



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Ana Isabel dos Santos Monteiro Penas
Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Isabel dos Santos Monteiro Penas
Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

**Trabalho efectuado sobre a Orientação de:
Professora Doutora Guilhermina Rego**

Gestão da Saúde

Abril, 2010

FMUP

Nome: Ana Isabel dos Santos Monteiro Penas

Endereço electrónico: m04109@med.up.pt

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

Nome completo do Orientador:

Professora Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta Monografia apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2010

Assinatura: Ana Isabel dos Santos Monteiro Penas

Eu, Ana Isabel dos Santos Monteiro Penas, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801109, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2010

Assinatura:

Ana Isabel dos Santos Monteiro Penas

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Monografia elaborada segundo as normas de publicação do livro:

“Gestão da Saúde”

1. Tipo de letra: Times New Roman
2. Tamanho da letra nos títulos: 14
3. Tamanho da letra nos subtítulos e no texto: 12
4. Tipo de letra nos títulos: maiúsculas, negrito
5. Tipo de letra nos subtítulos: iniciais maiúsculas, negrito e itálico
6. Palavras em língua estrangeira – latim, inglês, francês, alemão – em *itálico*
7. Alinhamento dos parágrafos: justificados
8. Espaços entre as linhas: 1,5
9. Evitar citações em “segunda mão”. Em todo o caso as citações devem estar entre aspas
10. Fundamentar sempre o que se afirma, indicando com rigor qual a obra em que se basearam
11. Tipo de letra das notas de rodapé: Times New Roman, tamanho 11
12. Referências no texto segundo o método de Harvard
13. No caso de ser o mesmo autor e o mesmo ano, então colocar a, b, c, a seguir à data por ordem de entrada no texto
14. No final do trabalho sob o título “Referências” colocar todas as referências citadas no texto (e apenas estas) por ordem alfabética

ÍNDICE

Índice.....	2
Resumo.....	3
1 – Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários	5
1.1 – Cuidados de Saúde Primários.....	6
1.2 – Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	10
1.3 – Conceito de Equidade.....	15
1.4 – Evidência empírica.....	18
2 – Avaliação da Equidade no Acesso aos CSP no Concelho do Porto	22
2.1 – Material e Métodos	22
2.1.1 – Caracterização da População.....	22
2.1.2– Selecção dos Indicadores	26
2.1.3 – Análise Estatística.....	27
2.2 – Resultados.....	27
3 – Discussão dos Resultados	32
4 – Considerações Finais.....	34
5 – Bibliografia.....	35

RESUMO

A evidência disponível sugere que os sistemas de saúde fortemente orientados para os CSP obtêm melhores resultados, tanto em termos de efectividade como de eficiência.

Sendo um dos principais objectivos dos sistemas de saúde a redução das desigualdades, é importante conhecer a extensão e a natureza das iniquidades e da exclusão para podermos desenvolver objectivos de mudança.

No presente trabalho pretende-se proceder a uma avaliação do acesso aos cuidados de saúde primários, no que respeita à equidade dentro de uma região geográfica bem definida, o concelho do Porto. Para tal utilizaram-se indicadores de acesso disponíveis nas bases de dados da ARS Norte.

A percentagem de utentes sem médico de família no Concelho do Porto (12% + 1% por opção) é superior à observada no conjunto da região norte (10,4%). O número de consultas programadas é o indicador que menores desigualdades apresenta (coeficiente de Gini: 0,29), seguido do número de utentes sem médico de família (0,41) e das consultas não programadas (0,64). Entre Janeiro e Outubro de 2009, nos Centros de Saúde do Concelho do Porto, registou-se uma média de 2,22 consultas por utente contra 2,66 consultas por utente em igual período nas cinco USF em actividade.

Os dados obtidos permitem-nos afirmar que existe falta de equidade no acesso aos cuidados de saúde primários no concelho do Porto.

The available evidence strongly suggests that the healthcare systems manly oriented towards primary healthcare are prone to better result regarding both efficiency and effectiveness.

The reduction of inequalities is one of the primary goals of healthcare systems, being so, it is important to know the extent and nature of the inequities and exclusions in order to develop realistic goals for change.

The present study intends to undergo an assessment of primary healthcare access, in relation to equity, within a well-defined geographic region, Oporto County. In order to do so it has been used access indicators from “ARS Norte” database.

The percentage of users without assistant physician in Oporto County (12% + 1% by option) is superior to that of the whole North Region (10,4%). The number of scheduled appointments is the indicator that presents less inequalities (Gini coefficient: 0,29), followed by the number of users without assistant physician (0,41) and lastly by the number of non-scheduled appointments (0,64). Between January and October 2009, at the primary healthcare centers of Oporto County, there was an average of 2,22 consults per user, against 2,66 consults per user in the similar period at the five “USF” in activity.

The obtained data allows us to state that there is a lack of equity in the primary care access at the Oporto County.

1 – EQUIDADE NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A Declaração de Alma-Ata (URSS, 1978) definiu os Cuidados de Saúde Primários como a chave para se atingir um nível de saúde capaz de permitir a todos uma vida económica e socialmente produtiva. (ERS, 2009)

Existem indícios fortes de que o acesso a cuidados de saúde primários abrangentes melhora os resultados de saúde da população e que aumentar o número de médicos de atenção primária em comparação com o de especialistas conduz a uma maior melhoria de tais resultados. (Beasley *et al*, 2007; Montegut, 2007)

Em Junho de 2009, na XI Conferência Ibero-Americana de Ministros da Saúde, concluiu-se que, 30 anos após a Declaração de Alma-Ata, uma parte importante da população ainda não tem acesso a Cuidados de Saúde Primários equitativos, inclusos, universais, oportunos e transformadores. (Ministério da Saúde, 2009)

De um modo geral, espera-se que os sistemas de saúde sejam equitativos, mas estes estão a desenvolver-se em direcções que pouco contribuem para a equidade e justiça social, afastando-se assim do seu objectivo de reduzir as iniquidades em saúde. (WHO, 2008) Os cidadãos estão, na maioria das vezes, pouco cientes da amplitude da iniquidade existente no acesso à saúde, (WHO, 2008) e talvez por isso pouco tem sido feito no sentido de contrariar essa tendência.

De acordo com um relatório recente do Tribunal de Contas, verifica-se a existência de constrangimentos no que respeita ao acesso aos Cuidados de Saúde Primários, não estando a ser cumpridos os princípios da equidade e da universalidade. (Tribunal de Contas, 2009) É importante conhecer a extensão e compreender a natureza das iniquidades e da exclusão para podermos desenvolver objectivos de mudança, uma vez que o próprio sector da saúde é capaz de tomar medidas significativas para contribuir para o progresso da equidade em saúde. (WHO, 2008)

Um dos principais objectivos dos sistemas de saúde é reduzir as desigualdades e, neste sentido, estudos que permitam apurar quais os aspectos dos sistemas de saúde capazes de reduzir tais desigualdades são uma prioridade. (Beasley *et al*, 2007) Nos dias de hoje, a generalidade dos sistemas de saúde debate-se com a incapacidade de resposta às exigências sociais, o que gera o descontentamento da população. (Nunes e Rego, 2002) Neste sentido, a equidade enquanto princípio estruturante da afectação de recursos para a saúde, procura promover a igualdade de acesso a todos os cidadãos para deste modo se

atingir um igual nível de saúde entre os diferentes grupos da sociedade. (Nunes e Rego, 2002)

No presente trabalho pretende-se proceder a uma avaliação do acesso aos cuidados de saúde primários, no que respeita à equidade dentro de uma região geográfica bem definida, o concelho do Porto.

É objectivo deste trabalho avaliar o acesso aos cuidados de saúde primários nas suas diferentes componentes, nomeadamente no que toca à adequação da oferta de médicos de família às necessidades das populações e ao acesso a consultas programadas e de urgência.

1.1 – Cuidados de Saúde Primários

A relação entre os cidadãos e o sistema de saúde começa no contacto imediato com os serviços periféricos, isto é, nos que se situam ao nível das estruturas que prestam cuidados básicos.

Em 1978, 134 países (entre os quais Portugal) e 67 organismos internacionais reuniram-se em Alma-Ata (URSS) numa Conferência Internacional onde definiram o seguinte conceito de Cuidados de Saúde Primários (CSP):

“...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 as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (in Alma-Ata, 1978)

Nessa mesma conferência, o acesso a cuidados de saúde básicos de qualidade, principalmente para aqueles com maiores necessidades, foi identificado como sendo uma componente fundamental na promoção de saúde para todos. (Kinman, 1999) Embora o contexto global de saúde se tenha vindo a alterar, de forma notável, durante as últimas três décadas, os valores que constam da Declaração de Alma-Ata e que estavam subjacentes à constituição da OMS têm vindo a ser testados e continuam verdadeiros. (WHO, 2008)

Assim, pretende-se que os CSP sejam a primeira linha de contacto das pessoas com os serviços de saúde, (ERS, 2009; Nunes, 2005) assegurando os cuidados essenciais e a orientação na resolução dos seus problemas, bem como a referenciação para serviços de saúde mais diferenciados. Pressupõe-se uma visão global da saúde, que se cumpre através de formas de actuação bem determinadas (quadro I). O cumprimento destes objectivos implica o reconhecimento de que o clínico geral não actua isoladamente, mas sim no seio de uma equipa multidisciplinar de saúde, que inclui também enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, administrativos, entre outros profissionais. (Nunes, 2005) Em todo o caso, é ao clínico geral – enquanto gestor do doente e da família – que compete coordenar o trabalho desta equipa multidisciplinar. (Nunes, 2005)

Quadro I – Âmbito de actuação dos CSP – adaptado de Nunes, 2005

1	Educar para a promoção da saúde e prevenção da doença.
2	Promover uma educação para uma sexualidade responsável.
3	Providenciar cuidados materno-infantis e programas de planeamento familiar.
4	Promover uma alimentação e nutrição saudáveis.
5	Garantir condições sanitárias básicas à população.
6	Implementar os programas de vacinação obrigatórios.
7	Prevenir as doenças endémicas da população.
8	Prestar especial atenção às doenças mais frequentes.
9	Garantir o acesso aos medicamentos necessários.

Para alguns autores, os CSP não traduzem apenas um conjunto de actividades ao nível dos cuidados, significando também uma estratégia de organização dos cuidados de saúde, e até uma filosofia. (Vuori, 1984) Defende-se que, em virtude do seu custo relativamente baixo (comparativamente ao dos cuidados de saúde secundários) e da maior facilidade com que podem ser fornecidos constituem, se estiverem distribuídos adequadamente, a forma mais importante de cuidados para a manutenção da saúde da população e para a prevenção da doença. (ERS, 2009)

Em todo o mundo, a generalidade dos cuidados de saúde primários são prestados por clínicos gerais/médicos de família¹. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006) No seu trabalho responsabilizam-se pelo doente, a partir do primeiro encontro, e daí em diante. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006) Isto inclui a gestão global e coordenação dos cuidados de saúde, tal como a intervenção apropriada de especialistas, e outros recursos de cuidados médicos. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006) Adicionalmente, compete ao médico de família ter um papel central na obtenção de qualidade, eficácia de custos, e equidade nos sistemas de saúde. (Montegut, 2007)

De um modo geral, os médicos de família funcionam como portas de entrada no sistema, isto é, são quem introduz e guia os pacientes no acesso ao sistema de saúde. (Pinto, 2000) Calcula-se que, a percentagem de problemas relacionados com saúde que se pode resolver ao nível dos CSP seja superior a 90%, o que torna incompreensível a sobrecarga de solicitações aos cuidados de saúde diferenciados nalguns países, incluindo Portugal. (Grande, 2000)

De acordo com um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicado em 2004, a evidência disponível confirma que sistemas de saúde fortemente orientados para os CSP obtêm melhores resultados, tanto em termos de efectividade como de eficiência. (Carlos, 2006; ERS, 2009) Adicionalmente, os CSP eficazes são essenciais para a promoção de uma relação entre prestadores e utentes, baseada no respeito pela privacidade, dignidade e confidencialidade. (ERS, 2009)

A título de exemplo olhemos para algumas realidades diferentes a nível mundial:

Os sistemas de saúde Britânico e Americano reflectem contextos culturais substancialmente diferentes e por isso as comparações devem ser feitas com cautela. (Koperski, 2000)

Nos Estados Unidos, os CSP, especialmente os médicos de família, são uma fonte vital de assistência a grupos desfavorecidos da sociedade. (Ferrer, 2007) Contudo, mais de três décadas após a Conferência de Alma-Ata, a promessa de um sistema de CSP institucionalizado evaporou-se (Ferrer, 2007) e o vazio institucional foi parcialmente preenchido pela "privatização" da saúde com a proliferação dos planos de saúde. (Koperski, 2000) Actualmente, há alguns bons exemplos de CSP dispersos mas ainda não há coerência política para o desenvolvimento de um sistema de cuidados primários.

¹ Médico de família/Clínico Geral (Sin.: médico especialista em medicina geral e familiar) Um médico que presta e coordena cuidados de saúde primários e continuados a indivíduos e famílias. Presta cuidados de saúde relacionados com problemas físicos, comportamentais e sociais a pessoas de ambos os sexos e de todas as idades. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006)

(Koperski, 2000) Segundo dados recentes, só sensivelmente 55% dos americanos teve pelo menos uma visita a um médico de atendimento primário em 2004, o que revela uma taxa de contacto inferior à registada na maioria dos países desenvolvidos. (Ferrer, 2007) Em comparação, no Reino Unido e na Holanda, países onde existem registos de base populacional, as taxas de contacto situam-se em 78% e 77%, respectivamente, embora estes dados não sejam referentes ao mesmo ano. Dados do Canadá, que carece de registo de base populacional, são notavelmente semelhantes, com 79% dos adultos a ter tido uma consulta de CSP entre 2000 e 2001. (Ferrer, 2007)

Os sistemas de saúde Australiano e Britânico têm muitas semelhanças entre si, como o acesso universal, o pagamento de taxas para o financiamento, a distribuição gratuita ou a baixo custo dos serviços de saúde e os bons resultados em termos de saúde da população. (Hays, 2009)

A despesa *per capita* em saúde nos EUA é três vezes maior do que a do Reino Unido, no entanto, vários indicadores de saúde, tais como taxa de mortalidade infantil e longevidade, são melhores no Reino Unido. (Koperski, 2000) Por tudo isto, o sistema americano de saúde é questionado interna e externamente há quase um século, mas gerações sucessivas de líderes não conseguiram a aprovação de qualquer reforma, até Março de 2010, altura em que o Presidente Barack Obama conseguiu reunir os apoios necessários à aprovação de um projecto que, embora não ofereça uma cobertura universal, a expande para cerca de 95% dos americanos.

De tudo isto surge evidência de que os sistemas de saúde assentes nos CSP obtêm melhores resultados, tanto em termos de efectividade como de eficiência. (Carlos, 2006; ERS, 2009), ressaltando assim a necessidade de fortalecer os CSP e de diminuir a procura dos cuidados hospitalares, de forma a satisfazer melhor e mais economicamente as necessidades das populações. (Silva, 1983)

Ainda de acordo com a Declaração de Alma-Ata,

“Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de acção para lançar / sustentar os CSP em coordenação com outros sectores.”

(*in* Alma-Ata, 1978)

As conclusões retiradas desta conferência levaram à mobilização dos vários governos, no sentido de favorecer o acesso das populações aos CSP, mas mais de 30 anos depois ainda há muito por fazer nesse sentido. Muitos dos programas implementados foram focados na doença e consistiam em projectos verticais, relacionados com o saneamento,

a água potável, o planeamento familiar e a imunização das populações. (Montegut, 2007) Apesar de algumas melhorias conseguidas, os objectivos fixados em 1978 não foram cumpridos sobretudo no que diz respeito ao estabelecimento de serviços de atenção primária na maioria dos países. (Montegut, 2007)

O impacto do ambiente na saúde e os efeitos da própria assistência médica estão tornando imperativa a concepção de serviços de saúde baseados no princípio do acesso rápido centrado na pessoa. (Starfield, 2007) Assim, os Cuidados de Saúde Primários surgem como cada vez mais essenciais na resolução das necessidades de saúde de todas as populações. (Starfield, 2007)

1.2 – Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Como disposto na Lei de Bases da Saúde, “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado (...) nos termos da Constituição e da Lei.” (Lei Nº48/90) De acordo com o Artigo 64º da Constituição Portuguesa, “o direito à protecção da saúde é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde² universal e geral (...) tendencialmente gratuito.”

A preocupação com a necessidade de assegurar cuidados de saúde à população remonta a 1899 quando Ricardo Jorge começou a organizar os “Serviços de Saúde e Beneficência Pública”. O primeiro esboço de um serviço nacional de saúde surgiu em 1971 com a reforma do Sistema de Saúde e Assistência que ficou conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”. Em 1976, o “Despacho Arnault” abriu acesso aos Postos de Providência Social (mais tarde, Segurança Social) a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva e, finalmente, em 1979, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do qual o Estado assegura o direito à saúde a todos os indivíduos.

Em 1993, após a aprovação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, foi publicado o novo Estatuto do SNS que veio romper com a tradicional dicotomia entre CSP e cuidados de saúde diferenciados, através da criação de unidades integradas, tendo em vista uma melhor articulação entre centros de saúde e hospitais. (Decreto-Lei Nº 11/93)

² Serviço Nacional de Saúde: Conjunto de todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006)

Desta reforma continuada do sistema de saúde³ resulta o SNS que chega aos nossos dias e que se caracteriza por: a) ser universal quanto à população abrangida; b) prestar, de um modo integrado, cuidados globais ou garantir a sua prestação; c) ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; d) garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras, no acesso aos cuidados; e) ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada. (Lei N°48/90)

O sistema de saúde desenrola-se em vários níveis de cuidados de saúde, assentando nos CSP, que devem situar-se junto das comunidades. (Lei N°48/90) Por sua vez, a prestação destes CSP engloba duas vertentes, que ao Estado cumpre garantir: a Saúde Pública e a Medicina Geral e Familiar. (ERS, 2009)

Na década de 1970, Portugal foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma abordagem integrada para os CSP, através do desenvolvimento de uma vasta rede de centros de saúde. (Sousa e Pisco, 2007)

Mais recentemente, como reconhecimento da sua fulcral importância, o Programa do XVII Governo Constitucional deu um enfoque particular aos CSP, salientando a sua relevância na ligação ao utente. (Resolução do Conselho de Ministros N° 157, 2005) Neste sentido, o Conselho de Ministros resolveu criar, na dependência directa do Ministério da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), para conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da reconfiguração dos Centros de saúde (CS). (Carlos, 2006; Resolução do Conselho de Ministros N° 157, 2005; Ministério da Saúde e MCSP, 2007)

Os CS⁴ são a base institucional dos CSP e constituem a pedra angular de todo o sistema de saúde, enquanto principal e, geralmente, primeira porta de acesso aos serviços

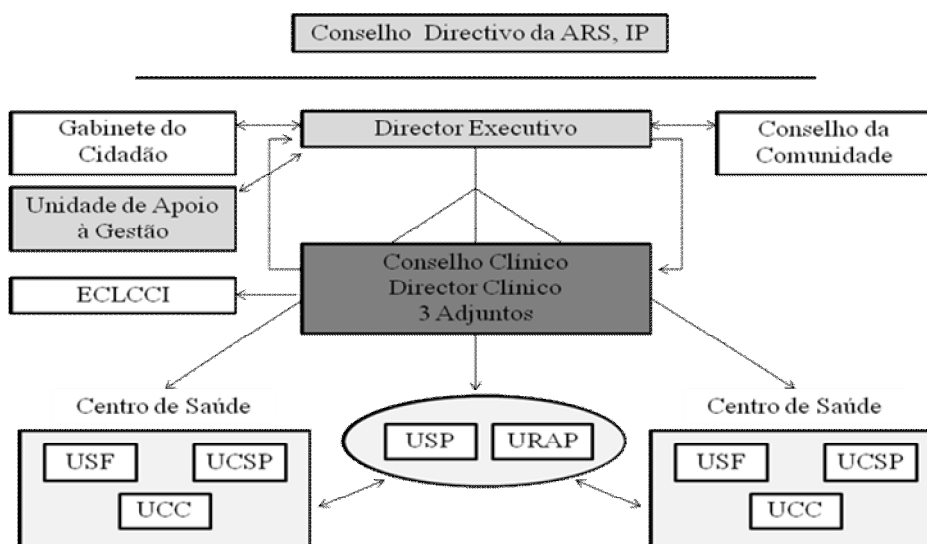
³ Sistema de saúde: Conjunto constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais liberais que acordem com o SNS a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006)

⁴ Centro de Saúde: Estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de actuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados. Dirige a sua acção tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade, através dos cuidados que, ao seu nível, sejam apropriados, tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao

públicos de saúde. (Cabral, Silva, e Mendes, 2002; Carlos, 2006) São eles que garantem a prestação de CSP na sua vertente de Medicina Geral e Familiar e pautam a sua actuação pela proximidade às comunidades locais. (ERS, 2009)

Durante muitos anos, a organização do sistema de saúde baseou-se na divisão do território nacional em regiões de saúde (ARS), dotadas de meios de acção capazes de satisfazer autonomamente as necessidades correntes de saúde dos seus habitantes. (Lei N°48/90) Por sua vez, as regiões podiam ser divididas em sub-regiões de saúde, de acordo com as necessidades das populações e as operacionalidades do sistema. (Lei N°48/90)

Imagem I – Estrutura orgânica dos ACES (adaptado de Pisco, 2008)



ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados; 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.

O processo de reconfiguração dos centros de saúde levou à extinção das sub-regiões de saúde e à criação 74 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES – unidades intermédias entre as ARS e os CS, actualmente responsáveis pela gestão no âmbito dos CSP), cuja estrutura orgânica está representada na Imagem I. De acordo com o Decreto-Lei n°28/2008, de 22 de Fevereiro que lhes deu origem, os ACES têm por finalidade garantir à população de determinada área geográfica, uma melhoria no acesso aos CSP e

indivíduo, à família e à comunidade. Pode ser dotado de internamento. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006)

o alcance de ganhos em saúde. (Tribunal de Contas, 2009) Com a descentralização das actividades das antigas sub-regiões de saúde para os ACES prevê-se uma modernização da logística e uma desburocratização, associada a uma maior autonomia de gestão. Estes agrupamentos são serviços de saúde constituídos por várias unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). (Nunes, 2005)

A actual reforma dos CSP caracteriza-se pela criação de órgãos próprios de gestão e por uma reorganização profunda dos CS, em que o modelo hierárquico de comando e controlo vertical é progressivamente substituído por uma rede de equipas autónomas com relações de contratualidade interna. (Ramos, 2009)

A reestruturação dos CS prevê a criação de pequenas unidades funcionais multiprofissionais – Unidades de Saúde Familiar (USF) – com autonomia organizativa, funcional e técnica, num quadro de contratualização interna, envolvendo objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade. (Resolução do Conselho de Ministros N° 60/2007; Despacho N° 24101/2007; Nunes, 2005) Em todas as USF existe uma carteira básica de serviços ou compromisso assistencial nuclear, definido nos termos da Portaria n°1368/2007, de 18 de Outubro.

Por factores conjunturais ou por opção, as USF podem organizar-se em três modelos de desenvolvimento (quadro II) que correspondem a modelos distintos de retribuição do desempenho, a nível de incentivos institucionais e financeiros e acreditação. (Despacho N° 24101/2007) Os três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, a que correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva. (Despacho N° 24101/2007; Nunes, 2005)

As USF distinguem-se dos CS tradicionais, essencialmente, pela contratualização de um compromisso assistencial, que se traduz num conjunto de serviços prestados à população abrangida (ERS, 2009), além da autonomia organizativa, funcional e técnica já referidas.

A reforma dos CSP tem como finalidade contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efectivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais. (Carlos, 2006)

Neste momento, a reforma dos CSP encontra-se em marcha, sendo já uma realidade a existência de 202 USF em funcionamento, o que perfaz um total de 2 560 393 utentes.

Quadro II – Modelos de organização das USF (Despacho N° 24101/2007; Nunes, 2005)

Modelo A USF do sector público administrativo, com regras e remunerações definidas pela Administração Pública;
Corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar;
Prevê a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como a contratualização do cumprimento de metas, que se traduzem em incentivos institucionais a reverter para as USF.

Modelo B USF do sector público administrativo, com um regime retributivo especial, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho;
Indicado para equipas dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos.

Modelo C Modelo experimental, a regular por diploma próprio (o que ainda não aconteceu);
USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o CS, mas sem qualquer dependência hierárquica deste.

Nota: No sentido de proporcionar a escolha do modelo mais adequado aos propósitos de cada equipa multiprofissional, é permitida a transição de um modelo para outro.

Todos os cidadãos têm direito à inscrição num CS, livremente escolhido, e o recurso aos cuidados de saúde prestados nessa instituição obriga apenas ao pagamento das taxas moderadoras⁵ correspondentes, com excepção das situações de isenção previstas na lei. (ERS, 2009)

⁵ Para aceder a uma consulta programada de Medicina Geral e Familiar o utente terá de pagar a taxa moderadora de €2,15 – Portaria n° 1637/2007, de 31 de Dezembro.

1.3 – Conceito de Equidade

A equidade⁶ é um dos princípios básicos de qualquer sistema de saúde, estando contemplado na maioria das Constituições, incluindo a Portuguesa. (Giraldes, 2001; Giraldes, 2005) É reconhecida como uma dimensão *major* da qualidade dos cuidados de saúde e constitui um atributo chave na avaliação destes, tendo-se constatado que as iniciativas para aperfeiçoar a qualidade eram incompletas enquanto as iniquidades não fossem minimizadas. (Clark, 2007) De facto, um dos principais factores que contribui para a melhoria global da saúde da população, medida quer através de indicadores de saúde quer através do índice de satisfação dos cidadãos, reside mais na diminuição das disparidades culturais, económicas e sociais entre os estratos sociais, do que propriamente na qualidade dos serviços de saúde. (Nunes e Rego, 2002)

O tema da equidade em saúde teve o seu aparecimento no Reino Unido, na década de 80, com o famoso *Relatório Black*, que tinha por objectivo avaliar as desigualdades no âmbito do serviço de saúde inglês. (Giraldes, 1997)

É consensual na literatura dedicada ao sector da saúde que o tópico da equidade é de importância central para a definição de políticas de saúde, contudo existe pouco consenso quanto a como medir a equidade ou mesmo a como definir tal conceito. (Waters, 2000)

A equidade em saúde e em serviços de saúde tem sido estudada, em Portugal, desde 1981, em diversas perspectivas (Giraldes, 2001; Giraldes, 2005), e goza de uma grande visibilidade no discurso de líderes políticos e ministros da saúde. (WHO, 2008)

No entanto, enquanto o conceito de igualdade (baseado na divisão matemática dos recursos de saúde disponíveis pela população) é facilmente aceite pela população, o de equidade é bastante mais ambíguo e conduz a múltiplas interpretações, consoante os valores de quem utiliza os recursos ou os objectivos a alcançar com a sua distribuição. (Giraldes, 2001; Giraldes, 2005; Kinman, 1999) 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 (igualdade). (Kinman, 1999)

Assim sendo, importa clarificar o conceito de equidade, as várias dimensões que engloba e qual o significado que lhe vamos atribuir ao longo deste trabalho.

⁶ Equidade: Distribuição justa de determinado atributo populacional. Não é necessariamente equivalente a igualdade, embora os dois termos sejam por vezes usados como sinónimos. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006)

A Sociedade Internacional para a Equidade em Saúde desenvolveu definições de equidade – ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos entre populações – e iniquidade – termo a reservar para a existência de diferenças desnecessárias, injustas e evitáveis – em serviços de saúde, que são aceites globalmente. (Riutort e Cabarcas, 2006)

A OMS define equidade em saúde como a noção segundo a qual, cada indivíduo ou grupo deve gozar do mais alto nível de bem-estar físico, psicológico e social permitido pelas limitações biológicas. (Riutort e Cabarcas, 2006) Por outro lado, a equidade na distribuição de serviços de saúde é definida como a distribuição de recurso e serviços de saúde de acordo com as necessidades, sendo esses serviços financiados de acordo com a capacidade de pagamento da população. (Riutort e Cabarcas, 2006)

Segundo o Princípio Formal de Justiça, iguais devem ser tratados de forma igual. (Nunes e Rego, 2002) O conceito de justiça enquanto equidade implica que o critério subjacente à distribuição da riqueza seja baseado na necessidade individual e na redução sistemática das disparidades. (Nunes e Rego, 2002) Desta aplicação do princípio da Justiça decorre a distinção entre equidade horizontal – prestação de tratamento igual a indivíduos iguais – e vertical – prestação de tratamento desigual para desiguais. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006; Nunes e Rego, 2002)

A adopção de medidas conducentes à equidade vertical pretende ir de encontro à realidade sociológica bem documentada, de que os cidadãos mais desfavorecidos do ponto de vista económico são, também, os que apresentam piores indicadores de saúde. (Nunes e Rego, 2002)

Mooney, em 1983, debruçou-se sobre o caso concreto da despesa pública em saúde e tentou clarificar o conceito de equidade e trazer alguma luz sobre as suas sete definições possíveis: (Giraldes, 1997; Giraldes, 2001; Giraldes, 2005)

- “Igualdade de despesa *per capita*” – o orçamento é distribuído pelas regiões proporcionalmente à dimensão da população;
- “Igualdade de recursos *per capita*” – o orçamento é distribuído pelas regiões de modo a cobrir os mesmos recursos, independentemente dos preços praticados em cada uma;
- “Igualdade de recursos para iguais necessidades” – tem em linha de conta a estrutura da população e outros factores (ex: exposições, patologias endémicas, etc.) que possam afectar as necessidades; é o conceito usualmente utilizado na distribuição de recursos a nível regional.

- “Igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades” entra em linha de conta com factores como os custos das deslocações ou a frequência de transportes para as instituições prestadoras de cuidados de saúde.
- “Igualdade de utilização para iguais necessidades” procede a uma discriminação a favor daqueles que têm uma mais baixa propensão para a utilização de serviços de saúde.
- “Igualdade de satisfação de necessidades marginais” pressupõe que todos os grupos dêem a mesma prioridade na ordenação das suas necessidades.
- “Igualdade de resultados” tem por objectivo a igualização de indicadores de saúde entre regiões e pressupõe a existência de uma política intersectorial.

Para muitos, a equidade inclui também o conceito de auto-realização individual, implicando que o indivíduo disponha dos meios necessários para efectuar a sua própria escolha – “igualdade de liberdade”. (Nunes e Rego, 2002)

A equidade no sector da saúde pode ser medida através de indicadores do estado de saúde, da distribuição dos recursos, das despesas, da utilização ou de acesso. (Waters, 2000)

A obtenção de equidade no acesso aos bens sociais primários (como a saúde) implica uma redução sistemática das disparidades existentes, tanto entre os cidadãos individuais, como entre os diferentes grupos sociais. (Nunes e Rego, 2002)

O conceito de equidade implícito neste trabalho é o utilizado na distribuição de recursos a nível regional, o conceito de igualdade de recursos para igual necessidade, encarado numa perspectiva de equidade espacial. Por equidade espacial deve entender-se a justa e equilibrada distribuição geográfica de recursos de saúde. (Nunes, 2005) É importante referir que igualdade de acesso não é necessariamente o mesmo que equidade de tratamento ou mesmo igualdade em indicadores de saúde, mas sim que os mesmos serviços estão disponíveis para pacientes com iguais necessidades. (Ferrer, 2007; Goddard and Smith, 2001; Waters, 2000)

Para assegurar o direito de acesso aos serviços de saúde é necessário garantir, entre outros aspectos, a equidade, a qualidade e a participação dos cidadãos. (Ministério da Saúde e MCSP, 2007) A equidade é assegurada através da garantia de acesso em tempo útil aos cuidados de saúde prestados em condições de efectiva igualdade, em toda a área geográfica abrangida pelas unidades de saúde. (Ministério da Saúde e MCSP, 2007)

1.4 – Evidência empírica

O conceito de equidade no acesso aos cuidados de saúde é um objectivo central de muitos sistemas de saúde e foi sempre um importante pilar do Serviço Nacional de Saúde Britânico desde a sua criação em 1948. (Goddard and Smith, 2001) Como tal, a equidade em saúde e em serviços de saúde tem sido estudada, a nível nacional e internacional, em diversas perspectivas.

Sendo o conceito de equidade tão ambíguo e subjectivo, a sua avaliação impõe o recurso a indicadores⁷ indirectos, também eles variáveis consoante o objectivo da análise em questão.

Um estudo realizado em 1994, por Majeed *et al*, concluiu que existem grandes variações no uso e na prática de CSP e que nas áreas mais desfavorecidas, onde seria de esperar uma maior necessidade de cuidados de saúde, na realidade encontram-se menos serviços e com qualidade inferior aos existentes em áreas de maior afluência. (Majeed *et al*, 1994)

Kinman, em 1999, publicou um trabalho no qual avaliava a equidade nos CSP em Chilimarca, uma comunidade peri-urbana no nordeste de Cochabamba, na Bolívia, tendo concluído que a existência de uma população muito diversa, com diferentes bases étnicas e socioculturais, pode influenciar a utilização dos serviços de saúde, independentemente do nível económico. (Kinman, 1999) Este estudo também revelou que o baixo custo dos serviços de saúde nas áreas peri-urbanas atrai a classe média cidadina. (Kinman, 1999)

Em 2001, Giraldes estudou a equidade em áreas socioeconómicas com impacto na saúde na União Europeia, utilizando os principais indicadores disponíveis na base de dados da OCDE em relação à utilização de serviços de saúde – consultas médicas *per capita* em ambulatório, número de dias de internamento *per capita* e consumo *per capita* de embalagens de medicamentos – e à despesa em saúde – despesa pública em internamento *per capita*, despesa pública em ambulatório *per capita*, a totalidade da despesa em medicamentos *per capita* e a despesa total em saúde *per capita*. (Giraldes, 2001) Nesse trabalho, entre outras conclusões, retira-se a falta de equidade manifestada no domínio da utilização de serviços de saúde entre países da União Europeia, quer no

⁷ Indicador de saúde: Uma variável registada que fornece informações gerais importantes sobre a saúde de uma dada população, como por exemplo as taxas de mortalidade infantil, a incidência de doenças de notificação obrigatória, as taxas de absentismo. (Ministério da Saúde e MCSP, 2006)

funcionamento dos serviços de saúde, quer na despesa *per capita* que mantém esses serviços. (Giraldes, 2001)

Remoaldo, em 2003, procedeu ao estudo comparativo das acessibilidades (na vertente físico-geográfica, na vertente estrutural e funcional e na vertente económica) aos CSP em Guimarães e em Cabeceiras de Basto, usando vários indicadores, dos quais se realçam os seguintes: número de consultórios médicos, número de médicos por especialidade, concentração ou dispersão das unidades de saúde, tempo de espera para marcação de consulta, distância das paragens dos transportes públicos a cada unidade de saúde e custo das consultas médicas. (Remoaldo, 2003) Nesse estudo concluiu-se que existiam diferenças significativas entre as duas áreas que resultavam do facto de Cabeceiras de Basto se apresentar como um território de cariz rural, com um povoamento disperso, uma baixa densidade populacional, um acentuado envelhecimento populacional e uma população significativamente menor que a residente em Guimarães. (Remoaldo, 2003) A título de exemplo note-se que, a oferta de serviços de saúde era muito mais diversificada em Guimarães – com dois Centros de Saúde, onze Extensões de Saúde e um Hospital – do que em Cabeceiras de Basto que possuía apenas um CS e duas Extensões de Saúde. (Remoaldo, 2003) A distribuição de unidades de saúde privadas por freguesia no concelho Guimarães (313 no total) era heterogénea, verificando-se uma concentração de unidades médicas nas freguesias do casco urbano. (Remoaldo, 2003) Em oposição, em Cabeceiras de Basto existiam apenas oito unidades de saúde privadas, concentradas na freguesia sede do concelho e mais três no resto do concelho. (Remoaldo, 2003) As especialidades médicas existentes neste concelho eram em pequeno número, comparativamente com Guimarães. (Remoaldo, 2003)

No estudo de Giraldes, em 2005, os indicadores seleccionados em relação à actividade dos CS foram: a despesa com actividades preventivas, a despesa com actividades curativas, a despesa com medicamentos (por principais grupos fármaco-terapêuticos), a despesa com análises, a despesa com radiografias, a despesa com ecografias e a despesa com TAC, todas *per capita*. (Giraldes, 2005) Quando a autora procedeu a uma avaliação da equidade versus eficiência do SNS português, concluiu que é a despesa com medicamentos, aquela que menores desigualdades apresenta, sugerindo que esta distribuição quase perfeita se deve ao facto de estes constituírem um bem de primeira necessidade. (Giraldes, 2005) No extremo oposto encontra-se a despesa com actividades

curativas (coeficiente de Gini⁸ de 0,4758) e a despesa com actividades preventivas (coeficiente de Gini de 0,3587), ou seja, a prestação de serviços pelos CS é a que evidencia maiores desigualdades entre as sub-regiões de saúde. (Giraldes, 2005) Desigualdades da mesma ordem de grandeza são encontradas nas despesas com meios complementares de diagnóstico *per capita* (TAC – coeficiente de Gini de 0,3097; Radiografias – coeficiente de Gini de 0,262; Ecografia – coeficiente de Gini de 0,1819; Análises – coeficiente de Gini de 0,1735). (Giraldes, 2005) Os indicadores de despesa *per capita* evidenciam a necessidade de correcção das assimetrias na distribuição da despesa principalmente em relação a actividades preventivas e curativas. (Giraldes, 2005)

Em 2006, Riutort *et al.* fizeram uma revisão da bibliografia publicada sobre as reformas nos sistemas de saúde da América Latina e o modo como o processo de descentralização influenciou a equidade nos cuidados de saúde. (Riutort e Cabarcas, 2006)

Já em 2009, Glazier *et al.*, realizaram um estudo de base populacional no qual verificaram que níveis socioeconómicos mais baixos estão associados a piores índices de saúde e que a procura de cuidados de saúde secundários está fortemente relacionada com o nível cultural da população – os indivíduos com maior escolaridade tendem a ultrapassar os CSP procurando directamente serviços de especialidade. (Glazier, 2009)

De acordo com um relatório recente do Tribunal de Contas (divulgado a 30 de Julho de 2009) elaborado no decurso de uma auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde no SNS” não estão a ser cumpridos os princípios de equidade e universalidade a diversos níveis. (Tribunal de Contas, 2009) Esta auditoria tinha como objectivo avaliar o impacto em ganhos de saúde das medidas implementadas anteriormente tendo em vista uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde. (Tribunal de Contas, 2009) No que diz respeito aos CSP, os indicadores analisados indicam que se mantêm alguns constrangimentos no acesso, e que esses constrangimentos vão influenciar, a jusante, o acesso dos utentes à lista de inscritos para cirurgia. (Tribunal de Contas, 2009) Segundo o mesmo relatório, no período entre Junho de 2006 e Junho de 2008, o número de médicos de família diminuiu em todas as regiões de saúde (-11,3%), tendo-se registado o maior decréscimo na região do Alentejo (-23%). Inversamente, registou-se um aumento de utentes inscritos em todas as regiões (+4,1%) e, consequentemente, um aumento do número de utentes inscritos sem médico de família (+27%). (Tribunal de

⁸ O Coeficiente de Gini é uma das medidas de desigualdade mais utilizadas por economistas; ver 2.1.3 – Análise Estatística.

Contas, 2009) O mesmo relatório concluiu que o número de inscritos na lista de cada médico de família, contrariamente ao previsto no Decreto-Lei nº60/2003, de 1 de Abril, era inferior a 1500 utentes na maioria das regiões, o que demonstra uma gestão pouco eficiente das inscrições. (Tribunal de Contas, 2009) Se entrássemos em linha de conta com o número de utentes utilizadores e não com o número de utentes inscritos, então perceberíamos que o número de utentes reais por lista de médicos é muito inferior à referência de 1500 e que a taxa de utilização dos CSP se situava entre os 51,4% (na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo) e 72,6% (na região de Saúde do Alentejo). (Tribunal de Contas, 2009) De todos estes dados, ressalta o facto de que o número de médicos em funções nos CSP não era suficiente para dar resposta às necessidades da população (Tribunal de Contas, 2009) e os existentes não estavam a ser distribuídos e geridos de um modo eficiente.

No caso da auditoria do tribunal de contas, os indicadores de acesso aos CSP utilizados foram o número de utentes inscritos, o número de utentes sem médico de família, o número de utilizadores, o número de médicos e o número de utentes por médico de família. (WHO, 2008)

Segundo o Relatório Mundial de Saúde de 2008, tornou-se evidente que a oferta de serviços de saúde melhorou globalmente, contudo as barreiras ao acesso constituem factores importantes de iniquidade e que a expansão da oferta de serviços tem de se apoiar na expansão da protecção social da saúde. (WHO, 2008)

As desigualdades geográficas de saúde em Portugal têm sido já amplamente caracterizadas. (Giraldes, 1997) A análise empírica dessas desigualdades demonstra que estas são mais notórias ao nível dos indicadores de cobertura dos CSP. (Giraldes, 1997) Afirma-se frequentemente que existe um défice de médicos em Portugal porém, segundo dados da OCDE de 2008, Portugal tem 3,6 médicos por 1000 habitantes, um número muito acima do registado em países como o Reino Unido, França, Dinamarca, Irlanda ou Finlândia, entre outros. (Nunes, 2005) Estes dados sugerem que o problema provavelmente não reside na falta de médicos mas sim na sua carência relativa, nomeadamente, no que respeita à sua distribuição geográfica (cobertura deficiente das regiões do interior, das regiões autónomas e da periferia das grandes cidades) e à distribuição por especialidades (falta de clínicos gerais). (Nunes, 2005)

De acordo com um estudo recente da Entidade Reguladora da Saúde, o Porto tem o pior rácio ao nível de médicos de família, calculando-se em 200 mil o número de pessoas sem médico de família em todo o distrito.

2 – AVALIAÇÃO DA EQUIDADE NO ACESSO AOS CSP NO CONCELHO DO PORTO

Este trabalho tem por finalidade promover uma avaliação do acesso aos cuidados de saúde primários, no que respeita à equidade dentro de uma dada área geográfica, tendo por base o concelho do Porto.

É objectivo deste estudo elaborar um diagnóstico sobre o acesso aos CSP prestados pelo SNS no Concelho do Porto, detectando os pontos mais sensíveis, que geram maiores dificuldades no acesso, enfatizando as assimetrias regionais identificadas.

2.1 – Material e Métodos

2.1.1 – Caracterização da População

Com a extinção das Sub-regiões de saúde, foram criados onze ACES no distrito do Porto (quadro III), a par da Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos⁹ (já existente e que se manteve).

Quadro III – Agrupamentos de Centros de Saúde do distrito do Porto

Agrupamento de Centros de Saúde	Freguesia
ACES Grande Porto I – Santo Tirso / Trofa	Santo Tirso
ACES Grande Porto II – Gondomar	Rio Tinto – Gondomar
ACES Grande Porto III – Valongo	Valongo
ACES Grande Porto IV – Maia	Vermoim – Maia
ACES Grande Porto V – Póvoa do Varzim / Vila do Conde	Vila do Conde
ACES Grande Porto VI – Porto Ocidental	Aldoar – Porto
ACES Grande Porto VII – Porto Oriental	Paranhos – Porto
ACES Grande Porto VIII – Gaia	Mafamude – V. Nova de Gaia
ACES Tâmega I – Baixo Tâmega	São Gonçalo – Amarante
ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul	Penafiel
ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte	Silvares – Lousada

⁹ A Unidade Local de Saúde Matosinhos foi criada em 1999, pelo Decreto-Lei nº297/99, de 9 de Junho, com o objectivo de garantir uma prestação eficiente e eficaz dos serviços de saúde. A ULS de Matosinhos tem sob a sua alçada o Hospital Pedro Hispano e os CS de Leça da Palmeira, Matosinhos, São Mamede de Infesta e Senhora da Hora. (Nunes e Rego, 2002)

O distrito do Porto tem cerca de 1 milhão e 800 mil habitantes, o que representa mais de metade da população do Norte de Portugal. É um distrito com elevada densidade populacional (774habitantes/km²), com um ligeiro predomínio do sexo feminino (1,07:1). (Gonçalves, 2009) A distribuição da população pelos grupos etários (quadro IV) revela uma população relativamente jovem, com um índice de envelhecimento (relação entre a percentagem de habitantes com mais de 65 anos e a de habitantes com menos de 15 anos) de 80,0. (Gonçalves, 2009)

Quadro IV – Caracterização da População do Distrito do Porto por grupos etários (Gonçalves, 2009)

	0-14 Anos	15-44 Anos	45-64 Anos	65-84 Anos	>85 Anos
Porto	16,9%	44,7%	24,8%	12,4%	1,1%
Média Nacional	15,6%	42,6%	24,7%	15,6%	1,5%

Neste momento existem 54 USF em actividade plena no distrito do Porto (num total de 100 USF na região Norte), das quais 19 se encontram no Modelo A e 35 no Modelo B.

Por sua vez, o Concelho do Porto inclui dois agrupamentos de centros de saúde (ACES Porto Ocidental e ACES Porto Oriental) que perfazem um total de 10 unidades de saúde (8 Centros de saúde, 1 SASU e 1 Centro de diagnóstico pneumológico), com as respectivas extensões (quadro V). Existem ainda centros de saúde destinados aos titulares de subsistemas de saúde, nomeadamente da EDP e dos Seguros.

Segundo o INE, o Concelho do Porto tinha, em 2008, 216.080 habitantes (distribuídos como exposto no quadro VI), menos 3% do que no ano anterior (221.800 habitantes em 2007), e apresenta um índice de envelhecimento superior ao valor global da região Norte (Imagem II). Um outro dado importante é o facto de, 20-25% da população do Concelho do Porto residir em bairros sociais.

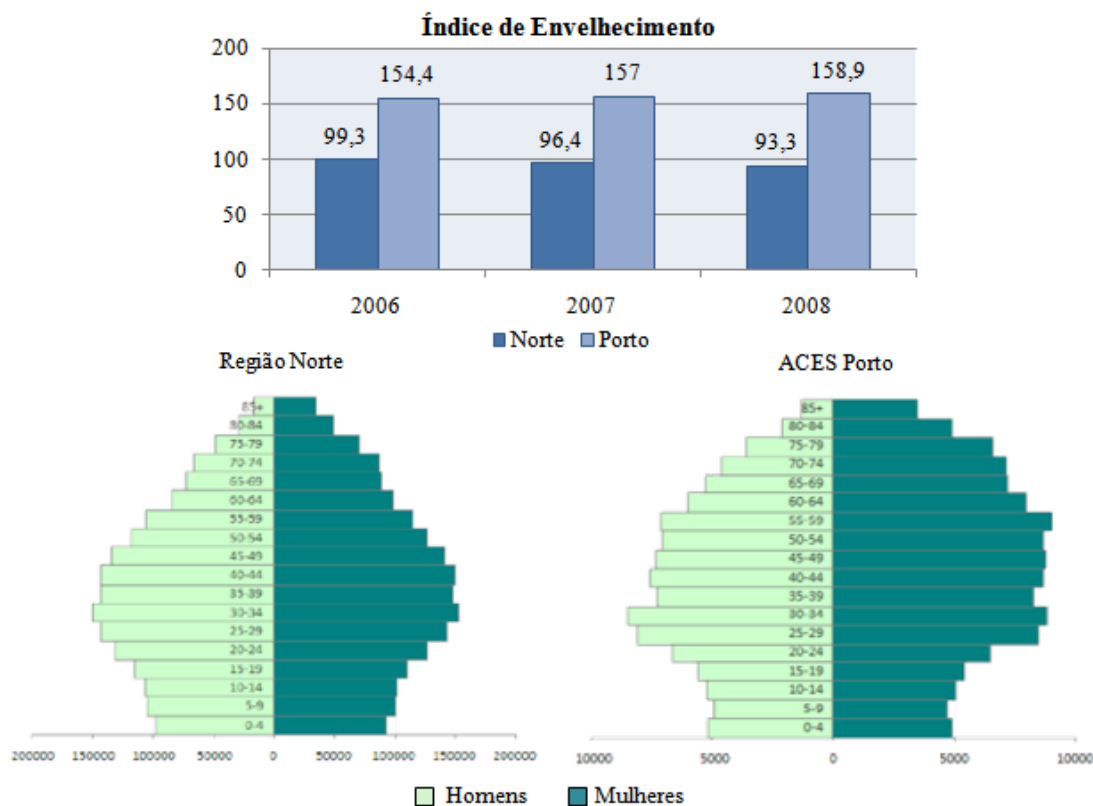
Quadro V – Locais prestadores de Cuidados de Saúde Primários no Concelho do Porto

ACES	Instituição	Local
Porto Ocidental	CS Aldoar	Aldoar (sede)
		US Carvalhido
		USF Ramalde
		USF Serpa Pinto
		USF Espaço Saúde
		Centro de Atendimento de Jovens
	CS Batalha	Batalha (sede)
		US D. João IV
		US Guindais – Consulta do Viajante
	CS Carvalhosa	US Aníbal Cunha
		US Carvalhosa
	CS Foz do Douro	US Taipas
		Foz do Douro (sede)
	CS São João	US Lordelo do Ouro
CS São João (sede)		
SASU		
Centro de Diagnóstico Pneumológico		
Porto Oriental	CS Campanhã	Campanhã (sede)
		US Azevedo Campanha
		US Ilhéu
	CS Paranhos	Paranhos (sede)
		US Barrocas
		USF Faria Guimarães
	CS Bonfim	US Barão de Nova Sintra
		US Santos Pousada
	USF Porto Centro	
Seguros		
EDP		

Quadro VI – População residente no Concelho do Porto estimada para o ano de 2008, por sexo e grupo etário (INE)

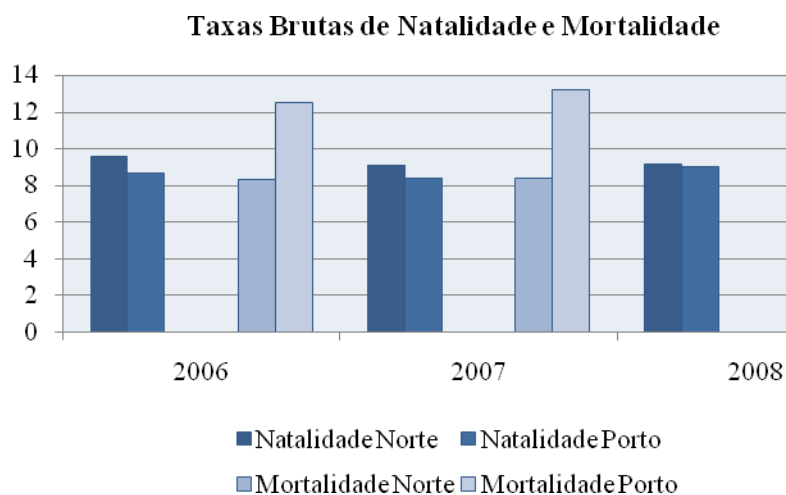
Local de Residência	Total			0 a 14 anos			15 a 64 anos			65 e mais anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Continente	10.135.309	4.904.381	5.230.928	1.533.362	786.345	747.017	6.790.296	3.358.966	3.431.330	1.811.651	759.070	1.052.581
Região Norte	3.745.439	1.811.166	1.934.273	584.267	299.760	284.507	2.580.740	1.271.102	1.309.638	580.432	240.304	340.128
ACES Porto	216.080	97.568	118.512	28.103	14.336	13.767	143.323	67.027	76.296	44.654	16.205	28.449

Imagem II – Índice de Envelhecimento (A) e Pirâmides Etárias da Região Norte (B) e do Concelho do Porto (C). (adaptado de DEP ARS Norte, 2009 e Felícia, et al. 2009)



De um modo geral, a taxa de natalidade é inferior à da região norte (imagem III), a taxa de mortalidade é superior e a esperança de vida é ligeiramente inferior (quadro VII).

Imagem III – Taxas brutas de natalidade e de mortalidade referentes à região Norte e ao concelho do Porto. (DEP ARS Norte, 2009)



Quadro VII – Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, triénio 2005-2007.

(Felicía, et al. 2009)

Esperança de Vida	Continente			Região Norte			ACES Porto		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
À nascença	78,9	75,6	82,0	79,0	75,8	82,1	77,4	73,4	80,8
Aos 65 anos	18,4	16,6	20,0	18,5	16,6	20,0	17,9	15,5	19,6

2.1.2– Selecção dos Indicadores

Sendo o conceito de equidade tão ambíguo e subjectivo, a sua avaliação obriga ao recurso a indicadores indirectos, também eles variáveis consoante o objectivo da análise em questão.

O conceito de equidade implícito no presente estudo é aquele que alia o de igualdade de recursos, numa perspectiva espacial, ao de igualdade de oportunidades, sendo avaliado através de indicadores de acesso¹⁰. Para tal análise, seleccionamos os principais indicadores disponíveis na base de dados da ARS Norte, referentes aos ACES do Concelho do Porto. A escolha de indicadores em saúde não é uma tarefa fácil e para ser utilizado num estudo, um indicador deve cumprir um conjunto de requisitos (quadro VIII).

Quadro VIII – Características gerais dos indicadores em saúde (Pisco et al, 2006)

Sumários	Explícitos
Realistas	Não geradores de controvérsia
Objectivos	Não adulteráveis

Deste modo, os indicadores utilizados foram o número de utentes inscritos em cada centro de saúde¹¹, número de utentes sem médico de família atribuído em cada centro de saúde¹¹, número de utilizadores por centro de saúde¹¹ (subtracção do número de utentes sem médico de família por opção ao número total de inscritos num dado centro de

¹⁰ Sendo certo que o conceito de acesso aos cuidados de saúde também não é de fácil definição, uma vez que não existe um consenso quanto ao que é um “acesso apropriado”, optamos por definir acesso à luz de quatro conceitos chave: disponibilidade, utilização, relevância e efectividade e equidade. (Chapman et al, 2004) No presente estudo usaremos indicadores de disponibilidade e de utilização para inferirmos sobre a equidade.

¹¹ Tal como em Tribunal de Contas, 2009.

saúde), o número total de consultas realizadas, o tipo de consultas realizadas em cada centro de saúde (programadas ou não programadas, de saúde de adultos, de saúde infantil, de saúde materna ou de planeamento familiar) e número médio de consultas por utente em cada centro de saúde¹².

Foi feita uma análise comparativa com os dados relativos às USF em actividade no Concelho do Porto, para a qual foram utilizados os seguintes indicadores: número de utentes inscritos nas USF, número de consultas realizadas nas USF e número médio de consultas por utente nas USF.

2.1.3 – Análise Estatística

Neste trabalho, seleccionou-se como medida de desigualdade a medida mais utilizada por economistas, o coeficiente de Gini, cujo método de cálculo considera a distribuição dos atributos e correspondentes distribuições populacionais segundo a fórmula de Brown:

$$G = 1 - \sum_{k=1}^{n-1} (X_{k-1} - X_k) \cdot (Y_{k+1} + Y_k)$$

Em que X representa a proporção acumulada da variável “população” e Y a proporção acumulada do atributo cuja desigualdade se pretende medir.

Calcularam-se coeficientes de Gini relativamente a indicadores do acesso aos cuidados de saúde primários (número de utentes sem médico de família atribuído, nº de consultas programadas e nº de consultas não programadas) nos diversos centros de saúde do concelho do Porto.

2.2 – Resultados

Segundo dados da ARS Norte, em Outubro de 2009 havia 347.744 utentes inscritos nos ACES do Porto (distribuídos como exposto no quadro IX), o que corresponde a sensivelmente 8% do total de inscritos na dependência da ARS Norte. Destes, apenas 83% eram residentes no concelho do Porto.

A percentagem de utentes sem médico de família atribuído (12% + 1% por opção) é superior à observada no conjunto da região Norte (10,4%) contudo, é de salientar a cobertura total ou quase total registada no caso particular dos titulares de seguros (3600/3608) ou do subsistema de saúde da EDP (10.276/10.276).

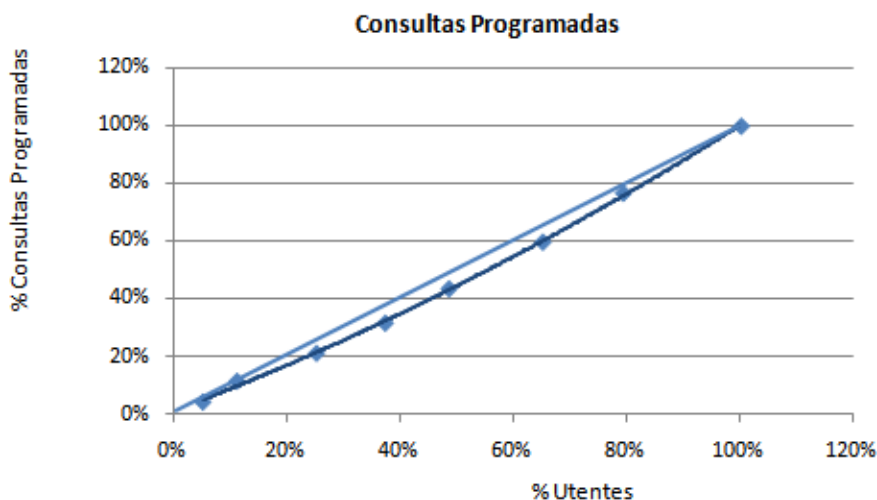
¹² Tal como em Giraldes, 2001.

Quadro IX – Utentes inscritos nos centros de saúde do concelho do Porto (DEP ARS Norte, 2009)

ACES	Instituição	Com médico de família	Sem médico de família	Sem médico por opção	Total	% Sem médico de família
Porto Ocidental	CS Aldoar	66.523	1.819	1.034	69.376	3%
	CS Batalha	12.257	3.827	983	17.067	22%
	CS Carvalhosa	31.898	7.991	459	40.348	20%
	CS Foz Douro	35.433	11.150	256	46.839	24%
	CS São João	20.064	0	0	20.064	0%
Total		166.175	24.787	2.732	193.694	13%
Porto Oriental	CS Campanhã	42.718	4.460	217	47.395	9%
	CS Paranhos	49.638	5.116	465	55.219	9%
	CS Bonfim	32.007	5.485	60	37.552	15%
Total		124.363	15.061	742	140.166	11%
Seguros		3.600	8	0	3.608	0%
EDP		10.276	0	0	10.276	0%

O número de consultas programadas (imagem IV) é o indicador que menores desigualdades apresenta, com coeficiente de Gini de 0,29, o que traduz uma desigualdade fraca a média (Coeficiente de Gini entre 0,251 e 0,500). Desigualdades da mesma ordem de grandeza são verificadas para o número de utentes sem médico de família (imagem V), com coeficiente de Gini de 0,41, traduzindo também uma desigualdade fraca a média. O Centro de Saúde da Foz do Douro é aquele no qual uma maior percentagem dos utentes inscritos não tem médico de família (24%), contribuindo com quase 28% dos utentes sem médico de família do concelho do Porto. O CS da Batalha (22%) e o CS Carvalhosa (20%) também apresentam uma elevada percentagem de utentes sem médico de família. Por outro lado, o CS São João (0%), o CS Aldoar (3%), o CS de Campanhã (9%) e o CS de Paranhos (9%) têm uma cobertura alargada da população inscrita.

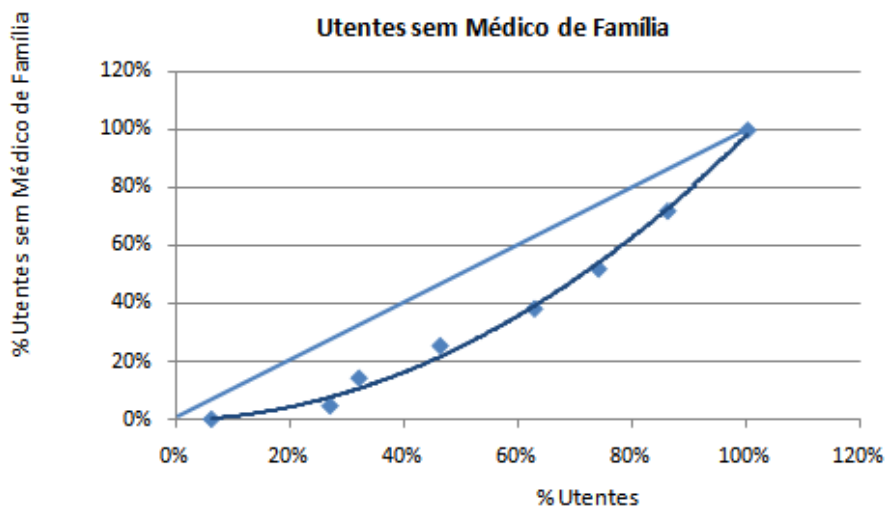
Imagem IV – Curva de Lorenz¹³ para Consultas Programadas



mean	88.412							
rank	8	7	6	5	4	3	2	1
rank*usm	243176	358015	411018	369595	337380	343503	239926	164522

Índice de Gini 29%

Imagem V – Curva de Lorenz para Doentes sem Médico de Família



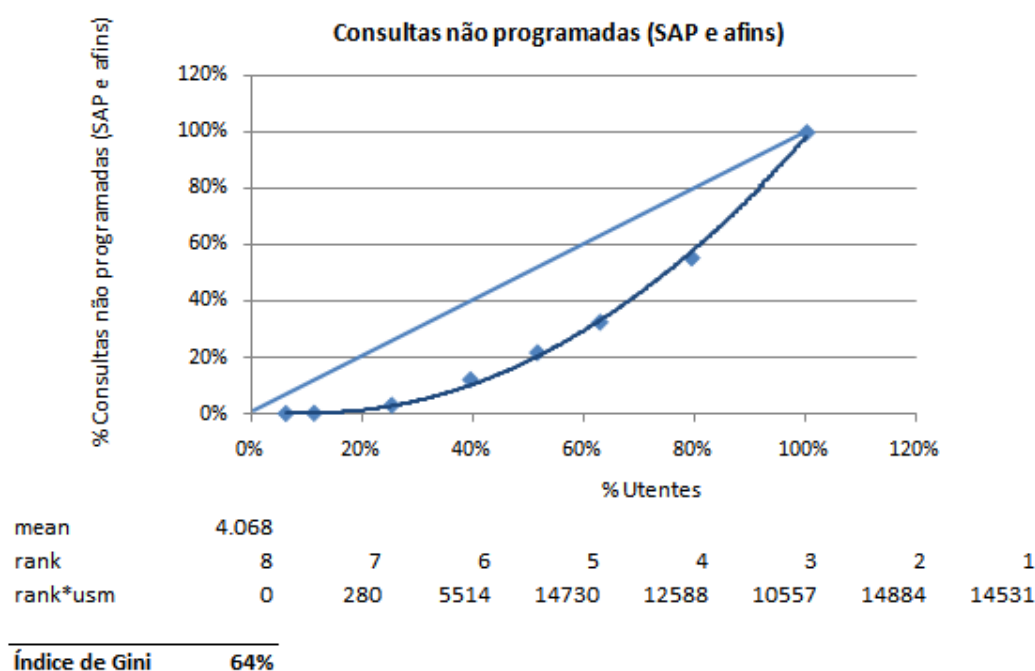
mean	4.980							
rank	8	7	6	5	4	3	2	1
rank*usm	0	12726	22962	22300	20464	16434	15982	11150

Índice de Gini 41%

¹³ A Curva de Lorenz é uma construção simples que indica quanto cada fracção da população detém da renda total (ou outro atributo); um eixo (X) representa as fracções acumuladas da população e o outro (Y) representa as fracções acumuladas da riqueza total.

O coeficiente de Gini mais elevado, 0,64, verifica-se no que toca às consultas não programadas (imagem VI) em regime de SAP e afins, traduzindo uma desigualdade média a forte. Contudo, importa referir que, entre Janeiro e Outubro de 2009 registaram-se 56.865 consultas não programadas no SASU do Porto (não dependente de nenhum CS) que correspondem a 63,6% do total de consultas não programadas registadas no Concelho em igual período.

Imagem VI – Curva de Lorenz para Consultas não programadas em regime de SAP e afins

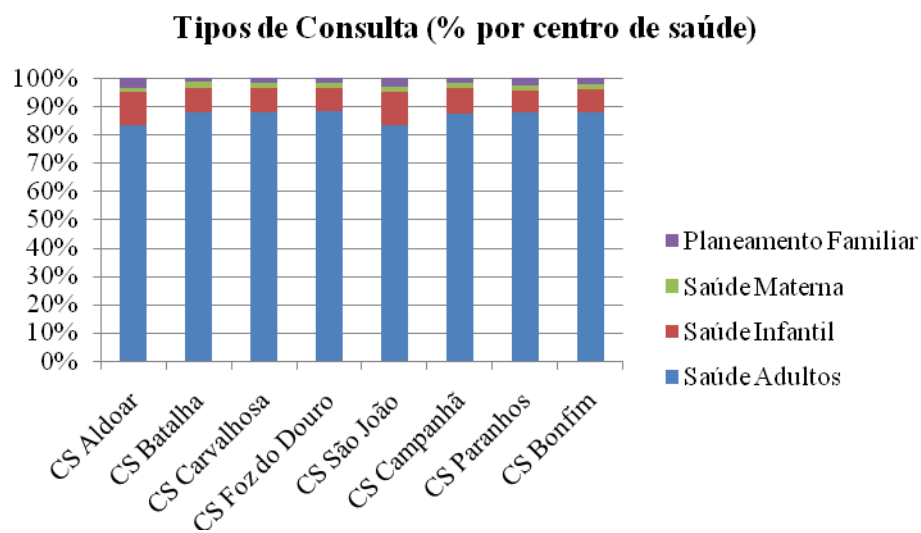


Em todos os centros de saúde, a esmagadora maioria das consultas é de saúde de adultos, seguida de saúde infantil, enquanto as consultas de saúde materna e de planeamento familiar correspondem a uma pequena fracção do total de consultas. A variabilidade entre os vários centros de saúde é pequena, como exposto na imagem VII. No período decorrido entre 1 de Janeiro e 31 de Outubro de 2009, registaram-se 739.839 consultas nos Centros de Saúde do Concelho do Porto, o que dá uma média de 2,22 consultas por cada utente inscrito (entre 1,48 consultas/utente no CS Foz do Douro e 2,59 consultas/utente no CS de Campanhã).

As cinco USF em actividade no concelho do Porto (Ramalde, Serpa Pinto, Espaço Saúde, Faria Guimarães e Porto Centro) abrangem um total de 56.731 utentes (aproximadamente 17% dos utentes inscritos no concelho) e registaram 150.778

consultas no período decorrente entre Janeiro e Outubro de 2009 (aproximadamente 20% do número total de consultas), o que corresponde a uma média de 2,66 consultas por utente.

Imagem VII – Distribuição das consultas por tipo, em cada centro de saúde



3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O valor do coeficiente de Gini relativo ao número de utentes sem médico de família (0,41) traduz uma desigualdade média que, tratando-se do sector da saúde, adquire particular relevância. O facto de a área de residência de um indivíduo, condicionar de algum modo o seu direito a acesso a cuidados de saúde viola o pressuposto de igualdade de acesso patente na Constituição. O Centro de Saúde da Foz do Douro é aquele no qual uma maior percentagem dos utentes inscritos não tem médico de família (24%), contribuindo com mais de um quarto dos utentes sem médico de família do concelho do Porto. No extremo oposto encontramos o CS São João, o CS Aldoar, o CS de Campanhã e o CS de Paranhos que apresentam uma cobertura de mais de 90% da população inscrita. É, contudo, de salientar que o CS São João, criado no âmbito do “Projecto Tubo de Ensaio” resultante do Protocolo de Acordo de Cooperação entre a ARS Norte e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, segue um modelo de gestão pioneiro, assente na contratualização. O protocolo assinado entre a ARS Norte e a Faculdade de Medicina do Porto e homologado em Setembro de 1998 prevê a prestação de cuidados de saúde primários a uma população de até 25.000 utentes, sem base geográfica, (Hespanhol, 2003) número esse que, até á data, ainda não foi atingido. Além disso, como não possui uma área geográfica de cobertura obrigatória, os utentes só se tornam associados ao CS São João depois de inscritos na lista de um médico de família; até então, encontram-se afectos ao CS da sua área de residência, independentemente de terem ou não médico atribuído. Por sua vez, o CS Aldoar é composto pela sede, pela Unidade de Saúde do Carvalhido e por 3 das 5 USF em actividade no concelho (Ramalde, Serpa Pinto e Espaço Saúde) que são responsáveis por quase metade dos utentes inscritos na dependência deste centro de saúde. Como foi dito anteriormente, em todas as USF existe uma carteira básica de serviços ou compromisso assistencial nuclear, previamente contratualizada, e que se traduz num conjunto de serviços prestados à população abrangida, daí não existirem utentes inscritos sem médico de família.

O elevado coeficiente de Gini verificado no que toca às consultas não programadas, em regime de SAP e afins (0,64), traduz uma desigualdade importante, muito superior à observada para as consultas programadas (coeficiente de Gini de 0,29). Tal pode dever-se ao facto de nem todas as instituições terem uma organização com SAP. Contudo,

importa referir que as USF e o CS São João possuem um regime de consulta aberta, não programada, destinada a dar resposta às necessidades urgentes da população. Além disso, na dependência do ACES Porto Ocidental existe um SASU, responsável por 63,6% de todas as consultas não programadas do concelho do Porto, o que introduz um viés nos restantes resultados para esta variável.

No período decorrido entre Janeiro e Outubro de 2009, nos Centros de Saúde do Concelho do Porto, registou-se uma média de 2,22 consultas por cada utente inscrito. Se atendermos só às cinco USF em actividade (Ramalde, Serpa Pinto, Espaço Saúde, Faria Guimarães e Porto Centro) registou-se uma média de 2,66 consultas por utente em igual período. O maior número médio de consultas por utente nas USF pode ser justificado, entre outras razões, pela necessidade de cumprir os objectivos contratualizados, pelos incentivos à produtividade e pelo acesso mais fácil dos utentes a uma consulta não programada. Todos estes factores contribuem para uma maior motivação e empenho dos profissionais de saúde e uma maior satisfação dos utentes, o que se traduz numa maior produtividade das USF em relação aos centros de saúde.

A existência de um número importante (1%) de utentes que, deliberadamente, abdicam do direito a um médico de família poderá ser justificada pelo facto de, no Concelho do Porto, existir uma grande oferta de cuidados de saúde privados, generalistas e de especialidade, o que não acontece em todas as regiões do país.

Importa referir que os dados utilizados neste estudo não foram colhidos propositadamente para este trabalho; foram fornecidos pela ARS Norte e são referentes ao período decorrido entre Janeiro e Outubro de 2009, podendo existir problemas de qualidade de dados e inadequação da tecnologia usada para a sua obtenção que a nós são alheios.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de conclusão pode-se afirmar que existe falta de equidade no acesso aos cuidados de saúde primários no concelho do Porto.

Antes de tudo, é necessário apurar, em cada área, o número real de utentes sem médico de família (e que o desejam ter) o que, devido à duplicação de inscrições e à não declaração da intenção de abdicar de tal direito, nem sempre é conhecido.

Este problema exige a implementação urgente, a nível central, de um sistema de gestão de utentes, actualizado e gerido de um modo dinâmico, que permita lidar de forma rigorosa e realista com esta questão, de modo a possibilitar uma redistribuição adequada dos recursos disponíveis. Aos utentes poderá ser exigida a revalidação periódica da sua inscrição no CS, bem como a actualização contínua da sua informação administrativa e de contactos.

Relativamente às USF, importa salientar a importância da regulação, para que a ânsia do cumprimento dos objectivos de produtividade não leve os profissionais de saúde a incorrer no risco de desnatagem ou de indução da procura.¹⁴

Por último, são necessárias medidas que tornem a carreira médica de clínico geral e a função de médico de família mais atractivas (do ponto de vista científico, profissional e retributivo) para os jovens médicos.

Numa perspectiva futura, existe a possibilidade de as Parcerias Público-Privadas (PPP) chegarem aos CS e aos ACES, tal como ocorre já em alguns sectores da sociedade, nomeadamente na educação (certos agrupamentos verticais de escolas desenvolveram PPP que garantem, protocolarmente, uma consultoria de gestão, a título de responsabilidade social), o que poderá contribuir para ganhos de produtividade, de eficiência e, em última instância, de equidade.

¹⁴ Do ponto de vista da economia da saúde, considera-se procura induzida toda a procura iniciada pelo prestador, que está além do que o consumidor (neste caso, o paciente) estaria disposto a assumir (e/ou pagar) se tivesse a informação completa ou pelo menos as mesmas informações que o profissional de saúde. Isto significa que, a fim de promover os seus próprios interesses, os profissionais de saúde recomendam cuidados de saúde (ex: novas consultas, medicação, meios complementares de diagnóstico, etc.) que, perante uma relação de agência perfeita não aconteceriam. (Saameño, 2006)

5 – BIBLIOGRAFIA

1. Assembleia da República, (1990) *Lei N°48/90*, Lisboa: Diário da Republica n°195, Série I.
2. Beasley, J.W. *et al.* (2007), “Global Health and Primary Care Research”, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, pp. 518-526.
3. Cabral, M.V., Silva, P.A., Mendes, H. (2002) *Saúde e Doença em Portugal*, Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa.
4. Carlos, M.R. *et al.* (2006) *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa.
5. Chapman, J.L. *et al.* (2004) “Systematic Review of recent innovations in service provision to improve access to Primary Care”, *British Journal of General Practice*, 54, pp.374-381.
6. Clark, J.P. (2007) “Performance Measurement and Equity”, *British Medical Journal*, 334, pp.1333-1334.
7. Conselho de Ministros, (1993) *Decreto-Lei N° 11/93*, Lisboa: Diário da República A 12, Série I.
8. Conselho de Ministros, (2005) *Resolução do Conselho de Ministros N° 157/2005*, Lisboa: Diário da República n° 196, Série I-B.
9. Conselho de Ministros, (2007) *Resolução do Conselho de Ministros N° 60/2007*, Lisboa: Diário da República n° 80, Série I.
10. Departamento de Estudos e Planeamento (DEP) da ARS Norte, (2009) *Concelho do Porto – População Residente e Cuidados de Saúde Primários*, Porto: ARS Norte.
11. Entidade Reguladora da Saúde (ERS), (Fevereiro de 2009) *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*.
12. Felícia, M.M. *et al.* (2009), *Perfil Local de Saúde 2009 – ACES Porto*, Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
13. Ferrer, R.L. (2007), “Pursuing Equity, Contact with Primary Care and Specialist Clinicians by Demographics, Insurance and Health Status”, *Annals of Family Medicine*, vol. 5, No 6, pp. 492-502.
14. Giraldes, M.R. (1997) *Equidade e Despesa em Saúde*, Lisboa: Editorial Estampa.
15. Giraldes, M.R. (2001) “Equidade em Áreas Socioeconómicas com Impacto na Saúde em Países da União Europeia”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol.17, N°3, pp.533-544.
16. Giraldes, M.R. (2005) “Avaliação do SNS em Portugal: Equidade *versus* Eficiência”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.23, N° 2, pp.21-44.
17. Glazier, R.H. *et al.* (2009) “Universal Health Insurance and Equity in Primary Care and Specialist Office Visits: A Population-Based Study”, *Annals of Family Medicine*, vol. 7, No 5, pp.396-405.
18. Goddard, M., Smith, P. (2001) “Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK”, *Social Science & Medicine*, 53, pp. 1149-1163.
19. Gonçalves, P. (2009) “Distrito médico do Porto: o centro do Norte”, *Nortemédico*, Julho-Setembro 2009, pp. 14-30.
20. Grande, N.R. (2000) “Cuidados de Saúde Primários: Pedra Angular dos Sistemas de Saúde”, *ISEE-UP Departamento de Clínica Geral*, pp. 77-87
21. Hays, R. (2009) “Learning from UK primary care”, *Australian Family Physician*, vol. 38,

No 3, pp. 87.

22. Hespanhol, A. *et al.* (2003), *Experiência de Gestão: O Projecto “Tubo de Ensaio” – Breve História do CS São João*, Porto: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto.

23. Kinman, E.L. (1999) “Evaluating Health Service Equity at a Primary Care Clinic in Chilimarca, Bolivia” *Social Science and Medicine*, 49, pp. 663-678.

24. Koperski, M., (2000) “The state of Primary Care in the United States of America and lessons for Primary Care groups in the United Kingdom”, *British Journal of General Practice*, 50, pp. 319-322.

25. Majeed, F.A. *et al.*, (1994) “Equity in the NHS Monitoring and Promoting Equity in Primary and Secondary Care”, *British Medical Journal*, 308, pp.1426-1429.

26. Ministério da Saúde (2009), “Inovação e Cuidados de Saúde Primários”, Declaração final da XI Conferência Ibero-americana de Ministros da Saúde, Portugal.

27. Ministério da Saúde, (2007) *Despacho N° 24101/2007*, Lisboa: Diário da República II Série 203.

28. Ministério da Saúde, MCSP, (2006) *Glossário para as USF*, Lisboa.

29. Ministério da Saúde, MCSP, (2007) *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Plano Estratégico 2007 – 2009*, Lisboa.

30. Montegut, A.J., (2007), “To Achieve “Health for all” we must shift the world’s paradigm to “Primary Care Access for All””, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, pp. 514-517.

31. Nunes, R. (2005) *Regulação da Saúde*, 2ª Edição, Porto: Vida Económica.

32. Nunes, R. e Rego, G. (2002), *Prioridades na Saúde*, Porto: McGraw-Hill.

33. Pinto, A.S. (2000) *Fórum de Economia da Saúde*, Porto: ISEE-UP, Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto.

34. Pisco, L. *et al.* (2006) “A New Set of Performance Indicators”, *Apresentação Oral*, Barcelona.

35. Pisco, L. (2008) “Agrupamento de Centros de Saúde – Unidades Funcionais”, *Apresentação Oral*, Portugal.

36. “Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care”, Declaração Final, Conferência de Alma-Ata, USSR (1978). (Health For All Series, No 1)

37. Ramos, V. (2009) “Governança Clínica e de Saúde em CSP”, *Revista da MCSP*, Junho, pp. 30-33

38. Remoaldo, P.C. (2003) “Acessibilidade aos Cuidados Primários de Saúde dos Concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, pp. 107-119.

39. Riutort, M. e Cabarcas, F. (2006) “Descentralización y Equidad”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11, pp. 22-36.

40. Saameño, J.A.B. (2006) “Demandainducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica”, *Atención Primaria*, 38, pp. 293-298.

41. Silva, J.M. (1983) “O Papel dos Hospitais em Cuidados de Saúde Primários”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 5-10.

42. Sousa, J.C., Pisco, L. (2007) “Changing the face of Portuguese Family Medicine”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 14-20.

43. Starfield, B. (2007), “Global Health, Equity and Primary Care”, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20, pp. 511-513.
44. Tribunal de Contas (2009), *Auditoria de Seguimento das Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC”*, Relatório N° 27/09 – 2ª Série Volume I.
45. Vuori, H. (1984) “Primary Health Care in Europe: Problems and Solutions”, *Community Medicine*, 6, pp. 221-231.
46. Waters, H.R. (2000) “Measuring equity in access to health care”, *Social Science & Medicine*, 51, pp. 599-612.
47. World Health Organization (WHO), (2008), *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever 2008*.