

Análise Espacial da Oferta de Cuidados de Saúde em Portugal

Spatial Analysis of Healthcare Services in Portugal

Jéssica Tavares

jessicacostatavares@ua.pt

Mestre em Administração e Gestão Pública pela Universidade de Aveiro

Luís Jorge Gonçalves

luisjorge@ua.pt

Mestre em Integrated Map and Geoinformation Production pelo International Institute for Geo-Information Science and Earth Observation e Professor Adjunto da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Águeda – Universidade de Aveiro

Gonçalo Santinha

g.santinha@ua.pt

Doutor em Ciências Sociais pela Universidade de Aveiro, Professor Auxiliar no Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro, Membro do GOVCOPP – Unidade de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas – e do CEGOT – Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território

Resumo/ Abstract

A procura da igualdade de acesso aos cuidados de saúde primários e secundários por parte de todos os cidadãos, independentemente do local de residência, é um objetivo central de muitos sistemas de saúde. Neste contexto, é reconhecida a necessidade de analisar a distribuição geográfica dos serviços de saúde e a percentagem de população coberta pela rede de saúde existente, com o intuito de facilitar a formulação de políticas de saúde e o planeamento da rede de cuidados. Assim, o foco deste trabalho consiste em descrever e mapear o acesso aos serviços de saúde primários e secundários de Portugal Continental a partir de uma perspetiva geográfica. Para determinar a acessibilidade foram criadas isócronas com um algoritmo de *routing* em PostgreSQL/Postgis, o que permitiu a análise de diferentes tempos de deslocação e a avaliação do cumprimento das diretrizes nacionais. Os resultados alcançados revelam que os poucos e dispersos critérios de acessibilidade geográfica existentes não são cumpridos na sua totalidade e, apesar de uma cobertura espacial alta, algumas

Providing an equal access to health services, wherever citizens happen to live or work, is paramount to many health systems. As such, it is acknowledged the importance of analysing the spatial distribution of health services and the percentage of population covered by the existing health network for policy-making. Thus, the focus of this paper is to analyse and map the geographic access to primary and secondary healthcare services in Portugal. In order to assess the geographic access, several isochronous with a routing algorithm in PostgreSQL/Postgis were created, which allowed the analysis of different travel time and its evaluation according to both the national guidelines. Findings show that, despite a general high spatial coverage, regional disparities persist, with the Metropolitan Areas of Lisbon and Porto showing the best results.

disparidades territoriais persistem, com as Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto a apresentarem os melhores resultados.

Palavras-chave: Acessibilidade Geográfica; Cuidados de Saúde; Tempos de Deslocação; Políticas Públicas.

Códigos JEL: I18, O21, O29, R53

Palavras-chave: Geographic Access; Healthcare; Travel Time; Public Policies.

JEL codes: I18, O21, O29, R53

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm uma responsabilidade vital e contínua pelas pessoas ao longo de toda a sua vida e são desenvolvidos considerando características políticas, sociais, económicas e culturais próprias (WHO, 2000). No que diz respeito a Portugal, foi adotado um modelo *Beveridgiano* assente num Serviço Nacional de Saúde (SNS), baseado no princípio de cobertura universal com financiamento obrigatório por via dos impostos (Simões, 2009) e que visa garantir o respeito dos direitos sociais da Constituição da República Portuguesa, entre os quais, a proteção da saúde (Artigo 64º). Neste âmbito, os cuidados de saúde primários (CSP) assumem-se como o pilar central do sistema de saúde, constituindo o primeiro contacto com os cidadãos, com importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados de saúde e ligação a outros serviços para continuidade dos cuidados (Bernardino, 2017). Também os cuidados de saúde hospitalares (CSH) integram o SNS, podendo ser definidos pela representação de um conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios de tecnologia diferenciada (Santana & Costa, 2008). Refira-se, ainda, a Rede de Referência de Urgência que se encontra atualmente implementada e que permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes na Rede, integrando três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, serviço de urgência básica (SUB), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência polivalente (SUP). A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, valências médicas consignadas, área populacional e respetiva acessibilidade por via terrestre ao serviço de urgência,

e recursos humanos e materiais.

Contudo, a saúde e os cuidados de saúde têm-se revelado um tema amplamente discutido em Portugal, especialmente no sentido depreciativo. As críticas incidem na insuficiência de cobertura e de recursos humanos, nas remunerações desadequadas, nos elevados custos com a saúde para o utente, nos tempos de espera exorbitantes e nas elevadas distâncias a percorrer (Santinha, 2016). Numa tentativa de colmatar estes problemas, obter ganhos em saúde, melhorar o desempenho do Sistema, bem como a capacidade deste se desenvolver como um todo, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com Revisão e Extensão a 2020, compreende 4 eixos estratégicos — Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis. Dos 4 eixos estratégicos definidos, o eixo da acessibilidade aos cuidados de saúde é, na verdade, o único para o qual não existe uma prática de planeamento que procure concretizá-lo (Ribeiro *et al.*, 2015). Neste âmbito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselha que todos os Estados-membros tenham uma preocupação prioritária com a acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde, sobressaindo que esta deve ser medida em termos de distância e de tempos de percurso (Remoaldo, 2003).

Em Portugal, desde a extinção do Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde em 1997, pouco se sabe sobre quais os princípios e critérios formais que estão na base de decisões políticas na saúde e qual o papel que o território aqui ocupa (Santinha, 2016). Neste sentido, no que se refere ao tempo de percurso adequado para aceder aos cuidados de saúde, não parece haver um padrão de tempo definido institucionalmente e com base científica. Todavia, no âmbito dos cuidados de saúde primários do SNS, o relatório elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde (2009) define um padrão de 30 minutos. Por outro lado, no que concerne aos

cuidados de saúde secundários, o Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto de 2014, refere o seguinte: “garantia de acesso em menos de 60 minutos a um Ponto da Rede de Urgência, para todo e qualquer local do território português, nomeadamente mantendo ou implementando Serviços de Urgência (SU) em locais de reduzida densidade de residentes e casuística mas distantes de outros SU”. Na mesma linha de raciocínio, o relatório preliminar sobre a rede hospitalar elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde (2011) considera como aceitável a referência dos 60 minutos para o acesso a cuidados hospitalares gerais.

Recentemente publicado, o relatório diagnóstico da revisão do Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território (PNPOT) segue de certa forma esta lógica, embora fique por esclarecer qual a metodologia adotada. Há também vários estudos académicos que vão procurando analisar a acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde em Portugal, ainda que com modelos de análise e realidades distintas (ver *inter alia* Santana, 2009; Furtado & Pereira, 2010; Lopes *et al.*, 2014; Pereira & Mateus, 2014; Santana *et al.*, 2015). Encontram-se, porém, algumas limitações nestes estudos, nomeadamente por a análise ser feita por comparação entre um número reduzido de municípios ou referente apenas a um tipo de prestador.

Atendendo a estes pressupostos, este estudo consiste em descrever e mapear o acesso aos serviços públicos de saúde primários e secundários a partir de uma perspetiva geográfica, sendo que para Portugal, até à data, tais informações não estão disponíveis. Aqui, são analisados diferentes cenários de tempo de deslocação e é avaliado o cumprimento das recomendações de critérios nacionais (30 minutos e 60 minutos máximos para aceder a serviços de saúde primários e secundários, respetivamente).

2 ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O acesso aos serviços de saúde é já um conceito remoto e, simultaneamente, uma questão essencial para avaliar, na atualidade, as políticas de saúde e as práticas de planeamento (Lopes *et al.*, 2014). Este constitui um desejo fundamental do sistema de saúde, que ganha especial relevância no rescaldo da crise que tem devastado a Europa e em particular alguns países como Portugal. De acordo com o OPSS (2015), é crucial avaliar o acesso no sentido de perceber se,

apesar da crise, o sistema de saúde continua a cumprir o previsto na Constituição e os valores fundamentais acordados pelo Conselho de Ministros da Saúde da União Europeia (2006): a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade.

Se é certo que a temática de acesso aos cuidados de saúde não é nova – «*‘access’ is a major concern in health care policy and is one of the most frequently used words in discussions of the health care system.*» (Penchansky & Thomas, 1981:127) –, não é menos verdade que ainda nos dias de hoje a temática continua a ser amplamente debatida. Porém, o seu conceito acarreta múltiplas definições e o seu significado varia consoante o contexto em que é inserido.

Antes dos anos 80, a teoria dominante sobre o acesso aos cuidados de saúde assentava na premissa de que o melhor indicador de acesso era a utilização efetiva de cuidados de saúde. Eram analisados indicadores de utilização de cuidados de saúde e indicadores de resultados de saúde, como forma de perceber se os serviços utilizados eram qualitativamente adequados às necessidades de saúde das populações. Contudo, esta metodologia apresentava uma limitação ao considerar indicadores de utilização que podiam confundir a não utilização por dificuldades de acesso com a não utilização por ausência de procura (ERS, 2009).

De forma a obter uma análise mais robusta, era necessário recolher evidência para além da utilização efetiva. Neste âmbito, o trabalho desenvolvido por Penchansky & Thomas (1981) foi pioneiro ao propor uma abordagem alternativa ao tema do acesso aos cuidados de saúde assente no conceito de ajuste entre as necessidades dos utentes e a capacidade do sistema de saúde em satisfazer essas necessidades, focando-se no processo de procura de serviços de saúde. Mais tarde, Luo & Whippo (2012) definem a capacidade de acesso (acessibilidade) como a facilidade relativa com que se pode alcançar os cuidados de saúde a partir de um determinado local. Do mesmo modo, Ribeiro *et al.* (2015) referem que esta se caracteriza pela facilidade da população em alcançar as oportunidades que estão disponíveis para seu usufruto, utilizando um determinado meio de transporte (maioritariamente veículo próprio). Ainda, Levesque *et al.* (2013) sintetizam que o acesso aos cuidados de saúde se representa pela oportunidade de alcançar e obter serviços de saúde adequados em situações de perceção da necessidade de cuidados.

Neste sentido, admitindo que os cuidados de saúde, sejam primários ou secundários, devem ser prestados em algum local, a acessibilidade geográfica é considerada a componente crucial da experiência do utente (Lewis, 2011). Segundo a ERS (2009), a acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde caracteriza-se pela adequação entre a distribuição espacial dos prestadores e dos utentes, em termos de tempo de deslocação entre o local onde se encontra o utente e os prestadores de cuidados de saúde. Como tal, existe acessibilidade geográfica a um determinado tipo de cuidados de saúde quando a organização territorial dos serviços é adequada à distribuição espacial dos utentes.

Em Portugal, a acessibilidade geográfica é contemplada pela Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto de 1990 (Lei de Bases da Saúde), na qual se menciona que é “objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (Capítulo I, Base II, nº1- b).

A acessibilidade geográfica considera-se, assim, um assunto de elevada importância para o planeamento territorial, por se tratar de um instrumento que permite identificar desigualdades na distribuição de cuidados em função das necessidades da população (Santana *et al.*, 2010). Por sua vez, a análise espacial dos equipamentos de saúde é fundamental para a prossecução das políticas de saúde, atendendo à necessidade constante de monitorizar o cumprimento de diretrizes nacionais em matéria de equidade, de garantir uma cobertura integral da prestação dos serviços de saúde e de contribuir para a consolidação de políticas públicas vindouras.

3 METODOLOGIA

Os SIG têm sido amplamente usados para medir os impactos da acessibilidade geográfica no setor da saúde, desde a análise dos padrões espaciais de serviços de saúde ao planeamento da localização de novos equipamentos de saúde (Higgs, 2004). A maioria dos estudos em saúde tem utilizado os SIG para medir a acessibilidade geográfica potencial aos cuidados de saúde primários e hospitalares, a fim de aferir as desigualdades espaciais na prestação de cuidados de saúde. Neste estudo, foi adotada uma abordagem baseada na localização dos prestadores de cuidados de saúde primários e secundários de Portugal continental, de forma a medir a

percentagem de população coberta em diferentes cenários de tempo de deslocação por transporte privado e, conseqüentemente, analisar as desigualdades territoriais.

Para aferir a acessibilidade geográfica potencial existem vários modelos, nomeadamente: o modelo gravitacional (Joseph & Bantock, 1982), o modelo de disponibilidade regional (Khan, 1992), o modelo de densidade de *Kernel* (Guagliardo, 2004) e os modelos de área de influência flutuante (2SFCA) (Luo & Wang, 2003). Este último tem vindo a ser utilizado sucessivamente em várias investigações aplicadas ao setor da saúde (Guagliardo, 2004; Langford & Higgs, 2006) e serviu de base para o estudo em apreço.

O modelo 2SFCA é composto por 2 passos. No primeiro passo, para cada localização de prestadores é procurada toda a população que se encontra dentro de um determinado tempo de viagem limiar. No segundo passo, para cada localização da população, procuram-se todos os locais de prestadores que estejam dentro do tempo de viagem limiar. Dado o objetivo deste estudo, foi aplicada uma variante do primeiro passo do modelo, representada pela Equação (1):

$$P_{total} = \sum_{k \in (d_{kj} \leq d_0)} P_k \quad (1)$$

Onde:

P_{total} : população residente total por unidade estatística (NUTS I, II, III e Concelhos)

k : população residente por subsecção estatística

j : localização do prestador

P_k : população k dentro de cada isócrona ($d_{kj} \leq d_0$)

d_{kj} : tempo de viagem entre k e j

Para o efeito foram utilizadas ferramentas SIG *open source* e consideradas quatro fontes de dados. Em primeiro lugar, a informação relativa aos centros de saúde e hospitais foi recolhida no Portal da Saúde e nos *sites* institucionais, com geocodificação efetuada no *Google Maps* pelos próprios autores. Em segundo lugar, foi obtida a população residente agregada por subsecção estatística com base nos dados do Censos 2011, do Instituto Nacional de Estatística, utilizada posteriormente para a intersecção com as isócronas. Embora possam ter ocorrido alterações na distribuição populacional nos últimos oito anos, a escolha de dados oficiais e não de estimativas populacionais, deve-se ao facto

de serem necessários dados precisos e universais para a afetação da população a uma certa área de influência. Em terceiro lugar, foram utilizados os limites administrativos das freguesias recolhidos de uma base cartográfica oficial — Carta Administrativa Oficial Portuguesa (CAOP) de 2016 —, dos quais se extraíram os concelhos e as NUTS. Finalmente, em quarto lugar, foi considerada a rede viária topologicamente estruturada que modela uma velocidade diferenciada de deslocação consoante a tipologia das vias, referente a um extrato diário da *Geofabrik* dos dados da *OpenStreetMap* de julho de 2017.

Após o levantamento da informação *supra* foram criadas as isócronas com um algoritmo de *routing* em *PostgreSQL/Postgis*. Para os cuidados de saúde primários (centros de saúde) foram estabelecidas as isócronas dos 10 minutos, 20 minutos e 30 minutos, assumindo que o tempo de viagem limiar, segundo a literatura, é de 30 minutos. Para os cuidados de saúde secundários (hospitais públicos com serviço de urgência) foram definidas as isócronas dos 10 minutos, 30

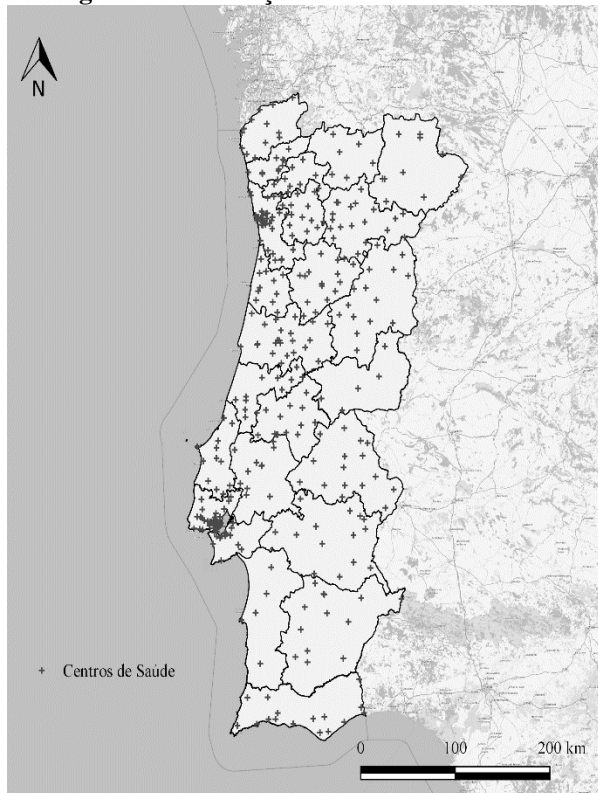
minutos e 60 minutos, considerando que o tempo de viagem limiar, segundo a legislação, é de 60 minutos e que a ERS emite um parecer ao Despacho nº 13427/2015, de 16 de novembro de 2015, onde refere a desejabilidade de tempos de trajeto inferiores a 30 minutos.

4 ANÁLISE DA ACESSIBILIDADE

4.1 Cuidados de Saúde Primários

A oferta de prestadores de cuidados de saúde primários em Portugal Continental é grande, estando atualmente disponível uma rede de 356 sedes de centros de saúde, em que o Norte e o Centro representam as NUTSII com maior número de prestadores (fig. 1), e apresenta uma distribuição geográfica que segue o padrão da distribuição da população residente por aglomerados urbanos (fig.2). Por sua vez, na figura 3 encontram-se representadas as respetivas áreas de influência de cada prestador de cuidados de saúde primários (isócronas).

Figura. 1 Localização dos centros de saúde



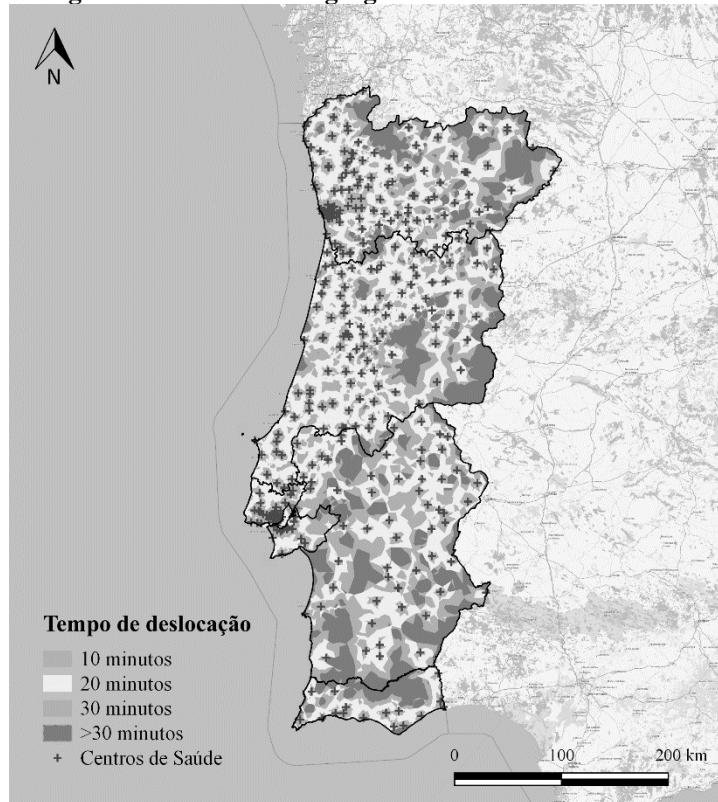
Fonte: Elaboração própria

Figura. 2 População residente por aglomerado



Fonte: Elaboração própria

Figura. 3 Acessibilidade geográfica aos Centros de Saúde



Fonte: Elaboração própria

Os resultados obtidos permitem concluir que uma grande parte da população nacional tem acesso geográfico a pelo menos um centro de saúde a menos de 30 minutos de viagem do seu local de residência (99,3%), conforme referenciado pela literatura como sendo o tempo máximo de viagem admissível. Já a população que se encontra fora deste alcance não chega a representar 1% da população nacional (0,7%). De igual forma, ao considerar-se o tempo de deslocação mais curto representado no mapa (10 minutos), a cobertura mantém-se elevada (78,1%).

Todas as NUTSII, com exceção do Alentejo, apresentam uma cobertura acima dos 98% para a distância dos 30 minutos, com a Área Metropolitana de Lisboa a apresentar uma cobertura total. Se considerada a média nacional aos 30 minutos (99,3%), as Regiões do Alentejo (97,7%), Algarve (98,6%) e Centro (99,1%) ficam abaixo da média, ao contrário do Norte (99,3%) e da Área Metropolitana de Lisboa (100%). Se considerada a distância ideal de 10 minutos, apenas a Área Metropolitana de Lisboa e o Norte têm uma cobertura superior à nacional aos 10 minutos (78,1%).

Ao nível das NUTSIII realça-se a Área Metropolitana de Lisboa e Oeste com uma cobertura total da população aos 30 minutos, opondo-

se à NUTSIII de Terras de Trás-os-Montes (Norte), a única com uma cobertura inferior a 90% (88,1%). À exceção das NUTSIII de Beiras e Serra da Estrela (Centro), Baixo Alentejo (Alentejo), Alto Tâmega (Norte), Beira Baixa (Centro), Alentejo Litoral (Alentejo) e Terras de Trás-os-Montes (Norte), as restantes NUTSIII apresentam uma percentagem de cobertura superior a 99%. Se considerados os 10 minutos de tempo de deslocação, apenas as Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto superam a cobertura nacional (78,1%).

Dos 278 concelhos que integram Portugal Continental, todos dispõem de um centro de saúde a 30 minutos de tempo de deslocação. Não obstante, o concelho de Vimioso é o único que tem uma percentagem de cobertura aos 30 minutos de deslocação muito reduzida (30%), deixando 70% da população residente desse concelho (3274 residentes) sem acesso a um centro de saúde em menos de 30 minutos de viagem. Uma análise geral a todos os concelhos revela que 181 concelhos apresentam uma cobertura total em 30 minutos de viagem (100%) e que 14 concelhos apresentam uma cobertura quase total (99,9%). Quando considerada a cobertura nacional à distância de 30 minutos, 16 concelhos apresentam uma cobertura inferior a 90%,

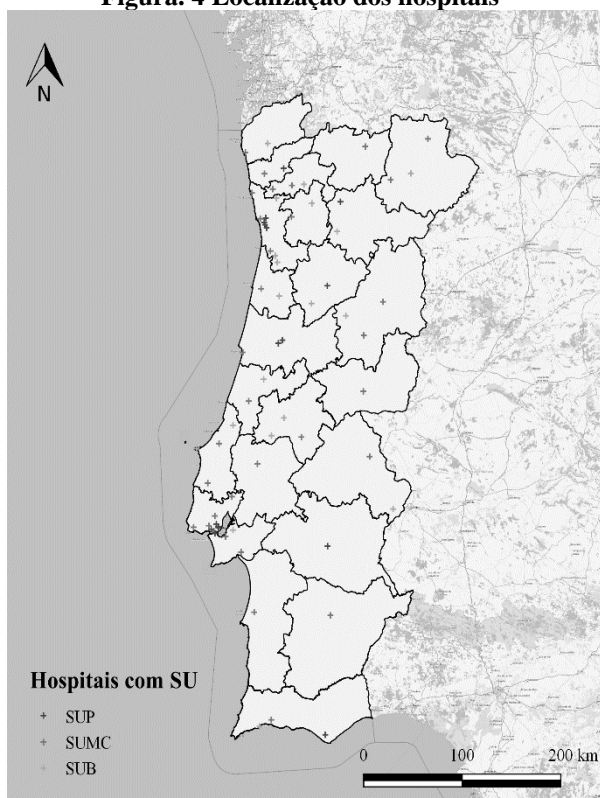
deixando 22% da população desses concelhos (32623 residentes) sem acesso a um centro de saúde a 30 minutos de tempo de viagem, o que corresponde a 0,3% da população total de Portugal Continental.

4.2 Cuidados de Saúde Secundários

A oferta de prestadores de cuidados de saúde secundários é composta por um total de 67

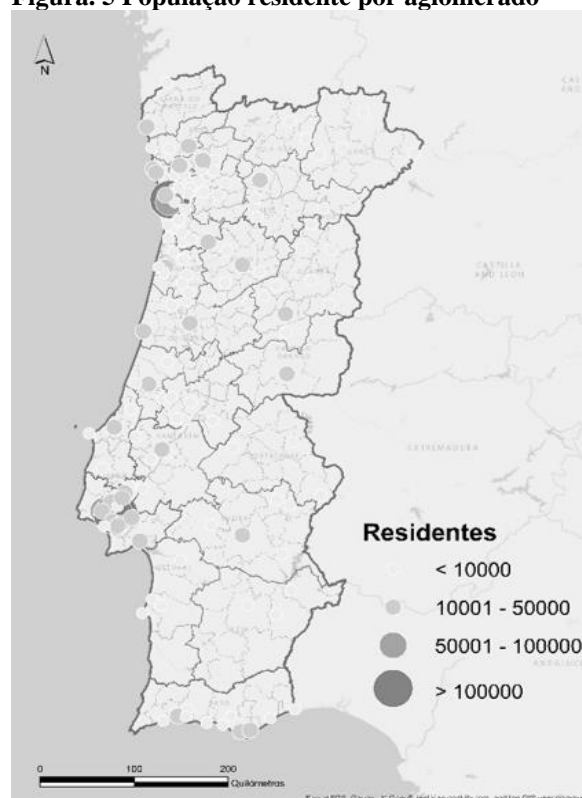
hospitais públicos com serviço de urgência, encontrando-se a sua maioria distribuída essencialmente pelo Norte e Centro de Portugal (fig. 4), um padrão de distribuição geográfica que segue de perto a dimensão e a distribuição dos aglomerados urbanos (fig. 5). Na figura 6 podem ser observadas as áreas de influência de cada hospital com serviço de urgência em Portugal Continental (isócronas).

Figura. 4 Localização dos hospitais



Fonte: Elaboração própria

Figura. 5 População residente por aglomerado



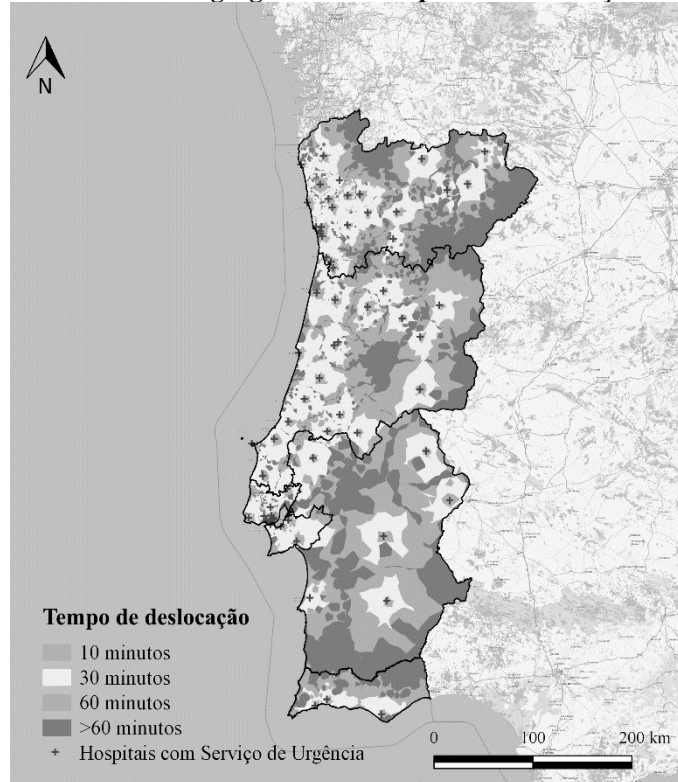
Fonte: Elaboração própria

De forma similar aos cuidados primários, também neste contexto uma grande parte da população nacional tem acesso geográfico a pelo menos um hospital público com serviço de urgência a menos de 60 minutos de viagem (98,3%), tempo indicado na legislação como o máximo admissível para um serviço de urgência. Apenas 1,7% da população de Portugal Continental fica fora desse alcance. Por outro lado, ao considerar os 30 minutos de tempo de deslocação desejável, é possível verificar uma cobertura igualmente elevada (87,7%).

Efetuada uma leitura dos resultados por regiões NUTSII, denota-se que, com exceção da

Região do Alentejo, todas as restantes apresentam uma cobertura acima dos 98% para a distância dos 60 minutos. Importa aqui realçar, por razões opostas, a Área Metropolitana de Lisboa, que apresenta uma cobertura total, e a Região do Alentejo, que apresenta uma cobertura inferior a 93%. Se considerada a cobertura média nacional (98,3% aos 60 minutos), para além da Região do Alentejo (92,7%), também o Norte (97,9%) fica abaixo desse valor. Se considerado o tempo ideal de deslocação de 30 minutos, com a exceção da Região do Alentejo e da Região do Algarve, as restantes regiões apresentam uma cobertura acima dos 80%.

Figura. 6 Acessibilidade geográfica aos hospitais com Serviço de Urgência



Fonte: Elaboração própria

No que concerne às NUTSIII, são as regiões que integram as NUTSII do Norte, Centro e Alentejo que obtêm uma cobertura inferior à média nacional de 98,3%. Importa, aqui, fazer referência às NUTSIII do Douro (Norte), de Terras de Trás-os-Montes (Norte), do Baixo Alentejo (Alentejo) e do Alentejo Litoral (Alentejo), que apresentam uma cobertura inferior a 90%. No caso do Alentejo litoral, a cobertura é inclusive inferior a 80%. Sobressaem as NUTSIII da Região de Aveiro e Área Metropolitana de Lisboa com uma cobertura total aos 60 minutos, bem como a Área Metropolitana do Porto, Oeste e Região de Leiria que apresentam uma cobertura quase total aos 60 minutos (99,9%). No tempo desejável de 30 minutos destacam-se as mesmas regiões com uma cobertura superior a 96%, realçando-se a Área Metropolitana do Porto (99,1%) e de Lisboa (98,4%).

O fator alarmante vê-se ao nível dos concelhos, em que dos 278 concelhos que integram Portugal Continental, cinco não dispõem de serviços hospitalares a menos de 60 minutos de tempo de deslocação da sua residência: Mourão (Alentejo Central), Barrancos (Baixo Alentejo), Freixo de Espada à Cinta (Douro), Miranda do Douro (Terras de Trás-os-Montes) e Penedono (Douro). Tal equivale a dizer que 1,8% dos concelhos (que, neste caso, corresponde somente a

0,2% da população) fica fora da percentagem de cobertura referenciada pela legislação como essencial para toda a população. No entanto, se analisarmos os concelhos com uma percentagem de cobertura inferior a 90% a uma distância de 60 minutos, encontramos 30 concelhos, deixando 47,3% da população desses concelhos (123619 residentes) sem acesso a serviços hospitalares em 60 minutos de viagem, o que corresponde a 1,2% da população total de Portugal Continental. Se considerarmos o tempo de deslocação desejável de 30 minutos, o número de concelhos sem acesso a um serviço hospitalar dispara substancialmente, atingindo o equivalente a 14% dos concelhos fora desse alcance (39 concelhos).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhoria da acessibilidade espacial aos cuidados de saúde configura-se hoje como uma necessidade para garantir melhor qualidade de vida da população. É fundamental articular as opções que os decisores políticos têm tomado ao nível dos cuidados de saúde com as necessidades da população residente em cada território. Apesar dos recentes documentos políticos acentuarem a necessidade de melhorar os níveis de

acessibilidade e de proximidade dos serviços à população, tem-se assistido ao encerramento de serviços particularmente nos meios rurais (Santinha, 2013), o que vem reforçar a importância de se avaliarem as condições de acessibilidade geográfica da população a estes serviços.

Centrado no caso Português, o estudo aqui apresentado procurou identificar as áreas críticas onde a população não tem acesso a um cuidado de saúde primário num tempo máximo de deslocação de 30 minutos, e a um cuidado de saúde secundário no tempo máximo de 60 minutos. Nos dois cenários, os resultados mostram que a maioria da população residente em Portugal Continental tem uma cobertura espacial elevada, o que significa que as diretrizes nacionais recomendadas em termos de acesso são, em grande medida, cumpridas.

Não obstante, a observação dos mapas produzidos permite concluir que, ainda que ténue, a tradicional dicotomia litoral/interior (Ferrão, 2000) persiste no que respeita ao acesso a cuidados primários e secundários. Por outro lado, não se verificando uma fronteira clara entre o Norte e o Sul de Portugal Continental, é a região do Alentejo que apresenta uma maior percentagem de população fora do alcance dos tempos máximos de deslocação definidos para ambos os cuidados, ao contrário da Área Metropolitana de Lisboa que apresenta uma cobertura total. A maior discrepância revela-se ao nível dos cuidados de saúde secundários, onde a Área Metropolitana de Lisboa consegue uma cobertura total com 13 hospitais e o Alentejo obtém uma cobertura abaixo da média nacional com apenas 6 hospitais.

Também do litoral são as restantes regiões que apresentam uma cobertura total ou quase total a ambos os cuidados de saúde nos tempos de deslocação definidos pela literatura e legislação, nomeadamente, a Área Metropolitana do Porto, a Região de Aveiro, a Região de Leiria e Oeste. Tais diferenças geográficas no padrão de acesso tornam o território do interior duplamente penalizado, isto é, os residentes não só demoram mais tempo a chegar aos SU, como também não têm cuidados de saúde de proximidade em tempo de deslocação similar às regiões do litoral.

Refira-se, ainda, que a população residente nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto são as que saem mais beneficiadas com uma cobertura média alta nos tempos de deslocação considerados desejáveis aos cuidados de saúde.

Quando comparados com o estudo elaborado pela ERS em 2009, os resultados aqui alcançados encontram-se bastante similares. Com efeito, o estudo da ERS afirma o seguinte:

“A quase totalidade do território continental está a menos de 30 min de um Centro de Saúde ou extensão (...) A população residente nas localidades sem acesso não chega a representar 0,1% da população de Portugal continental.”

Tal situação, tal situação repete-se no contexto atual, ao verificar-se uma percentagem de cobertura nacional bastante elevada (99,3%), com uma percentagem muito reduzida de população fora do alcance dos 30 minutos (0,7%).

Relativamente ao cenário dos hospitais, os resultados obtidos revelam uma melhoria de acesso relativamente ao estudo elaborado pela ERS em 2011, que afirma o seguinte:

“Nem todas as populações dos concelhos de Portugal Continental dispõem de um hospital a 60 min de tempo de viagem, havendo 25 concelhos sem cobertura até esta referência de tempo.”

Atualmente são apenas cinco os concelhos que não têm acesso a um hospital em menos de 60 minutos de tempo de deslocação, deixando apenas 0,2% da população fora deste alcance.

Os resultados aqui alcançados seguem também a mesma linha dos apresentados no Relatório do PNPOT, que afirma o seguinte:

“A distribuição dos equipamentos e serviços públicos de saúde reflete a maior diversidade funcional localizada em Lisboa, Porto e Coimbra.”

“Os piores resultados em termos globais aos Hospitais, encontram-se nos municípios de menor densidade populacional e nos meios mais rurais, refletindo de certa forma os níveis de envelhecimento da população (...) Por toda a faixa de fronteira com Espanha, na Região Centro e no Baixo Alentejo sobressaem-se situações de maior preocupação.”

Com efeito, a maior oferta de prestadores de cuidados de saúde situa-se também nas duas Áreas Metropolitanas e na Região de Coimbra. Aqui, o Alentejo Litoral apresenta os piores resultados em termos de cobertura espacial, representando a NUTSIII com menor densidade populacional e a segunda com o maior índice de envelhecimento, corroborando as afirmações acima efetuadas.

Refira-se, por fim, que embora centrado somente na componente geográfica do conceito de acessibilidade os resultados alcançados com

este estudo permitem dotar os decisores políticos de informação mais detalhada sobre este domínio, proporcionando um maior rigor na formulação de políticas públicas e permitindo uma

decisão mais ponderada sobre a distribuição da oferta de cuidados de saúde e na acessibilidade da população mais carecida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Entidade Reguladora da Saúde (2009) Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, ERS, Porto, 1–96.

Entidade Reguladora da Saúde (2011) Relatório sobre a rede hospitalar com financiamento público, ERS, Porto, 1–39.

Ferrão, J. (2000) Relações entre mundo rural e mundo urbano: evolução histórica, situação actual e pistas para o futuro. *EURE (Santiago)*, 26(78), 123–130.

Guagliardo, M.F. (2004) Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges, *International Journal of Health Geographics*, 3(1), 1–13.

Higgs, G. (2004) A Literature Review of the Use of GIS-Based Measures of Access to Health Care Services, *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 5(1), 119–139.

Joseph, A.E. e Bantock, P.R. (1982) Measuring potential physician accessibility to general practitioners in rural areas: a method and case study, *Social Science & Medicine*, 16(1), 85–90.

Khan, A.A. (1992) An integrated approach to measuring potential spatial access to health care services, *Socio-Economic Planning Sciences*, 26(4), 275–287.

Langford, M. e Higgs, G. (2006) Measuring Potential Access to Primary Healthcare Services: The Influence of Alternative Spatial Representations of Population, *The Professional Geographer*, 58(3), 294–306.

Levesque, J.F., Harris, M.F. e Russell, G. (2013) Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations, *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1–9.

Lewis, D.J. (2011) Spatial access to healthcare: Exploring the provision of local services,

Tese apresentada à University College London para obtenção de grau de Doutor em Filosofia, Departamento de Geografia.

Lopes, H., Castro, J., Silva, N. e Ribeiro, V.

(2014) Dinâmicas populacionais e as desigualdades de acesso em saúde em Portugal Continental, Departamento de Geografia da Universidade do Minho

Luo, W. e Wang, F. (2003) Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: Synthesis and a case study in the Chicago region, *Environment and Planning B: Planning and Design*, 30(6), 865–884

Luo, W. e Whippo, T. (2012) Variable catchment sizes for the two-step floating catchment area (2SFCA) method, *Health & Place*, 18(4), 789–795.

Obersvatório Português dos Sistemas de Saúde (2015) Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos Cuidados de Saúde. Um direito em risco?, OPSS, Lisboa.

Penchansky, R. e Thomas, J.W. (1981) The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction, *Medical care*, 19(2), 127–140.

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), 107–119.

Ribeiro, V., Remoaldo, P., Gutiérrez, J. e Ribeiro, C. J. (2015) Acessibilidade e SIG no planeamento em saúde: uma abordagem baseada em modelos de alocação-localização, *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, 38(1), 3–18.

Santana, P. (2014) Introdução à Geografia da Saúde Território, Saúde e Bem-estar, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Santana, P., Rodrigues, A., Santos, R., Costa, C. e Loureiro, A. (2010) O impacto da distância na utilização dos Cuidados de Saúde Primários: a reorganização das Unidades de Saúde em Coimbra, in J. Jesus, A. Roque, e M. Sá (eds), 1ª Conferência da Rede de Língua Portuguesa de Avaliação de Impactos “Transportes, Desenvolvimento Urbano e Avaliação de Impactos.”, Fundação Cidade de Lisboa, Lisboa, 20–30.

Santinha, G. (2013) Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada, *Saúde e Sociedade*, 22(3), 815–829.

Santinha, G. (2016) Políticas da saúde e território: um debate em torno da realidade portuguesa à luz da visão de decisores políticos

e instrumentos programáticos, *Saúde e Sociedade*, 25(2), 336–348.

Simões, J., (2009) Tendências internacionais nas políticas públicas de saúde, *Janus online*, 2(a saude no mundo), 1–7.

World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, 71(1), WHO, Geneva, 1–17.