinião dos sujeitos em estudo quanto à localização do CS, aos recursos de estacionamento do CS, à adequação dos transportes públicos existentes para a deslocação ao CS e às condições adequadas de acessibilidade para pessoas com deficiência física (Tabela 7).

Quanto à localização do CS, 46,3% dos sujeitos considera-se satisfeito e 16,8% totalmente satisfeito. A maioria dos utentes em estudo encontra-se também satisfeita com os recursos de estacionamento do CS (37,3%), sendo de referir que 12,1% está “nada satisfeito”.

No que respeita aos transportes públicos para a deslocação ao CS, 39,2% considera-os “razoáveis” e 30,2% “bons”. A maioria classifica como razoáveis (41,3%) e boas (41,1%) as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência.

**Tabela 7.**

Distribuição da amostra quanto à opinião sobre a acessibilidade aos CSP (%)

Variáveis	Opções de resposta				
	Totalmente satisfeito	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito
Localização do CS	16,8	24,2	<b>46,3</b>	10,0	2,7
Recursos de estacionamento	8,8	21,7	<b>37,3</b>	20,1	12,1
	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau
Transportes públicos existentes	10,4	30,2	<b>39,2</b>	14,0	6,1
Acessibilidade para deficientes	11,3	<b>41,1</b>	<b>41,3</b>	6,0	0,4

A Tabela 8 apresenta a distribuição da amostra quanto à utilização dos serviços do médico de família e de enfermagem de família.

No que concerne aos serviços médicos, constatamos que a maioria tem médico de família (97,4%), sendo que este foi atribuído em 70,2% dos casos e a maioria dos utentes não gostaria de mudar de médico (93,5%). O telefone é a forma mais utilizada pelos utentes para marcar consulta (61,4%). A maioria dos utentes em estudo consegue uma consulta no médico de família no período de uma semana (38,8%), seguindo-se aqueles que demoram um mês (29,5%). Quanto ao tempo de espera pela consulta, em sala de espera, a maioria aguarda entre 16 a 30 minutos (40,1%); de referir que 21,8% dos utentes refere esperam entre 30 minutos e uma hora.

A maioria dos utentes em estudo tem enfermeiro de família (59,6%), ainda que 83,3% refira que o mesmo lhe foi atribuído e 86,7% dos utentes não deseje mudar de enfermeiro. As

consultas são marcadas, preferencialmente, por telefone (43%) e por presença no CS (35,2%), onde 41,7% dos utentes refere que consegue consulta de enfermagem no próprio dia, aguardando na sala de espera, até 15 minutos (49,4%).

**Tabela 8.**

Distribuição da amostra quanto à utilização dos serviços médicos e de enfermagem de família (%)

Variáveis	Médico de família	Enfermeiro de família
<b>Tem este serviço</b>		
Sim	<b>97,4</b>	<b>59,6</b>
Não	2,6	40,4
<b>Forma de atribuição</b>		
Escolhido	29,8	16,2
Atribuído	<b>70,2</b>	<b>83,8</b>
<b>Vontade em mudar</b>		
Sim	6,5	13,3
Não	<b>93,5</b>	<b>86,7</b>
<b>Forma de marcar consulta</b>		
Telefone	<b>61,4</b>	<b>43,0</b>
Internet	3,9	1,0
Presencialmente	21,5	35,2
Familiares/amigos	9,9	9,2
Equipa de saúde	3,2	11,5
<b>Tempo que demora para conseguir consulta</b>		
No próprio dia	7,4	<b>41,7</b>
1 Dia	10,2	17,2
1 Semana	<b>38,8</b>	28,6
1 Mês	29,5	4,0
Mais de 1 mês	14,1	8,5
<b>Tempo que espera pela consulta</b>		
15 min.	28,9	<b>49,4</b>
16 - 30 min.	<b>40,1</b>	15,4
30 min. - 1 hora	21,8	21,2
1 - 2 horas	7,5	4,6
Mais 2 horas	1,8	9,4

A Tabela 9 apresenta os resultados da perceção dos utentes quanto à equidade nos CSP, sendo que a maioria (48,6%) considera que existe equidade no acesso aos cuidados de saúde (22,5% nem concorda nem discorda). O distanciamento geográfico (44,6%) e a idade (41,4%) são os fatores que apresentam maior percentual no sentido de os utentes concordarem com a influência destes na equidade em saúde. Quanto aos recursos socioeconómicos (45,8%), à etnia (57,1%) e ao género/sexo (54,1%), a maioria dos utentes considera que estes não influenciam a equidade em saúde.

**Tabela 9.**

Distribuição da amostra quanto à percepção de equidade nos cuidados de saúde primários (%)

Variáveis	NC	NCND	C
Existe igualdade de oportunidades no acesso aos CS face aos recursos existentes	28,9	22,5	<b>48,6</b>
O distanciamento geográfico afeta a igualdade de oportunidades aos cuidados de saúde	42,8	12,6	<b>44,6</b>
Os recursos socioeconómicos afetam a igualdade de oportunidades aos cuidados saúde	<b>45,8</b>	10,7	43,4
A etnia afeta a igualdade de oportunidades aos cuidados saúde	<b>57,1</b>	15,4	27,5
A idade afeta a igualdade de oportunidades aos cuidados de saúde	40,8	17,8	<b>41,4</b>
O género/sexo afeta a igualdade de oportunidades aos cuidados de saúde	<b>55,1</b>	22,6	22,2

NC-não concordo; NCND-não concordo nem discordo; C-concordo

No sentido de caracterizar a equidade, procedemos ao estudo da relação entre esta e as características sociodemográficas da amostra. Para tal, foi utilizado o primeiro item da escala da equidade que avalia a percepção de equidade dos utentes (Lobo & Mateus, 2013). Não foram obtidas relações estatísticas significativas entre a percepção de equidade e as seguintes variáveis: sexo, grupo etário, habilitações literárias, situação profissional e setor de atividade.

A Tabela 10 apresenta os resultados das relações com significado estatístico. Podemos observar que existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de equidade e o estado civil ( $p=0,017$ ), em que são os casados que apresentam a melhor percepção quanto à existência de equidade (4,65), estando os divorciados na posição contrária (3,78). Verifica-se, também, uma relação estatística altamente significativa com a convivência familiar ( $p=0,001$ ), sendo que são os utentes que residem com os pais e avós que apresentam melhor percepção de equidade (5,54). No que respeita à relação da percepção de equidade com o rendimento mensal, constatamos a existência de uma relação estatisticamente significativa ( $p=0,023$ ), na qual os utentes com o menor rendimento apresentam a melhor percepção quanto à existência de equidade (4,94).

**Tabela 10.**

Relação entre a percepção de equidade e as características sociodemográficas

Variáveis	n	Média	Teste	gl	Probabilidade
<b>Perceção de equidade X</b>					
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	530	4,61	Anova F = 3,398	2068	<b>0,017</b>
Casado	1254	<b>4,65</b>			
Divorciado	94	3,78			
Viúvo	191	4,55			
<b>Convivência familiar</b>					
Sozinho	275	4,33	Anova F = 3,965	2068	<b>0,001</b>
Cônjuge	505	4,93			
Cônjuge e filhos	758	4,47			
Filhos	144	4,63			
Pais	346	4,46			
Pais e avós	41	<b>5,54</b>			
<b>Rendimento mensal</b>					
Menos 200 euros	301	<b>4,94</b>	Anova F = 3,194	2068	<b>0,023</b>
200-450 euros	543	4,43			
451-1000 euros	689	4,49			
Mais de 1000 euros	536	4,69			

### 3.2. Relação entre a acessibilidade e a equidade nos cuidados de saúde primários no concelho de Vila Real

Dando resposta ao principal objetivo do presente trabalho, que visava estudar a relação entre a acessibilidade e a equidade nos CSP, analisamos seguidamente as relações entre estas variáveis. A Tabela 11 apresenta a relação da equidade com as variáveis da acessibilidade em que foram obtidos resultados estatísticos significativos.

Verificamos que existe uma relação estatística altamente significativa ( $p=0,000$ ) entre a unidade funcional a que o utente pertence e a sua percepção quanto à existência de equidade. Assim, são os utentes das USF a apresentar melhor percepção de equidade (4,75) e são os utentes que não sabem a que unidade funcional pertencem, que têm a pior percepção (3,94).

A relação estatística entre a percepção de equidade e o tempo que o utente demora para conseguir consulta no médico de família é altamente significativa ( $p=0,000$ ), sendo os utentes que demoram um dia a conseguir consulta os que apresentam melhor percepção de equidade (5,27). Aqueles que conseguem consulta no período superior a um mês são os que apresentam a média mais baixa quanto à existência de equidade (3,81). Ainda no que se refere à consulta médica, mas quanto ao tempo de espera pela consulta, em sala de espera, a relação existente com a percepção de equidade é também altamente significativa ( $p=0,000$ ). Os utentes que esperam menos (até 15 minutos) são os que apresentam melhor percepção de equidade (5,31) e vice-versa: os utentes que esperam mais apresentam pior percepção de equidade (3,33).

No que concerne ao enfermeiro de família, existe uma relação estatística significativa entre a percepção de equidade e o facto de o utente ter enfermeiro de família ( $p=0,023$ ). Os resultados demonstram que os utentes que têm enfermeiro de família apresentam melhor percepção de equidade (5,07). Verifica-se uma relação estatística altamente significativa entre a percepção de equidade e o tempo que demora para conseguir consulta no enfermeiro de família ( $p=0,000$ ). São os utentes que conseguem consulta no próprio dia que têm melhor percepção quanto à existência de equidade (5,52), verificando-se o inverso para os utentes que mais tempo demoram a conseguir consulta (mais de um mês: 3,43). Tal como se verificou com o médico de família, são também os utentes que aguardam menos tempo pela consulta, em sala de espera, que apresentam a melhor percepção de equidade (0,000) e vice-versa, numa relação estatística altamente significativa ( $p=0,000$ ).

**Tabela 11.**

Relação entre a percepção de equidade e a acessibilidade aos CSP

Variáveis	n	Média	Teste	gl	Probabilidade
<b>Percepção de equidade X</b>					
<b>Unidade funcional</b>					
USF	1558	<b>4,75</b>	Anova F = 12,842	2037	<b>0,000</b>
UCSP	323	4,15			
Não sabe	157	3,94			
<b>Tempo que demora para conseguir consulta no médico de família</b>					
No próprio dia	150	4,40	Anova F = 17,183	2008	<b>0,000</b>
1 Dia	203	<b>5,27</b>			
1 Semana	781	4,96			
1 Mês	595	4,26			
Mais de 1 mês	280	3,81			
<b>Tempo que espera pela consulta do médico, em sala de espera</b>					
15 min.	581	<b>5,31</b>	Anova F = 23,088	2003	<b>0,000</b>
16 - 30 min.	802	4,58			
30 min. - 1 hora	434	3,97			
1 - 2 horas	151	3,94			
Mais 2 horas	36	3,33			
<b>Tem enfermeiro de família</b>					
Sim	1238	<b>5,07</b>	<i>t-Student</i> $t = 5,192$	2067	<b>0,023</b>
Não	831	3,88			
<b>Tempo que demora para conseguir consulta no enfermeiro de família</b>					
No próprio dia	675	<b>5,52</b>	Anova F = 55,683	1601	<b>0,000</b>
1 Dia	278	5,12			
1 Semana	450	3,63			
1 Mês	61	3,75			
Mais de 1 mês	138	3,43			
<b>Tempo que espera pela consulta do enfermeiro, em sala de espera</b>					
15 min.	801	<b>5,55</b>	Anova F = 79,878	1604	<b>0,000</b>
16 - 30 min.	250	4,95			
30min. - 1 hora	332	3,22			
1 - 2 horas	72	3,75			
Mais 2 horas	150	3,10			

# **CAPÍTULO IV**

## **DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

---



O presente capítulo visa analisar e debater os resultados obtidos, comparando-os com dados de outros estudos realizados neste âmbito.

Segundo os dados do perfil local de saúde do ACeS DMDN e do último recenseamento populacional, 52,4% da população residente no concelho de Vila Real é do sexo feminino e o grupo etário com maior frequência corresponde ao dos 15 aos 64 anos (INE, 2012; Ministério da Saúde, 2009), o que vai de encontro às características da nossa amostra (n=2087), onde a maioria é do sexo feminino e encontra-se na faixa etária dos 18 aos 44 anos. Tendo em conta as três classes etárias que foram traçadas, o grupo dos idosos é o menos representativo. Porém, o Plano Local de Saúde 2012-2016 do ACeS DMDN (2013) apresenta um índice de envelhecimento do concelho de 121,1%, sendo a proporção de idosos de 18%, o que demonstra a tendência de envelhecimento da área geográfica em estudo. Tal como no Plano Local de Saúde 2012-2016 (ACeS DMDN, 2013), os sujeitos da amostra apresentam baixos níveis de alfabetismo, frequentam o ensino secundário, enquadram-se no setor terciário e o rendimento mensal mais referido vai de encontro à média do rendimento mensal do concelho (873 euros).

Os CSP do concelho de Vila Real estão organizados em dois CS, com três USF e uma UCSP, o que pelo menos em parte explica o facto de que a maioria dos utentes inquiridos pertence a uma USF (ACeS DMDN, 2013). Esta organização teve lugar a partir de 2005, contudo 7,7% dos utentes não souberam responder a qual unidade funcional pertenciam. Citando Vital e Teixeira (2012), importa referir que a reorganização dos CSP teve como principal objetivo dar maior centralidade e participação ao cidadão, para que os serviços sejam orientados para a resolução das suas necessidades.

Considerando que o âmbito de atuação dos CSP engloba os problemas de saúde da comunidade, numa abordagem de promoção da saúde e prevenção da doença (Nunes, 2009; OMS, 1979), seria expectável que a principal razão de utilização destes serviços fosse a vigilância de saúde. Contudo, os utentes referiram que recorrem ao CS acima de tudo por motivo de doença. Do que se depreende a necessidade de se apostar cada vez mais na vigilância regular de saúde como forma efetiva de controlo e promoção da saúde dos utentes (Nunes, 2009). Ao que se acrescenta que, em situação de doença aguda, habitualmente os utentes recorrem ao hospital do concelho. Segundo Atun (2004), a centralidade e o forte investimento nos cuidados hospitalares são o resultado da falta de sensibilidade para o propósito dos CSP. No sentido de modificar este paradigma, bem como as crenças e atitudes

que lhe estão associadas, é importante o desenvolvimento de atividades promocionais que informem sobre os benefícios destes, tendo em conta os próprios profissionais de saúde, os decisores políticos e a população em geral. Ao que Remoaldo (2003) se refere como acessibilidade cultural, defendendo que se deve investir na modificação de fatores culturais que funcionem como barreiras à utilização dos serviços, como os valores, as crenças e as práticas sociais e de saúde da população. Será desejável que os CSP representem o primeiro nível de contacto com o indivíduo/família/comunidade. Estão bem documentadas as vantagens do acesso à saúde através da proximidade com os locais onde a população vive e trabalha (OMS, 1979). Dado o facto de que os utentes não recorrem ao médico particular e a hospitais fora do concelho poderá ser indicativo de que dentro do concelho existem respostas de saúde adequadas ao nível do serviço público de saúde.

Quanto à frequência de utilização, os utentes em estudo recorrem ao CS, maioritariamente, entre uma a seis vezes por ano. É de referir que 16,1% dos respondentes afirmaram ir ao CS menos de uma vez por ano, o que impedirá a vigilância regular de saúde. No estudo de Hespanhol, Ribeiro e Costa-Pereira (2005), a maior percentagem de utentes recorreu ao CS, nos 6 meses anteriores ao estudo, até seis vezes.

A acessibilidade físico-geográfica tem sido definida tendo em conta as variáveis: distância a percorrer, tempo gasto no percurso, bem como a disponibilidade de transportes, de profissionais de saúde e tempo de espera para marcação de uma consulta e, na vertente económica, o custo das deslocações e das consultas (Remoaldo, 2003). Estas variáveis foram consideradas no presente estudo, no sentido de caracterizar o acesso aos cuidados, que representa um aspeto essencial na prossecução duma melhor condição de saúde. Constatase que apenas 7,6% dos utentes demoram mais de trinta minutos a chegar ao CS, sendo que a maioria fá-lo até quinze minutos. Também Barbosa (2009) constata que 81% dos inquiridos demora menos de 21 minutos a chegar da residência à unidade de saúde. O Ministério da Saúde (1989), destaca que a acessibilidade física aos CSP deve ser garantida através de um tempo de percurso em transporte público de aproximadamente trinta minutos.

Face ao princípio exposto, podemos considerar que existe uma adequada acessibilidade geográfica aos CSP do concelho, apesar de ser utilizado preferencialmente o transporte próprio (e não os transportes públicos), o que vem corroborar os dados de Barbosa (2009). Certamente, também por isso, a esmagadora maioria dos utentes não refere dificuldades na deslocação aos CSP e gasta até 10 euros nessa viagem. Remoaldo (2003), fez uma avaliação

da deslocação em termos de distância percorrida, obtendo também resultados positivos que permitiram considerar que as unidades de saúde estão próximas da população. Em oposição, os resultados de Hespanhol et al. (2005) dão-nos conta de utentes a manifestar dificuldades na deslocação ao CS. O que se pode dever ao tipo de amostra em estudo, já que no presente estudo existe uma grande percentagem de jovens que têm menos dificuldade em deslocar-se do que os mais idosos.

Ainda no que respeita à acessibilidade física, 87,3% dos utentes consideram-se “totalmente satisfeitos”, “muito satisfeitos” e “satisfeitos” com a localização do CS. O que vai de encontro ao verificado por Barbosa (2009), em que 94,8% dos inquiridos classificou como muito boa e boa a localização do CS. Também a opinião dos utentes em relação à adequação dos transportes públicos para a deslocação ao CS é positiva, uma vez que uma grande percentagem os considera “bons” e “razoáveis”. Muito embora esta opinião possa ser equacionada, tendo em conta que os mesmos são pouco utilizados pelos nossos utentes. Carvalho, Mateus, Rodrigues, Monteiro e Lobo (2013), expõem que, com a exceção da zona urbana de Vila Real, a rede viária de transportes públicos é deficitária, sendo assegurada em muitas aldeias pelo transporte escolar durante o período letivo, uma dificuldade que deverá ser mais sentida nos idosos.

Os utentes revelaram-se também “satisfeitos” (37,3%) com os recursos de estacionamento do CS, ainda que 32,2% se mostrassem “pouco satisfeitos” e “nada satisfeitos”. Este percentual de insatisfação, tendo em conta o conhecimento da realidade, poderá dever-se ao facto dos recursos de estacionamento não estarem totalmente adequados às necessidades, sendo esta realidade mais acentuada num dos CS do concelho. Por outro lado, com base na investigação de Remoaldo (2003), percebemos que existem recursos de estacionamento mais perto dos CS e mais adequados nas freguesias de cariz rural. Esta circunstância poderá não se verificar na área geográfica por nós estudada, já que os CS estão localizados no centro urbano, à exceção das extensões de saúde que ainda existem (4 no total) em algumas freguesias (ACeS DMDN, 2013). Considerando que a maioria dos utentes utiliza o transporte próprio na deslocação ao CS, será fundamental garantir a existência de espaços de estacionamento abundantes e próximos das unidades de saúde, ideia também defendida por Remoaldo (2003).

Quanto à acessibilidade para pessoas com deficiência física, apenas 6,4% dos utentes consideram que não é adequada. Esta perceção poderá estar de acordo com a realidade já que os edifícios públicos, equipamentos coletivos e a via pública estão obrigados pelo Decreto-Lei

nº 123/1997, de 22 de maio, a eliminar as barreiras urbanísticas e arquitetónicas, permitindo a acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida. No seu estudo, Remoaldo (2003) identificou unidades de saúde em edifícios com dois pisos, sem elevador, onde as barreiras são ultrapassadas com consultas realizadas no piso inferior. No que se refere aos CS que fazem parte da área geográfica em estudo, ambos apresentam dois pisos, existindo rampas e elevadores que facilitam a acessibilidade das pessoas com maiores défices de mobilidade.

Tendo em conta o conceito de acessibilidade de Donabedian (1973), os aspetos avaliados no nosso estudo relativos aos serviços médico e de enfermagem de família, dizem respeito à acessibilidade organizacional. Cunha e Vieira-da-Silva (2010), incluem neste conceito os aspetos de funcionamento dos serviços, como o sistema de marcação de consultas e o tempo de espera para o atendimento e o horário de funcionamento das unidades de saúde.

Quase todos os utentes em estudo têm médico de família (97,4%), mas apenas 59,6% refere ter enfermeiro de família, o que pode ser resultado da falta de informação ou conhecimento da estrutura da nova organização dos cuidados. Historicamente, a existência de médico de família verifica-se há mais tempo, pelo que a população está mais familiarizada com este. Na mesma ordem de ideias, referem que os profissionais em causa lhes foram atribuídos e não demonstram interesse em mudar de profissional. O que parece ser um indicador de satisfação dentro dos critérios esperados e exigidos pelos utilizadores. Nunes (2009), refere que a liberdade do utente escolher o médico, entre outros profissionais, surge como um aspeto preconizado pelas medidas de fundo tomadas nos CSP, ao longo dos anos. Na recente reforma dos CSP, um dos objetivos foi aumentar a satisfação dos cidadãos, dando-lhe voz ativa e participação efetiva no seu processo de saúde (Marques, 2004; Pisco, 2011). Especificando, as USF visam a prestação de cuidados personalizados à pessoa e à família, trabalhando em rede e próximo dos cidadãos (MCSP, 2006; Pisco, 2011), o que implica que cada família deva estar adstrita a um médico e um enfermeiro. Face aos nossos resultados, deve-se apostar na divulgação de mais informação e no diagnóstico de falhas que devem merecer a atenção dos gestores e decisores políticos.

Outros estudos encontraram níveis elevados de satisfação com os profissionais de enfermagem e com os médicos (Barbosa, 2009; Franco & Florentim, 2006; Hespanhol et al., 2005; Oliveira & Guiardello, 2006). O estudo de Barbosa (2009) procurou conhecer se os utentes reconheciam melhorias no relacionamento com os profissionais de saúde após a implementação da reforma dos CSP. Os seus resultados demonstraram uma evolução de

melhoria, o que também nos leva a concluir que existem aspetos da acessibilidade para os quais a reestruturação dos cuidados de saúde foi benéfica.

Relativamente à forma de marcação de consultas (médica e de enfermagem), o telefone e presencialmente foram os mais apontados pelos utentes, tal como na investigação de Mendes, Miranda, Figueiredo, Duarte e Furtado (2012) e de Barbosa (2009). O presente estudo demonstra também que existe uma percentagem de utentes (ainda que pequena) que marca consulta por internet, aspeto relevante por permitir minimizar filas de espera e evitar que os cidadãos tenham que chegar cedo aos CS para marcar as consultas. Assim, a utilização de serviços online para marcação de consultas beneficia o utente e os serviços, pelo que a sua divulgação e incentivo deverá ser tido em conta pelos decisores.

A maioria dos utentes referiu conseguir no próprio dia uma consulta no enfermeiro de família, o que pode ser visto como aspeto de acessibilidade e proximidade dos serviços de enfermagem. O mesmo não se verifica em relação ao médico de família, pois uma semana e um mês são os períodos de tempo mais apontados. Mendes et al. (2012) obtiveram resultados semelhantes, em que a maioria demorava até uma semana para obter consulta. Quando comparado com os resultados do estudo de Franco e Florentim (2006), realizado em cuidados diferenciados, o tempo de espera pela consulta oscilou entre um a três meses. Assim, parece que está a ser concretizado o objetivo de garantir CSP acessíveis, tendo em conta que devem constituir o primeiro contacto com os serviços de saúde. A Portaria nº 1529/2008, de 26 de dezembro, define que nos CSP o atendimento deve ser efetuado no dia do pedido para motivos relacionados com doença aguda, e até quinze dias úteis para motivos não relacionados com doença aguda. Hespanhol et al. (2005), verificaram a existência de utentes insatisfeitos com este aspeto da acessibilidade. Machado e Nogueira (2008) identificaram como maiores dificuldades dos utentes a marcação de consulta e o tempo de espera pela mesma.

No que concerne ao tempo de espera pela consulta, na sala de espera das unidades funcionais, os valores mais apontados foram até quinze minutos e até meia hora, para o enfermeiro e médico de família, respetivamente. Barbosa (2009) obteve resultados semelhantes, pois cerca de 71% dos utentes aguardava pela consulta menos de 21 minutos. Contudo, as conclusões de Mendes et al. (2012) e Hespanhol et al. (2005) são contrárias às do presente estudo, dado que os autores constataram a existência de insatisfação quanto ao tempo de espera para ser atendido.

A equidade em saúde foi avaliada no sentido de conhecer a perspectiva dos utentes quanto à presença desta no acesso aos cuidados e quanto aos fatores sociais que a influenciam. A avaliação dos utentes face aos serviços de saúde permite identificar potenciais áreas que necessitam de melhorias, aperfeiçoando-as de acordo com as suas necessidades de saúde (Franco & Florentim, 2006). Nesta perspectiva, importa garantir a adequação de estratégias específicas para minimizar eventuais desigualdades e/ou assimetrias no acesso aos cuidados de saúde, bem como contribuir para o esclarecimento acerca de quais as componentes que determinam/influenciam a utilização dos serviços (Furtado & Pereira, 2010; Hespanhol, 2003).

Vários estudos indicam que a iniquidade resulta de diferenças evitáveis na saúde e nos seus determinantes, geradas por fatores como o género, a etnia, os recursos socioeconómicos, a idade, a religião e a orientação sexual (Braveman, 2006; Braveman & Gruskin, 2003; Furtado & Pereira, 2010; Marmot, 2007; Starfield, 2011; Whitehead & Dalghren, 2006). Estas condições estão incluídas na escala utilizada para a avaliação da perceção de equidade dos utentes, muito embora esteja referida a necessidade de se proceder a mais ajustes no sentido de melhorar a sua consistência interna (Lobo & Mateus, 2013).

Em cerca de metade da presente amostra, os utentes indicam que existe igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde, tendo em conta as necessidades de cada um. Contudo, considerando-se os dados de todo o distrito, constata-se que uma grande percentagem não apresentou opinião, seguido daqueles que discordavam totalmente que existisse equidade no acesso aos cuidados de saúde (Lobo & Mateus, 2013). Tais resultados podem indicar que as dificuldades e constrangimentos são maiores quando se considera uma área com maior dispersão geográfica como o distrito. A explicação poderá residir no facto de a ruralidade e o isolamento estarem mais presentes em determinadas áreas do distrito, sendo que o concelho possui uma vertente mais urbana. Contrariamente à opinião dos utentes do presente estudo, alguns estudos demonstram que existe falta de equidade no acesso aos CSP, referindo que se verificam no nosso país desigualdades entre sexos, regiões e grupos socioeconómicos (Furtado & Pereira, 2010; Oliveira & Bevan, 2003; Penas, 2010; Pisco, 2011).

Na perceção dos utentes estudados, o distanciamento geográfico é considerado o fator com mais influência para a falta de equidade. Ou seja, considera que as desigualdades existentes no acesso a cuidados de saúde estão relacionadas com a distância geográfica com as unidades

de saúde. A idade é o segundo fator apontado como influenciador da equidade em saúde. Quando considerados os dados de todo o distrito, verifica-se que a idade é indicada como o principal fator gerador de iniquidades, o que parece estar associado ao maior envelhecimento da população das regiões rurais (Lobo & Mateus, 2013). São os idosos que acabam por sentir maiores dificuldades, quer físicas quer económicas, no acesso aos cuidados de saúde (Furtado & Pereira, 2010; Marmot, 2006; Noronha & Andrade, 2005).

O facto de o distanciamento geográfico ser o fator mais apontado como gerador de iniquidades no acesso aos cuidados de saúde, pode estar relacionado com a dispersão geográfica da região estudada. O que necessitará de confirmação por parte de outros estudos, já que a dispersão geográfica do distrito é maior que a do concelho e, no entanto, no distrito o distanciamento geográfico foi o segundo fator mais apontado (Lobo & Mateus, 2013). Na literatura, é mencionado como potencial barreira no acesso a cuidados de saúde e gerador de iniquidades (Furtado & Pereira, 2010; Oliveira & Bevan, 2003).

No geral, a etnia e o género/sexo não são considerados fatores potenciadores de iniquidades, certamente por não se verificar nesta região uma grande preponderância e divergência cultural quanto a estes aspetos. De acordo com outros estudos, as mulheres surgem associadas a piores estados de saúde e desigualdades elevadas no caso da obesidade (Bambra et al., 2009; European Observatory on the Social Situation, 2005). Dados que podem indicar que, se por um lado, a esperança média de vida é inferior nos homens, por outro, a morbilidade é maior nas mulheres (Furtado & Pereira, 2010). Neste âmbito, é igualmente pertinente considerar se a promoção da igualdade de acesso, tendo em conta a etnia, constitui um reconhecido fator de desigualdades (Marmot, 2007). Entre outros fatores, a etnia conduz à estratificação da sociedade, pois contribui para a definição de grupos pela diferença com outros indivíduos, a que estão associados baixos níveis de escolaridade e rendimentos, dificultando o recurso a serviços de saúde e a resolução das necessidades de saúde (Braveman & Gruskin, 2003; Whitehead & Dalghren, 2006).

Diversos estudos nacionais e internacionais demonstram que os grupos socioeconómicos com maiores rendimentos e maior escolaridade são favorecidos no acesso aos cuidados de saúde (Bago d’Uva, Jones & van Doorslaer, 2007; Or, Jusot, & Yilmaz, 2008; van Doorslaer & Masseria, 2004). Tal como repetidamente comprovado, os utentes com piores condições socioeconómicas apresentam maiores dificuldades de acesso aos cuidados de saúde (Braveman, 2006; Braveman & Gruskin 2003; Furtado & Pereira, 2010; Marmot, 2007). Ao

que se atribui e associa um ciclo vicioso, levando a que tenham menos conhecimentos, prejudicando os seus estilos de vida e comprometendo o seu estado de saúde. Ribeiro (2010) expõe que o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral, a hipertensão arterial, a diabetes tipo 2 e a obesidade está associado ao nível socioeconómico. Sendo que o concelho de Vila Real se insere numa região do interior e verificando-se que o rendimento mensal médio é inferior à média nacional, exigem-se medidas concretas para apoiar o acesso à saúde por parte das famílias com menores recursos, o que nem sempre se verifica (Ministério da Saúde, 2009).

Os nossos resultados demonstram que existe uma relação significativa entre algumas variáveis sociodemográficas e a perceção de equidade, como seja o estado civil, a convivência familiar e o rendimento mensal. Os utentes casados, os que vivem com os pais e avós ou com o cônjuge consideram que existe mais equidade no acesso aos cuidados de saúde. O que nos leva a refletir que aqueles utentes que apresentam uma organização familiar mais estruturada, usufruindo provavelmente de maior apoio familiar no acesso aos cuidados, percecionam menos dificuldades no acesso aos serviços. Os divorciados poderão não apresentar esta estrutura familiar, revelando os resultados que são os que apresentam a pior perceção de equidade. Em parte, estes resultados podem ser contrariados pelos de Lobo, Martins, Carvalho, Monteiro e Santos (2012), que constataram que os solteiros e os divorciados têm melhor qualidade de vida, o que também deveria pressupor melhor acesso aos cuidados de saúde.

Os utentes com menor rendimento mensal percecionam melhor equidade no acesso aos cuidados de saúde. Porém, a investigação tem demonstrado o desfavorecimento dos grupos com menores rendimentos no acesso à saúde (Braveman & Gruskin 2003; Furtado & Pereira, 2010; Marmot, 2007; Or et al., 2008). Estes dados podem indicar que a perceção dos utentes quanto à existência de equidade pode estar, em alguns casos, enviesada. As características socioeconómicas da população influenciam a perceção das necessidades de saúde e da necessidade de recurso aos cuidados (Furtado & Pereira, 2010; Marmot, 2007), podendo estar associada uma menor exigência dos serviços que são prestados e também a subjetividade na apreciação do conceito.

Tal como referido, o presente estudo visa analisar a relação entre as variáveis de acessibilidade aos CSP e a perceção de equidade dos utentes. Os testes estatísticos demonstraram que a perceção de equidade é uma variável que depende de algumas variáveis

que caracterizam a acessibilidade: unidade funcional do CS a que o utente pertence, ter enfermeiro de família, tempo que o utente demora a obter consulta médica e de enfermagem e tempo que o utente aguarda na sala de espera pelas mesmas consultas. Importa referir que são as variáveis da acessibilidade organizacional que surgem relacionadas com a perceção de equidade.

Para Furtado e Pereira (2010), “a equidade no acesso aos cuidados de saúde é apenas um dos factores que promove a equidade no estado de saúde” (p.6). A mesma opinião é partilhada por Whitehead e Dalghren (2006), defendendo que o acesso inadequado aos serviços de saúde pode não ser o principal determinante, mas é um dos vários determinantes das iniquidades, constituindo-se como um ponto importante para a atuação das políticas na redução destas.

Os resultados do presente estudo revelam que são os utentes das USF que têm melhor perceção quanto à existência de equidade nos cuidados de saúde. As USF preconizam um adequado atendimento às necessidades das populações, nomeadamente através dos seus horários de funcionamento e do acesso atempado aos serviços (Penas, 2010; Pisco, 2011). O que poderá significar que os utentes das USF vêem as suas necessidades satisfeitas de uma forma mais eficaz, levando-os a ter uma melhor perceção de equidade. Barbosa (2009), comparando o serviço de atendimento anterior com as atuais USF, revela que o acesso melhorou substancialmente. De forma que os utentes com enfermeiro de família têm uma melhor perceção de resolubilidade, face às suas necessidades, o que influencia positivamente a sua noção de equidade.

O mesmo motivo poderá justificar os resultados obtidos na relação das variáveis que caracterizam as consultas com a perceção de equidade. De uma forma geral, são os utentes que obtêm mais rapidamente as consultas médica e de enfermagem e os que aguardam na sala de espera menos tempo, que apresentam a perceção mais próxima de que existe equidade no acesso aos cuidados de saúde. Sendo que o inverso também se verifica. Furtado e Pereira (2010), defendem que os utentes devem ter acesso rápido aos profissionais de saúde, sempre que as suas necessidades o exijam. Analisando o relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde do ACeS DMDN (2010), que nos apresenta uma perspetiva global, a taxa de utilização global de consultas e a percentagem de visitas domiciliárias médicas e de enfermagem mantiveram-se elevadas e aumentou o número de consultas no médico de família. Também aumentou a vigilância de saúde de grupos vulneráveis (saúde materna, diabéticos e hipertensos), tendo sido cumpridos os tempos máximos de resposta garantidos. Estes dados

reportam uma resolubilidade apropriada, da qual resulta uma boa percepção dos utentes quanto à existência de melhores oportunidades de acesso da população aos serviços.

# **CAPÍTULO V**

## **CONCLUSÕES**

---



A problemática da acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde assume cada vez maior destaque, estando reconhecida a necessidade de intervenções ativas não apenas ao nível das políticas de saúde, mas envolvendo-se todo um conjunto de outros setores da sociedade. Na base dos direitos humanos encontra-se o bem-estar, a saúde e a justiça, que pressupõe que todos os indivíduos têm direito a perseguir níveis de saúde ideais, sendo a iniquidade política, social e economicamente inaceitável.

Nos dados que resultam do nosso estudo, respeitantes ao concelho de Vila Real, verifica-se que a maioria dos utentes não perceciona dificuldades de acesso, desloca-se em transporte próprio, demora menos de 30 minutos e gasta até 10 euros nas suas deslocações e prefere marcar as consultas por telefone. Referem-se satisfeitos com a localização do CS, recursos de estacionamento, transportes públicos e acessibilidade para pessoas com deficiência. É de salientar que a questão relativa aos gastos monetários está meramente relacionada com o dinheiro gasto na deslocação e nada tem a ver com o pagamento dos serviços ou de taxas moderadoras, aspeto este que foi explicado aos participantes no momento da aplicação do questionário.

A maioria dos utentes tem médico de família, contudo, uma grande percentagem destes afirma não ter enfermeiro de família. Quando questionados acerca do tempo de espera para as consultas, referem que esperam mais pelas consultas do médico (uma semana para conseguirem a sua marcação e aguardam em média meia hora na sala de espera) comparativamente às de enfermagem (que habitualmente se realizam no próprio dia e esperam na sala menos de 15 minutos).

Os utentes estudados reportam que existe equidade no acesso aos cuidados de saúde, considerando que a mesma é influenciada, principalmente, pelo distanciamento geográfico e pela idade. Evidencia-se, ainda, que a perceção de equidade está relacionada com o estado civil, a convivência familiar e o rendimento mensal e, de uma forma geral, são os utentes que apresentam melhor estrutura familiar que reportam melhor perceção de equidade. Ao contrário do que seria de esperar, são aqueles que referem ter menores rendimentos que mais consideram a existência de equidade nos cuidados de saúde.

Muitos autores, referidos anteriormente, confirmaram a existência de iniquidades no acesso a cuidados de saúde, nomeadamente em Portugal, o que confrontado com os resultados obtidos no presente estudo pode denotar que os utentes não estarão totalmente sensibilizados para a

problemática abordada. Por outro lado, o distanciamento geográfico e o envelhecimento são características presentes na área geográfica estudada, sendo as iniquidades percebidas neste sentido.

Dando resposta à questão e hipóteses de investigação que nortearam o estudo, pode afirmar-se que existe relação entre a acessibilidade e a percepção de equidade nos CSP, no concelho de Vila Real. Evidencia-se que os utentes que têm a melhor percepção de equidade nos cuidados de saúde pertencem a USFs, têm enfermeiro de família, demoram menos tempo a conseguir consulta médica e de enfermagem e aguardam menos tempo na sala de espera pelas consultas. Sendo certo que a acessibilidade aos CSP contribui para a melhoria da percepção de equidade dos utentes e, por conseguinte, para a satisfação e confiança destes nos CSP, e que, em última análise, leva à melhoria dos níveis de saúde da população.

Face ao exposto, a presente investigação evidencia resultados favoráveis, ainda que seja também visível a pertinência da implementação de ações no sentido de melhoria da acessibilidade e equidade nos CSP do concelho. Dado que existe influência dos determinantes sociais no acesso aos cuidados de saúde, destaca-se o distanciamento geográfico e a idade. Importa, assim, desenvolver intervenções para colmatar as desigualdades existentes e as necessidades identificadas. A ação dos CSP poderá passar pela ampliação ou implementação de serviços prestados pelas unidades móveis de saúde, no sentido de uma maior proximidade e efetividade de cuidados prestados aos cidadãos. A alocação de mais recursos humanos poderá contribuir para a redução do tempo de espera pelas consultas. O desenvolvimento e divulgação do sistema de marcação de consultas online poderá ser uma medida que contribui para a melhoria da acessibilidade organizacional.

No concelho de Vila Real, a intervenção baseada na intersetorialidade deve privilegiar o combate ao isolamento social e segregação geográfica. Para tal pode ser útil o fortalecimento da rede de transportes, do apoio social nas localidades mais distantes do centro urbano, da visita domiciliária ou a implementação de projetos de intervenção comunitária com vista à promoção da saúde e da cidadania. Estes devem ser aplicados no local onde a população reside e desenvolvidos em parceria com as autarquias, sendo que as UCCs podem ter aqui um papel fundamental.

Outras medidas intersetoriais podem ajudar a inverter a tendência de envelhecimento da região, nomeadamente as medidas de apoio à natalidade. Por outro lado, é fulcral o apoio aos

idosos no acesso aos cuidados de saúde. Neste âmbito, deve reforçar-se o apoio social e garantir que os idosos apresentam condições económicas para aceder aos serviços. Os CSP devem atuar na manutenção da capacidade funcional dos idosos, na promoção do autocuidado, na capacitação dos cuidadores informais e na melhoria da literacia em saúde. Inerente às medidas aplicadas, deverá estar um processo contínuo de avaliação e monitorização das iniquidades em saúde, que permita também identificar a evolução e o impacto das estratégias implementadas.

A presente investigação permitiu conhecer a realidade do concelho de Vila Real, no que respeita à acessibilidade e equidade nos CSP, destacando a perspetiva dos utentes. Como em todas as investigações, existem limitações que devem ser identificadas. Uma delas prende-se com o facto de a amostra ser constituída por uma maior percentagem de jovens e menor de idosos, o que não corresponde às características da população. É também de referir que a escala *Equity in Health Care Scale*, apesar de apresentar boa consistência interna, poderá ainda sofrer ajustes na construção dos itens, aumentando a sua fiabilidade, tal como defendido pelos seus autores. Assim como subsiste a necessidade de validação em populações com características diferentes da população estudada.

No entanto, o estudo permitiu caracterizar a acessibilidade e conhecer os determinantes apontados pela população como geradores das iniquidades em saúde. Desta forma, consideramos que estes resultados, provenientes da evidência empírica, podem constituir-se como base para uma intervenção sustentada na comunidade em causa, dando cumprimento aos objetivos da investigação, nomeadamente para a melhoria do bem-estar das populações.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



- Agrupamento de Centros de Saúde Douro I: Marão e Douro Norte. (2010). *Relatório anual de acesso aos cuidados de saúde*. Vila Real: Autor.
- Agrupamento de Centros de Saúde Douro I: Marão e Douro Norte. (2013). *Plano local de saúde 2012-2016*. Vila Real: Autor.
- Alto Comissariado da Saúde. (2011). *Plano nacional de saúde 2011-2016: Estratégias para a saúde: III.2) Eixos estratégicos – equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde* [versão discussão]. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health Social Behavior*, 36, 1-10.
- Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado em 30 novembro, 2012, de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74704/E82997.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf).
- Bago d’Uva, T., Jones, A., & van Doorslaer, E. (2007). *Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European panel data*. Roterdão: Tinbergen Institute.
- Baleiras, S.J., & Ramos, V. (1992). A gestão da prática clínica pelo médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 9, 116-124.
- Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stanistreet, D., Roskam, A., Kunst, A., & Scott-Samuel, A. (2009). Gender, health inequalities and welfare state regimes: A cross-national study of 13 European countries. *Journal of Epidemiology Community Health*, 63, 38-44.
- Barbosa, P. (2009). *O impacto das políticas de saúde na satisfação dos utentes e no acesso aos cuidados de saúde primários: Estudo de Caso na Unidade de Saúde Familiar Marginal*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Beasley, J.W., Starfield, B., van Weel, C., Rosser, W.W., & Haq, C.L. (2007). Global health and primary care research. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 20 (6), 518-526.
- Biscaia, A.R., Martins, J.N., Carreira, M.F., Gonçalves, I.F., & Antunes, A.R. (2008). *CSP em Portugal. Reformar para novos sucessos* (2a ed. rev. e atual.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Branco, A.G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167-94.
- Braveman, S., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57 (4), 254–258.

- Browne, A.J., Varcoe, C.M., Wong, S.T., Smye, V.L., Lavoie, J., Littlejohn, D., & ... Lennox, S. (2012). Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *International Journal for Equity in Health*, 11, 59. Recuperado em 21 fevereiro, 2014, de <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/59>.
- Carvalho, A., Mateus, S., Rodrigues, V., Monteiro, M.J., & Lobo, A. (2013). Acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde primários. In A. Lobo, A. Martins, A. Carvalho, J. Martins, M.P. Santos, M.J. Monteiro & V. Rodrigues (Eds.), *Acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde: Relação com a qualidade de vida e satisfação* (pp. 81-94). Chaves: Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado.
- Chapman, J.L., Zechel, A., Carter, Y. H., & Abbott, S. (2004). Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*, 54 (502), 374-381.
- Comissão Europeia. (2003). *Processo de reflexão de alto nível sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na EU*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde e da Defesa do Consumidor.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Cunha, A.B.O., & Vieira-da-Silva, L.M. (2010). Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (4), 725-737.
- Decreto-Lei n.º 298/2007*, de 22 de agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. Diário da República, 161. Série I.
- Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 6 de junho. Estabelece o regime da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 109. Série I.
- Decreto-Lei n.º 11/93*, de 15 de janeiro. Estabelece o estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 12. Série I.
- Decreto-Lei n.º 123/97*, de 22 de maio. Aprova as normas técnicas destinadas a permitir a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada. Diário da República, 18. Série I.
- Decreto-Lei n.º 28/2008*, de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 38. Série I.
- Decreto-Lei n.º 60/2003*, de 1 de abril. Estabelece o regime da criação da rede de Cuidados de Saúde Primários. Diário da República, 77. Série I.
- Dias, A., & Queirós, A. (2010). *Integração e continuidade de cuidados*. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Recuperado em 6 fevereiro, 2014, de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/ICC3.pdf>.

- Donabedian, A. (1973). The assessment of need. In A. Donabedian (Ed), *Aspects of medical care administration* (pp. 58-77). Cambridge: Harvard University Press.
- Drachler, M., Côrtes, S., Castro, J., & Leite, J. (2003). Proposta de metodologia para seleccionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (2), 461-470.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*. Lisboa: Autor.
- European Observatory on the Social Situation. (2005). *Health status and living conditions in an enlarged Europe*. London: School of Economics.
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, M.J.B., & Florentim, R.J.S. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: Um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), 21-36.
- Frenk, J. (1985). Concept and measurement of accessibility. *Salud Publica México*, 27, 438-453.
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde* [Documento de Trabalho]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. (2007). *Challenging inequity through health systems*. London: World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health.
- Giraldes, M.R. (2001). Equidade em áreas socioeconómicas com impacto na saúde em países da união europeia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (3), 533-544.
- Giraldes, M.R. (2005). Avaliação do SNS em Portugal: Equidade versus eficiência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (29), 21-44.
- Gomes, D.S., & Dias, J.L. (1987). *O serviço nacional de saúde: Descrição sumária do seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Hespanhol, A., Ribeiro, O., & Costa-Pereira, A. (2005). Assegurar qualidade no Centro de Saúde São João: Satisfação dos utentes. *Arquivos Medicina*, 19 (5/6), 191-197.
- Hespanhol, A.P. (2003). Directores de centros de Saúde apoiam estudo. *Qualidade em Saúde*, 7, 31-32.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Resultados definitivos do censo 2011*. Recuperado em 2 fevereiro, 2013, de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS &xpgid=censos2011\\_apresentacao](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS &xpgid=censos2011_apresentacao).
- International Council of Nurses. (2011). *Combater a desigualdade: Melhorar o acesso e a equidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- International Society for Equity in Health. (2001). *Working definitions*. Maryland: International Society for Equity in Health.
- Justo, C. (2004). *Acesso aos cuidados de saúde: Porque esperamos?* Lisboa: Campo da Comunicação.
- Kinman, E.L. (1999). Evaluating health service equity at a primary care clinic in Chilimarca, Bolivia. *Social Science and Medicine*, 49 (5), 663-678.
- Kruk, M.E., & Freedman, L.P. (2008). Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health Policy*, 85 (3), 263-276.
- Lafuente, J.M., & Musons, J.I.L. (1995). *Marketing estratégico para empresas de servicios*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Lakatos, E.M., & Marconi, M.A. (1996). *Técnicas de pesquisa, planejamento e execução de pesquisas: elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas.
- Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto. Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 163. Série I.
- Lei n.º 46/1986, de 14 de outubro. Lei de bases do sistema educativo. Diário da República, 237. Série I.
- Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto. Lei de bases da saúde. Diário da República, 195. Série I.
- Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro. Estabelece o regime da criação do Sistema Nacional de Saúde. Diário da República, 214. Série I.
- Lobo, A., & Mateus, S. (2013). Validity and reliability of an equity in health care scale. *Sage Open*, 3, 1-7. Recuperado em 3 fevereiro, 2014, de <http://sgo.sagepub.com/content/3/4/2158244013506716>.
- Lobo, A., Martins, J., Carvalho, A., Monteiro, M., & Santos, M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud percibida por los usuarios de atención primaria. *Paraninfo Digital*, 16. Recuperado em 14 março, 2014, de <http://www.index-f.com/para/n16/113d.php>.
- Machado, N.P., & Nogueira, L.T. (2008). Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12 (5), 401-408.
- Macinko, J.A., & Starfield, B. (2002). Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, 1 (1), 1. Recuperado em 3 janeiro, 2013, de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=119369&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Marconi, M.A., & Lakatos, E.M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Marmot, M. (2006). Health in an unequal world. *Lancet*, 368 (9552), 2081-2094.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370 (9593), 1153-1163.

- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A.J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372 (9650), 1661-1669.
- Marotti, J., Furuyama, A., Pigozzo, M., Campos, T.N., & Laganá, D.C. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: Tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20 (2), 186-194.
- Marques, C. (2004). Relatório da OMS sustenta: Sistema de saúde orientado para os CSP é mais vantajoso. *Médico de Família*, 64, 22-24.
- Mendes, A., Miranda, G.M.D., Figueiredo, K.E.G., Duarte, P.O., & Furtado, B. (2012). Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: Um caminho ainda a percorrer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (11), 2903-2912.
- Ministério da Saúde. (1989). *Normas para o planeamento de equipamentos de saúde*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *Perfil local de saúde ACeS Marão e Douro Norte*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006). *Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Reforma dos cuidados de saúde primários: Plano estratégico 2007-2009*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008a). *Agrupamentos de centros de saúde (ACES): Linhas de acção para a sua implantação e desenvolvimento*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008b). *Agrupamentos de centros de saúde: Unidade de cuidados saúde personalizados*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008c). *Agrupamentos de centros de saúde: Unidade de cuidados na comunidade*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Noronha, K., & Andrade, M. (2005). Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17, 410-418.
- Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde*. Porto: Vida Económica Editorial.
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde*. Porto: McGraw-Hill.
- Olinto, M.T. (1998). Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: Um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 1 (2), 161-169.
- Oliveira, A. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação: Teoria e aplicações*. Lisboa: Lidel.

- Oliveira, A.M.L., & Guiardello, E.B. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Revista Escola Enfermagem Universidade São Paulo*, 40 (1), 71-77.
- Oliveira, M.D., & Bevan, G. (2003). Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: An estimation of hospital care needs. *Health Policy*, 66, 277-293.
- Or, Z., Jusot, F., & Yilmaz, E. (2008). *Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health*. Paris: Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.
- Organização Mundial de Saúde. (1979). *Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata*. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde*: Documento de discussão. Rio de Janeiro: Autor.
- Penas, A. (2010). Equidade no acesso aos cuidados de saúde primários. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Penchansky, R., & Thomas, J.W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19 (2), 127-140.
- Pereira, J. (1993). *Economia da saúde: Glossário de termos e conceitos*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisco L. (2008). Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: Experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención. In *Seminário Internacional*, 9 de fevereiro, Instituto de Ciencias de La Salud Talavera, Toledo.
- Pisco, L. (2011). Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: Unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2841-2852.
- Portaria nº 1529/2008, de 26 de dezembro. Estabelece os tempos máximos de resposta garantidos para o acesso a cuidados de saúde. Diário da República, 249. Série I.
- Remoaldo, P.C. (2003). Acessibilidade aos cuidados primários de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 19, 1-13.
- Ribeiro S. (2010). *Desigualdades socioeconómicas na doença cardiovascular em Portugal: Estudo baseado no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Ribeiro, R. (2012). *Avaliação do desempenho dos agrupamentos de centros de saúde portugueses*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Algarve, Faro.

- Starfield, B. (2006). State of the art in research on equity in health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31 (1), 11-32.
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10 (1), 1-3. Recuperado em 30 novembro, 2012, de <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>.
- Starfield, B., & Shi, L. (2007). Commentary: Primary care and health outcomes: A health services research challenge. *Health Services Research*, 42, 2252-2256.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 20, 190-198.
- Van Doorslaer, E., & Masseria, C. (2004). *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries*. Paris: OECD Health Equity Research Group Members.
- Vital, E., & Teixeira, J. (2012). Cuidados de saúde primários: As regras do jogo. *Saúde & Tecnologia*, 7, 9-17.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 22 (3), 429-445.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhaga: World Health Organization.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008 primary health care: Now more than ever*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2010a). *Monitoring equity in access to AIDS treatment programmes: A review of concepts, models, methods and indicators*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2010b). *External Evaluation of the Portuguese National Health Plan (2004-2010)*. Copenhaga: Author.
- World Medical Association. (2008). *Declaração de Helsínquia: Princípios éticos para a pesquisa médica envolvendo seres humanos*. Helsínquia: Author.



## **APÊNDICES**

---



**APÊNDICE A**  
**Questionário**

---







31. No último ano, procurou consultas com o seu médico para

Receitas  Sim  Não    Vigilância de Saúde  Sim  Não  Não procurei    Doença  Sim  Não

32. Tem enfermeiro de família  Sim  Não (se não tem, passe para a questão 35)    33. O enfermeiro de família foi  Escolhido  Atribuído    34. Gostaria de mudar  Sim  Não

35. Quando necessita de recorrer ao seu enfermeiro de família, habitualmente marca as suas consultas pelo (a)

telefone     internet     presencialmente     familiares/amigos     equipa de saúde

36. Em média, quanto tempo demora até conseguir uma consulta com o seu enfermeiro de família

no próprio dia     1 dia     1 semana     1 mês     mais de 1 mês

37. Em média, quanto tempo demora na sala de espera para consulta com o seu enfermeiro de família

15 min.     16 a 30 min.     31 min. A 1 hora     1 - 2 horas     mais de 2 horas

38. No último ano, procurou consultas com o seu enfermeiro para

Tratamentos  Sim  Não    Vigilância de Saúde  Sim  Não  Não procurei    Doença  Sim  Não

39. No seu centro de saúde tem a possibilidade de comer ou beber alguma coisa, em caso de necessidade  Sim  Não

40. Em situação de doença aguda procura cuidados de saúde no

Centro de saúde     Hospital do concelho     Hospital fora do concelho     Médico particular

Numa escala de 1 a 7 expresse o seu grau de acordo com as seguintes afirmações	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
Equidade	1	2	3	4	5	6	7
Existe igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde face aos recursos existentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O distanciamento geográfico afeta a igualdade de oportunidades aos cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os recursos socioeconómicos afetam a igualdade de oportunidades aos cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A etnia afeta a igualdade de oportunidades aos cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A idade afeta a igualdade de oportunidades aos cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O género/sexo afeta a igualdade de oportunidades aos cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADA



**APÊNDICE B**  
**Consentimento Informado**

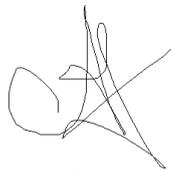
---



**Consentimento informado e livre do participante no estudo “Acessibilidade e equidade aos CSP dos utentes do ACES ATMATB: relação com a satisfação e qualidade de vida”**

**Informação aos participantes:** O objectivo deste estudo é caracterizar a acessibilidade e equidade dos utentes ao ACES ATMATB; Verificar se existe relação entre acessibilidade, satisfação e qualidade de vida dos utentes face aos cuidados de saúde prestados pelo ACES ATMATB. A colheita de dados será feita no domicílio às pessoas seleccionadas por sorteio. As informações serão mantidas em sigilo, bem como a sua identidade.

O consentimento informado é feito em duplicado, sendo uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.



Investigadora principal Professora Doutora Alexandrina Lobo

**Para participar neste estudo estou ciente de que:**

A minha participação é voluntária e uma recusa não implicará prejuízos no meu acesso aos cuidados de saúde;

As informações que eu fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas a minha identidade será sempre preservada;

Sou livre de desistir da participação no trabalho em qualquer momento;

Após ter tomado conhecimento destes factos aceito participar no estudo, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tal:

Eu, \_\_\_\_\_,

aceito participar neste estudo, ciente de que a minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com o mesmo, sem nenhum prejuízo.

Recebi uma cópia deste consentimento e a possibilidade de lê-lo.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

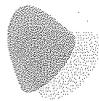


**APÊNDICE C**

**Autorização para a Realização do Estudo**

---





## ARS NORTE

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

DELIBERADO AUTORIZAR

18,12,2012

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA N.º 60
REUNIÃO DE 18,12,2012

COMUNICAÇÃO  INFORMAÇÃO  PARECER  N.º 39 DATA: 13 Dez

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer n.º 49 /2012

Rui Cernadas  
Vice-Presidente do C.D.

José Carlos Pedro  
Vogal C. D.

Dr. Ponciano Oliveira  
Vogal C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer n.º 49 /2012 (sobre o estudo: "Acessibilidade e equidade aos CSP dos ACES Alto-Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso e Douro I" – Marão e Douro Norte: Relação com a satisfação e qualidade de vida", aprovado na reunião do dia 04 de Dezembro de 2012, por unanimidade.

À Consideração Superior

  
Deolinda Neves  
Assessora CES/UIC





Ministério da Saúde



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

*ARS NORTE*

*M*

**Comissão de Ética para a Saúde**  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

**PARECER Nº 49 /2012**

**Sobre o estudo T/17 – Acessibilidade e equidade aos CSP dos ACES Alto-Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso e Douro I – Marão e Douro Norte: Relação com a satisfação e qualidade de vida**

**A – Relatório**

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do Processo n.º T17, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pelo Diretor Executivo do ACES Douro I – Marão e Douro Norte, em 18.01.2012, por solicitação da presidente do conselho de direção da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, que enviou o resumo do projeto em que a investigadora principal é Alexandrina de Jesus Serra Lobo sobre o estudo “– Acessibilidade e equidade aos CSP dos ACES Alto-Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso e Douro I – Marão e Douro Norte: Relação com a satisfação e qualidade de vida”
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento, pedido de autorização ao responsável do ACES Douro I, autorização do responsável do ACES Alto-Trás-os-Montes II, projeto de investigação, inquérito, consentimento informado e livre do participante, curriculum vitae da investigadora principal, e curriculum de mais dois investigadores.
3. Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo e correlacional, de abordagem quantitativa. Propõem selecionar os sujeitos que estejam inscritos nos CS dos dois ACES, por freguesia, aleatoriamente e de forma estratificada. Os dados serão recolhidos através de um inquérito já validado a ser aplicado sob a forma de entrevista pelo próprio investigador. O período de colheita de dados referido no cronograma (Outubro 2011/ Fevereiro 2012) está ultrapassado. O trabalho será apoiado pelo Instituto Ricardo Jorge em 20.000 euros no âmbito da candidatura a financiamento.

Rua de Santa Catarina, 1288  
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00  
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt  
www.arsnorte.min-saude.pt

4. O objetivo deste estudo é caracterizar a acessibilidade e equidade dos utentes aos ACES ATMATB e DMDN e verificar se existe relação entre acessibilidade, satisfação e QV dos utentes face aos cuidados de saúde prestados pelos ACES ATMATB e DMDN.

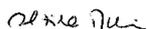
**B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas**

1. Reconhece-se relevância e pertinência ao estudo e interesse prático nos resultados esperados
2. Trata-se de um estudo com procedimentos não invasivos, não incorrendo os participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos

**C – Conclusões**

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator



Mestre Maria Alzira Morais

Aprovado em reunião do dia 4/12/2012, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol