

Acessibilidade aos cuidados primários de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto*

PAULA CRISTINA REMOALDO**

RESUMO

O presente artigo aborda a temática da acessibilidade, relacionando-se com os resultados inerentes à primeira parte de um projecto de investigação desenvolvido na Universidade do Minho e em parceria com a Sub-Região de Saúde de Braga durante o período de Abril de 1999 a Outubro de 2001. O projecto desenvolvido teve como objectivos principais realizar um levantamento exaustivo das unidades de saúde privadas e públicas existentes em dois concelhos representativos do distrito de Braga (concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto) e aferir qual é o grau de acessibilidade da população residente nestes dois concelhos aos cuidados privados e públicos de saúde. Neste artigo vamos considerar alguns aspectos relacionados com as vertentes física, estrutural e funcional da acessibilidade, concluindo que a acessibilidade física aos cuidados de saúde é menos satisfatória em Cabeceiras de Basto do que em Guimarães.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde; Acessibilidade Físico-Geográfica; Acessibilidade Estrutural; Acessibilidade Funcional.

INTRODUÇÃO

A acessibilidade aos cuidados de saúde tem-se assumido como um conceito muito complexo, encerrando várias vertentes, podendo ser definida como sendo a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis. Esta possibilidade deverá pautar-se pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade¹.

Para grande parte dos autores que investigam esta problemática a acessi-

bilidade aos cuidados de saúde relaciona-se, maioritariamente, com os aspectos económicos, a oferta de serviços de saúde e a capacidade física de aceder às unidades de saúde.

A Organização Mundial de Saúde desde os anos oitenta do século XX que se tem preocupado com a acessibilidade aos cuidados de saúde, tendo, aliás, contemplado numa das 28 metas equacionadas na Estratégia da Saúde para Todos até ao ano 2000 e cingindo-se à Região Europeia, a necessidade da melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde em cada Estado-membro.

Este organismo tem aconselhado os seus Estados-membros a preocuparem-se, em primeiro lugar, com a acessibilidade física aos cuidados de saúde, concedendo, no entanto, liberdade de decisão a cada país para decidir o que implica o conceito de «acessível».

Além de sobressair que a acessibilidade física é prioritária, devendo ser medida em termos de distância e de tempo de percurso, aconselha que seja também medida em termos económicos (custo da viagem, preço dos serviços) ou sócio-culturais (diferenças de casta, barreiras linguísticas).

O presente artigo tem como objecti-

*O presente artigo constitui uma versão mais completa da comunicação apresentada a 2 de Outubro de 2001 no IV Congresso da Geografia Portuguesa, que decorreu entre 2 e 4 de Outubro na Faculdade de Letras de Lisboa.

**Professora Auxiliar Directora da Secção de Geografia da Universidade do Minho

vo principal aferir qual é o grau de acessibilidade da população aos cuidados primários de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto.

A nossa vontade de investigar sobre a problemática da acessibilidade aos cuidados de saúde nasceu, essencialmente, da não existência até ao momento no âmbito da Geografia e da Saúde Pública, de um trabalho de investigação aprofundado sobre o grau de acessibilidade aos cuidados de saúde públicos e privados do distrito de Braga. O presente artigo relaciona-se com os resultados inerentes à primeira parte de um projecto de investigação desenvolvido na Universidade do Minho¹ e em parceria com a Sub-Região de Saúde de Braga (tendo contado com o apoio do seu Director de Serviços, Dr. Pimenta Marinho) durante o período de 1999-2001. O projecto desenvolvido teve como objectivos principais realizar um levantamento exaustivo das unidades de saúde privadas e públicas existentes em dois concelhos do distrito de Braga (concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto) e aferir qual é o grau de acessibilidade da população residente nestes dois concelhos aos cuidados privados e públicos de saúde. Neste artigo vamos considerar alguns aspectos relacionados com as vertentes físico-geográfica, estrutural e funcional da acessibilidade.

A escolha dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto prendeu-se com o facto de representarem duas áreas geograficamente contrastantes e representativas do distrito de Braga. O concelho de Cabeceiras de Basto apresenta-se como uma área de cariz rural, com um povoamento disperso, uma

baixa densidade populacional, uma população envelhecida e uma oferta de unidades de saúde pouco diversificada e concentrada espacialmente, conjugada com uma fraca conectividade da rede viária. O concelho de Guimarães caracteriza-se por uma diversificada oferta de serviços de saúde, um bom acesso a transportes públicos e razoáveis infra-estruturas viárias. Esta caracterização não se aplica numa forma homogénea a todo o concelho, existindo áreas dominantes onde se concentram com maior ênfase as infra-estruturas citadas.

MÉTODOS

O mencionado projecto pressupôs um vasto trabalho de campo alicerçado na concretização de dois inquéritos por entrevista directiva ou *standardizada*, o primeiro realizado a todas as unidades de saúde públicas e privadas dos dois concelhos, no período que mediou entre Fevereiro e Abril de 2000 e o segundo realizado à população utilizadora dos cuidados de saúde primários dos mesmos (período de Maio a Junho de 2000).

Constituiu um trabalho de difícil concretização, especialmente o relacionado com o primeiro inquérito, devido a problemas de localização e identificação das unidades de saúde privadas, *exempli gratia*: falta de identificação dos consultórios e clínicas, repetição de placas publicitárias de consultórios em mais de um local relativamente ao mesmo médico, dificuldade em localizar placas identificadoras (estas encontram-se, muitas das vezes, em ombreiras de portas, demasiado desgastadas ou pouco legíveis). Concomitantemente, alguns dos consultórios médicos no momento da visita encontravam-se fechados, obrigando a uma nova visita em dias posteriores.

Os inquéritos relacionados com a primeira parte do projecto pretendiam avaliar a acessibilidade aos cuidados

¹ Projecto de Investigação Colectivo GEOG/99/PC.1 intitulado *Acessibilidade aos cuidados de saúde do distrito de Braga, desenvolvido entre Abril de 1999 e Novembro de 2001, em colaboração com a Sub-Região de Saúde de Braga e financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia através do Centro de Ciências Históricas e Sociais da Universidade do Minho.*

de saúde na vertente físico-geográfica (*e.g.*, a oferta de consultórios médicos e de médicos por especialidade, a concentração ou dispersão das unidades de saúde, o tempo de espera para marcação de uma consulta, a distância das paragens dos transportes públicos a cada unidade de saúde), na vertente estrutural e funcional (*e.g.*, a acessibilidade a pessoas com deficiências motoras, a existência de lugares/parques de estacionamento para os profissionais de saúde e utentes nas imediações das unidades de saúde, os horários de funcionamento dos consultórios e das clínicas) e na vertente económica (*e.g.*, o custo das consultas médicas). Outras variáveis que permitem avaliar de uma forma mais completa o grau de acessibilidade da população aos cuidados de saúde foram contempladas num segundo inquérito, apresentando no presente artigo apenas os resultados relacionados com a vertente física e estrutural e funcional da acessibilidade (*e.g.*, distância em quilómetros e distância-tempo da residência ao Centro/Extensão de Saúde, acessos a pessoas com deficiências motoras).

RESULTADOS

1. ALGUNS ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS QUE DIFERENCIAM OS DOIS CONCELHOS OBJECTO DE ESTUDO

1.1. Variação da população residente

Os concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto, inserem-se na Região Norte do país, respectivamente, no Vale do Ave e Vale do Tâmega e pertencem ao distrito de Braga.

Torna-se premente a análise da evolução da população residente nas décadas mais recentes nestes dois concelhos, bem como as principais alterações em termos de estrutura etária, já que o seu conhecimento se revela de máxima importância para compreen-

der e melhorar as condições de acessibilidade aos cuidados de saúde existentes nos concelhos objecto de estudo.

Entre 1981 e 2001 os concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto evidenciaram uma dinâmica populacional diferenciada. Cabeceiras de Basto com uma diminuição da população de 13,8%, entre 1981 e 1991, acompanhou a tendência da diminuição da população dos concelhos do interior do Noroeste Português, enquanto que o concelho de Guimarães registou um aumento de cerca de 7,2%, revelando um perfil intermédio em relação à Área Metropolitana do Porto que variou entre 11% e 15,5%. Entre 1991 e 2001 o cenário alterou-se para Cabeceiras de Basto, tendo evidenciado uma variação positiva na ordem dos 10,2%, enquanto Guimarães continuou a assistir a uma variação positiva da sua população (10,4%), devido essencialmente ao significativo crescimento natural.

Em termos de evolução demográfica é comum aos dois concelhos em estudo a heterogeneidade à escala de freguesia, sendo nítida a concentração da população nas freguesias do «casco urbano» e junto aos principais eixos viários de ligação.

1.2. O envelhecimento da população

No que concerne à estrutura etária dos concelhos de Cabeceiras de Basto e de Guimarães as tendências são semelhantes. A actual repartição etária, resultou essencialmente da acentuada queda da natalidade e do facto de se terem observado ganhos no campo da mortalidade. Pela leitura do Quadro I é visível uma subida importante do Índice de Envelhecimento², entre 1981 e 1998, em qualquer uma das entidades territoriais consideradas.

O concelho de Guimarães aparece

² Índice de Envelhecimento = (População de 65 e mais anos/população de 0 - 14 anos)*100.

QUADRO I

**ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO NO CONTINENTE,
NA REGIÃO NORTE, NO DISTRITO DE BRAGA
E NOS CONCELHOS DE GUIMARÃES E DE
CABECEIRAS DE BASTO EM 1981, 1991 E 1998**

Entidades Territoriais	1981	1991	1998
Continente	45,5	69,5	90,3
Norte	33,9	51,7	69,5
Distrito de Braga	26,6	39,2	53,0
Guimarães	21,8	31,8	42,9
Cabeceiras de Basto	37,1	58,4	71,5

Fontes: XII e XIII Recenseamentos Gerais da População, Lisboa, INE, 1981 e 1991.

Estimativas de População Residente, Lisboa, INE, 1998.

com o valor mais baixo de todo o distrito e mesmo de todo o Noroeste, registando em 1981, 22 idosos por cada 100 jovens, valor esse que em 1998 quase duplicou.

Em Cabeceiras de Basto, entre 1981 e 1998, o índice subiu de 37,1 para 71,5, ou seja, um acréscimo de 34 idosos por 100 jovens, demonstrando o rápido envelhecimento da sua população.

Em 1998, Cabeceiras de Basto era o concelho do distrito de Braga com o Índice de Envelhecimento mais elevado, depois de Terras do Bouro com 107,0 idosos por 100 jovens e de Vieira do Minho com 84,3 idosos por cada 100 jovens.

1.3. O nível de instrução da população

Entre 1981 e 1991 verificou-se uma importante descida da população residente que não sabe ler nem escrever em todas as entidades territoriais, tal como a percentagem de população residente que sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino. Constatou-se também uma subida da escolarização a partir do 2º Ciclo do Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Médio e Superior.

Esta evolução positiva significa que os níveis de analfabetismo estão a

diminuir, o que é muito positivo, pois a educação tem vindo a desempenhar um papel cada vez mais importante no processo de desenvolvimento social e económico.

No entanto, a população dos dois municípios em estudo apresenta um baixo nível de instrução, principalmente, Cabeceiras de Basto, onde 24,7% da população residente não sabe ler nem escrever e os níveis de instrução mais elevados têm pouca representatividade (somente 2,3% da população possuía em 1991 o Ensino Médio ou Superior).

No que diz respeito aos níveis de instrução mais baixos e aos níveis de instrução mais elevados, o concelho de Guimarães é o que se aproxima mais dos valores da Região Norte.

É importante não olvidar que a elevada percentagem de pessoas que não sabe ler nem escrever condiciona a comunicação com os profissionais de saúde, podendo reflectir-se na acessibilidade e na utilização dos cuidados de saúde.

2. LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EXISTENTES NOS DOIS CONCELHOS

2.1. Localização dos serviços de saúde públicos

Na Figura 1 está representada a localização dos serviços de saúde públicos existentes nos dois concelhos estudados, revelando uma oferta de serviços de saúde muito mais diversificada em Guimarães, com dois Centros de Saúde (Amorosa e Taipas), onze Extensões de Saúde e um Hospital (Hospital da Nossa Senhora da Oliveira), enquanto Cabeceiras de Basto possui apenas um Centro de Saúde e duas Extensões de Saúde.

As diferenças significativas resultam do facto de Cabeceiras de Basto se apresentar como um território de cariz rural, com um povoamento disperso, uma baixa densidade populacional, um acen-

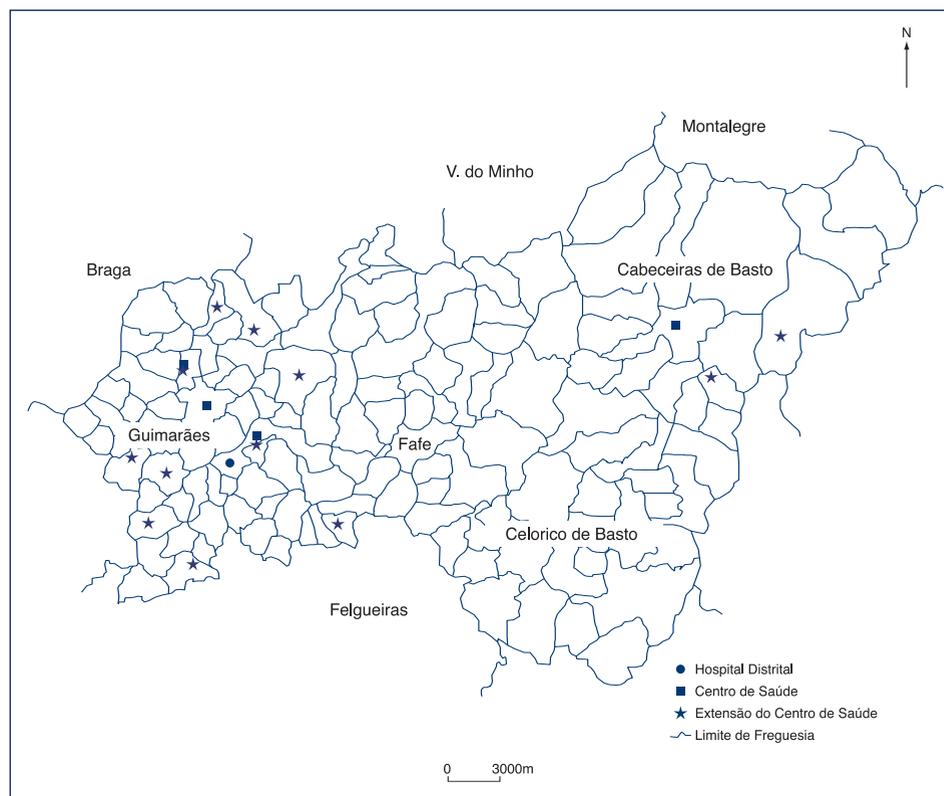


Figura 1. Localização dos serviços de saúde públicos nos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto em 2000.

Fonte: Levantamento efectuado por nós em 2000.

tuado envelhecimento populacional e uma população residente significativamente inferior à de Guimarães, 18.033 habitantes em 2001 *versus* 158.897 habitantes em Guimarães. Mas, enquanto Guimarães possui razoáveis infra-estruturas viárias e uma boa conectividade da rede, em Cabeceiras de Basto o cenário é menos satisfatório.

Cabeceiras de Basto é servido apenas por um Centro de Saúde, com unidade de internamento, recentemente construído em Refojos de Basto e em funcionamento desde Outubro de 2000 e por duas Extensões de Saúde localizadas nas freguesias de Cavês e de Arco de Baulhe.

2.2. Localização dos serviços de saúde privados

Numa inventariação exaustiva das uni-

dades médicas privadas, concretizada nos dois concelhos em estudo, constatou-se um grande *décalage* no número de consultórios médicos/clínicas médicas: 313 em Guimarães *versus* 11 em Cabeceiras de Basto.

A distribuição de unidades de saúde privadas por freguesia no concelho de Guimarães é heterogênea, verificando-se uma concentração de unidades médicas nas freguesias do casco urbano, nomeadamente, em S. Paio, em Creixomil, em Urgeses, em Oliveira do Castelo, em Azurém e em S. Sebastião, que detêm 70% da totalidade das unidades de saúde do concelho (Quadro II).

As freguesias de Caldelas, Ronfe e S. João de Ponte embora não pertençam ao «casco» urbano, dispõem de um número significativo de unidades de saúde.

QUADRO II

UNIDADES PRIVADAS DE SAÚDE EXISTENTES NAS FREGUESIAS DO CONCELHO DE GUIMARÃES EM 2000

Freguesias	Nº	%
Azurém	30	9,6
Creixomil	50	16,0
Fermentões	2	0,6
Oliveira do Castelo	27	8,6
Ronfe	16	5,1
S. João de Ponte	12	3,8
S. Jorge de Selho	5	1,6
S. Paio de Guimarães	69	22,0
S. Sebastião	9	2,9
S. Torcato	1	0,3
Caldelas	53	16,9
Urgeses	34	10,9
Outras	5	1,6
TOTAL	313	99,9

Fonte: Inquérito às unidades de saúde privadas do concelho de Guimarães em 2000.

Em Cabeceiras de Basto existem apenas oito unidades de saúde concentradas na freguesia sede do concelho, Refojos de Basto e três na freguesia de Arco de Baúlhe. As especialidades médicas existentes neste concelho são em pequeno número, comparativamente com Guimarães (Quadro III): Medicina Dentária (quatro médicos repartidos em partes iguais por Refojos de Baixo e por Arco de Baúlhe), Medicina Geral e Familiar (seis médicos, sendo apenas um da freguesia de Arco de Baúlhe) e simplesmente um médico de Ginecologia/Obstetrícia em Refojos de Basto.

3. ACESSIBILIDADE FÍSICA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

3.1. Metodologia adoptada

A acessibilidade física tem sido tradicionalmente definida tendo em conta as variáveis: distância a percorrer, tempo gasto no percurso, bem como a disponibilidade de transportes. Não obs-

QUADRO III

ESPECIALIDADES MÉDICAS EXISTENTES NAS UNIDADES PRIVADAS DE SAÚDE DO CONCELHO DE GUIMARÃES EM 2000

Especialidades Médicas	Nº de Unidades de Saúde	Nº de Médicos
Cardiologia	11	19
Cirurgia Geral	20	28
Medicina Geral e Familiar	27	62
Dermatologia	11	13
Gastrenterologia	7	7
Ginecologia/Obstetrícia	18	29
Medicina Dentária	63	70
Neurologia	10	10
Oftalmologia	18	24
Ortopedia	20	25
Otorrinolaringologia	17	19
Pediatria	13	15
Psiquiatria	12	12
Urologia	10	11
Outras*	56	58
TOTAL	313	402

Fonte: Inquérito às unidades de saúde privadas do concelho de Guimarães em 2000.

* O grupo residual «outras» inclui especialidades médicas em que o número de unidades de saúde é inferior às sete unidades.

tante, podemos avaliá-la de uma forma mais completa, tendo em consideração também o facto das paragens dos transportes públicos deverem localizar-se o mais próximo possível das unidades de saúde e que a travessia das vias deverá efectuar-se de uma forma segura, havendo passadeiras ou sinais reguladores do trânsito. Por último, podemos também contemplar a existência de um parque de estacionamento de automóveis para os utentes e para os profissionais de saúde que aí trabalham.

Com base nas directrizes existentes em Portugal desde os anos oitenta do século XX², no que concerne ao planeamento de equipamentos de saúde, optámos por medir a acessibilidade física aos cuidados de saúde dos concelhos de

Guimarães e de Cabeceiras de Basto, considerando as seguintes variáveis: o tempo despendido para aceder aos serviços de saúde e a frequência diária dos transportes colectivos públicos rodoviários e ferroviários.

O Ministério da Saúde distingue os cuidados de saúde primários dos cuidados secundários e terciários no que diz respeito ao tempo de percurso despendido em transporte público para aceder a eles, devendo a acessibilidade física ser garantida através de um tempo de percurso em transporte público de aproximadamente trinta minutos para os primeiros e de aproximadamente uma hora para os segundos.

Partindo destas directrizes considerámos a seguinte tipologia para o acesso aos Centros de Saúde e Extensões:

1) acessibilidade óptima: frequência semanal de transportes públicos (FTP) igual ou superior a 200 carreiras e tempo de percurso em transporte público (T) até quinze minutos;

2) acessibilidade boa: FTP entre 199 e 100 carreiras e T entre dezasseis e vinte e cinco minutos;

3) acessibilidade média: FTP entre 99 e 50 carreiras e T entre vinte e seis e trinta minutos;

4) acessibilidade má: FTP inferior a 50 carreiras e tempo T superior a trinta minutos.

Para o acesso ao Hospital da Nossa Senhora da Oliveira definimos também quatro escalões, mas com limiares diferentes:

1) acessibilidade óptima: FTP igual ou superior a 200 carreiras e T até trinta minutos;

2) acessibilidade boa: FTP entre 199 e 100 carreiras e T entre trinta e um e quarenta e cinco minutos;

3) acessibilidade média: FTP entre 99 e 50 carreiras e T entre quarenta e seis e sessenta minutos;

4) acessibilidade má: FTP inferior a 50 carreiras e T superior a sessenta minutos.

3.2. Principais resultados da aplicação da metodologia adoptada

As Figuras 2 e 3 representam a aplicação da metodologia explicitada em 3.1 para aferirmos a acessibilidade física às 85 freguesias que constituem os dois concelhos objecto de estudo.

A primeira constatação prende-se com a má acessibilidade da maior parte das freguesias que constituem o concelho de Cabeceiras de Basto (88,2%), especialmente ao Hospital da Nossa Senhora da Oliveira. As freguesias de Gondiaães e de Vilar de Cunhas, localizadas no sector nordeste do concelho, são as que revelam tempos de percurso mais prolongados, sendo superiores às duas horas.

Contrariamente, sobressaem as freguesias de Refojos de Basto e de Arco de Baúlhe, que apresentam, respectivamente, uma acessibilidade boa e média. Constituem, aliás, os principais territórios geradores de fluxos de transportes, sendo a partir destes centros que se desenvolve a estrutura radial das estradas municipais com ligação às estradas nacionais. É também nestas duas freguesias que se assiste a uma maior densidade populacional e onde se desenvolve grande parte das actividades económicas ligadas aos sectores secundários e terciário.

No concelho de Guimarães o cenário é mais favorável, já que a maior parte das 68 freguesias que o compõem desde finais de 1998, revelam uma melhor acessibilidade aos dois tipos de serviços, cifrando-se em 40,6% o número de freguesias em que a acessibilidade foi considerada óptima. Existem freguesias onde o tempo de percurso é inferior aos cinco minutos e a frequência dos transportes é superior às 200 carreiras semanais – Azurém, Creixomil, Fermentões, Oliveira do Castelo, S. Paio de Guimarães, S. Sebastião e Urgeses.

A acessibilidade aos Centros e Extensões de Saúde também é bastante dispar nos dois concelhos estudados,

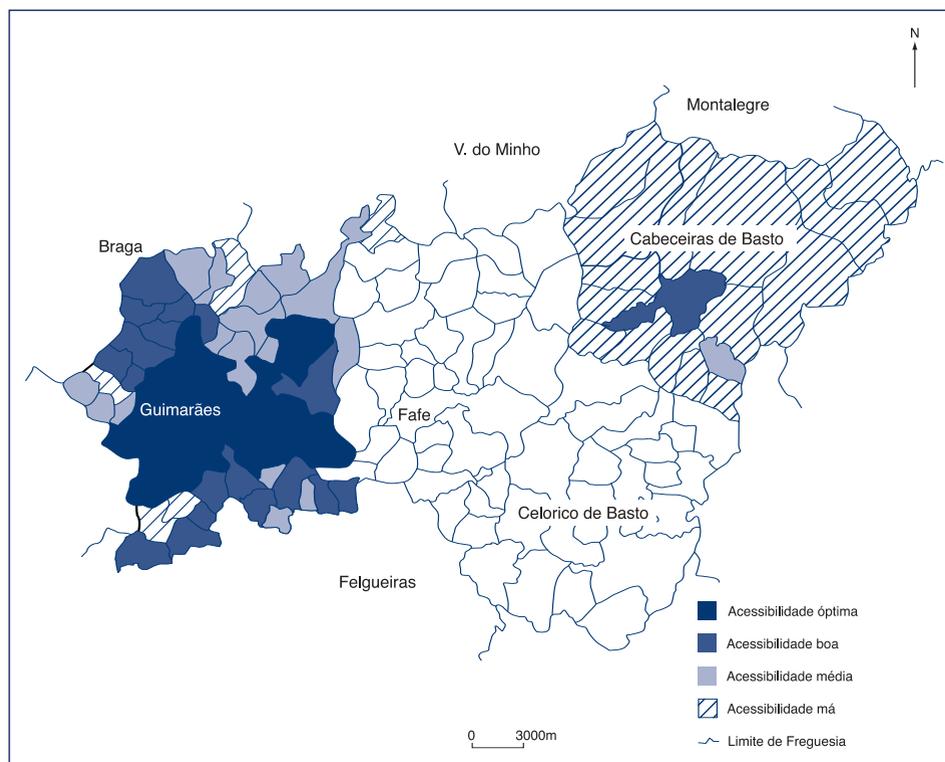


Figura 2. Acessibilidade física das freguesias dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto ao Hospital da Nossa Senhora da Oliveira em 2001.

Fonte: Levantamento dos horários dos transportes públicos por nós efectuado em 2001.

havendo, 82,4% e 11,8% das freguesias, respectivamente do concelho de Cabeceiras de Basto e de Guimarães, que apresentam uma má acessibilidade. Esta situação resulta, na maior parte dos casos, da baixa frequência de transportes públicos, havendo freguesias em Cabeceiras de Basto em que se efectuam menos de vinte carreiras semanais.

Este défice não é complementado com uma rede ferroviária desenvolvida, pois esta serve apenas o concelho de Guimarães. Os domingos e os feriados, seguidos do sábado, são, indiscutivelmente, os dias mais deficitários em termos de transportes colectivos. Esta situação prejudica, *exempli gratia*, as grávidas e as crianças das freguesias de cariz mais rural quando necessitam de se deslocar aos fins-de-semana ao

Serviço de Urgência do Hospital da Nossa Senhora da Oliveira.

3.3. Outros aspectos da acessibilidade física

No sentido de avaliar de uma forma mais completa a acessibilidade física aos cuidados de saúde, utilizámos outras variáveis recolhidas através de um inquérito realizado às unidades de saúde públicas e privadas existentes nos dois concelhos objecto de estudo.

As variáveis seleccionadas relacionaram-se com a existência ou não de paragens dos transportes públicos junto das unidades de saúde, bem como a existência ou não de parques ou locais de estacionamento para as viaturas dos utentes e dos profissionais de saúde que trabalham na unidade de saúde.

Em termos de unidades de cuidados

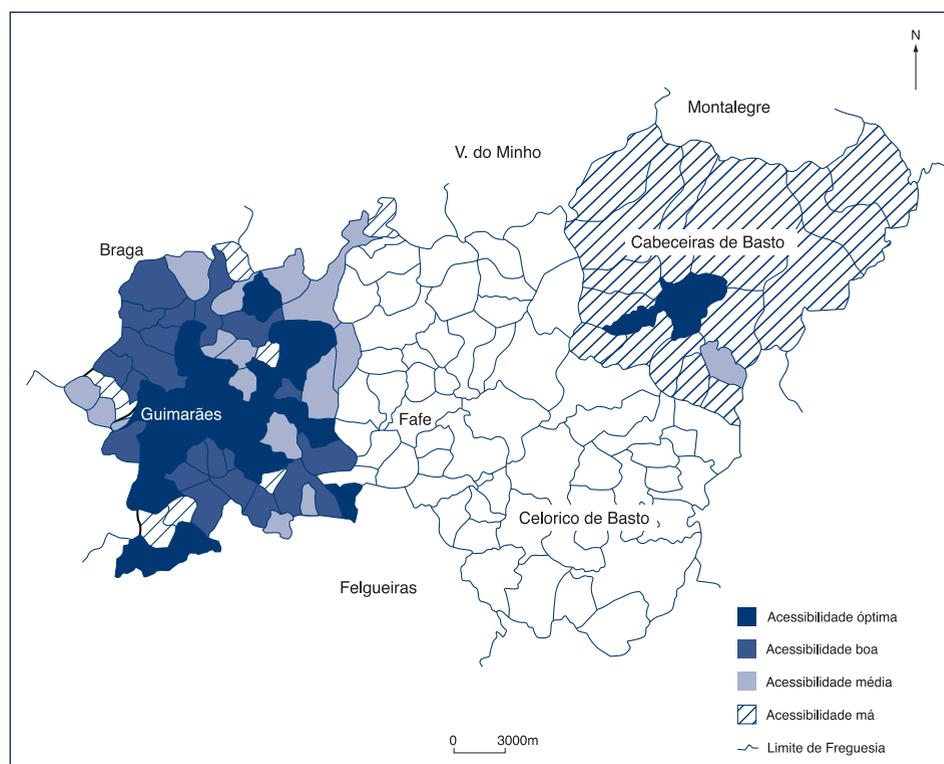


Figura 3. Acessibilidade física das freguesias dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto aos Centros e Extensões de Saúde em 2001.

Fonte: Levantamento dos horários dos transportes públicos por nós efectuado em 2001.

de saúde públicos é importante ressaltar que todas possuem paragens até 200 metros de distância e a maioria dispõe de estacionamento privativo para os profissionais de saúde que nelas trabalham.

Relativamente às unidades privadas de saúde, 14% possuem paragens de transportes públicos situadas a menos de 100 metros de distância, enquanto 54% estão situadas entre 100 e 499 metros e as restantes 32% a distâncias de 500 e mais metros. Somos de opinião que as distâncias inferiores a 500 metros garantem uma acessibilidade média, já que correspondem a um tempo médio de percurso pedonal inferior a oito minutos. As distâncias superiores a 500 metros já oferecem alguma dificuldade aos doentes que possuem alguma fragilidade ou deficiência física, às

crianças e às pessoas idosas.

A existência de parques de estacionamento junto das unidades de saúde revela-se crucial para os profissionais de saúde e para os utentes que se deslocam em transporte próprio às unidades de saúde. Se não existir estacionamento junto às unidades de saúde, os pacientes poderão ter que efectuar uma deslocação mais prolongada a pé do que aqueles que utilizam os transportes públicos.

Para as unidades de saúde que se localizam em freguesias fora do casco urbano vimaranense e para todas as que pertencem ao concelho de Cabeceiras de Basto, existem locais de estacionamento até 50 metros de distância. O mesmo já não acontece para as freguesias do casco urbano vimaranense (*e.g.*, S. Paio de Guimarães, Oliveira do

Castelo, Azurém, Creixomil), que além de possuírem o maior número de unidades de saúde (n=176), revelam maiores dificuldades de estacionamento. Não obstante, para 81% das unidades de saúde existem locais de estacionamento até 300 metros de distância, enquanto em 19% dos casos não existe local de estacionamento.

Complementámos ainda a acessibilidade física com mais três questões que foram contempladas num segundo inquérito dirigido à população utilizadora dos cuidados de saúde primários e que se traduziu em 426 inquéritos (377 elementos no concelho de Guimarães e 49 no concelho de Cabeceiras de Basto).

Relativamente à primeira questão: *Qual é a distância em quilómetros da sua residência ao Centro/Extensão de Saúde?* – o Quadro IV revela a distância em quilómetros que a população tem que percorrer para aceder às unidades públicas de cuidados de saúde primários.

Simplemente 3,8% da população inquirida de Guimarães e 10,2% da população de Cabeceiras de Basto mencionou ter que percorrer mais de 9 km, revelando que as unidades de saúde públicas se encontram próximas da população.

No que concerne ao tempo gasto na deslocação ao Centro/Extensão de Saúde, importa ressaltar, que constitui um indicador de acessibilidade geográfica que assume um papel decisivo na utilização dos serviços de saúde, cifrando-se em 95,0% (Guimarães) e 89,8% (Cabeceiras de Basto) da população inquirida que revelou tempos de percurso inferiores aos 30 minutos (Quadro V), estando em consonância com as normas do Ministério da Saúde.

Os resultados satisfatórios coadunam-se com o facto do meio de transporte que normalmente utilizam os inquiridos ser o automóvel (43,9%), seguindo-se-lhe a realização do percurso a pé (27,5%) e o uso dos trans-

QUADRO IV

DISTÂNCIA EM QUILOMETROS DA RESIDÊNCIA DA POPULAÇÃO INQUIRIDA AOS CENTROS E EXTENSÕES DE SAÚDE DOS CONCELHOS DE GUIMARÃES E DE CABECEIRAS DE BASTO EM 2000

Distância em Km	Guimarães	Cabeceiras de Basto
Até 5 km	71,5%	71,4%
De 5 a 9 km	24,7%	18,4%
De 10 a 14 km	3,0%	10,2%
De 15 a 19 km	0,8%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%

Fonte: Inquéritos realizados nas unidades de saúde em 2000.

QUADRO V

TEMPO GASTO NA DESLOCAÇÃO AOS CENTROS E EXTENSÕES DE SAÚDE DOS CONCELHOS DE GUIMARÃES E DE CABECEIRAS DE BASTO EM 2000

Tempo em minutos	Guimarães	Cabeceiras de Basto
Até 14 m	68,7%	57,1%
De 15m a 29m	26,3%	32,7%
De 30m a 59m	4,7%	8,2%
De 60m a 119m	0,0%	2,0%
120m e mais	0,3%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%

Fonte: Inquéritos realizados nas unidades de saúde em 2000.

portes colectivos públicos (24,2%). Estes dados denotam uma mutação no comportamento da população utilizadora deste tipo de serviços, já que de acordo com estudos realizados em 1994/95 nestes dois concelhos e em Fafe e Celorico de Basto³, apenas 23,8% utilizava o automóvel para aceder aos cuidados de saúde, reflectindo uma elevação do nível de vida da população.

4. ALGUNS ASPECTOS DA ACESSIBILIDADE ESTRUTURAL E FUNCIONAL

Simplemente em finais dos anos oiten-

ta do século XX foi criada em Portugal uma Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiências (Lei nº 9/89). Na sequência deste documento, em Maio de 1997, através do Decreto-Lei nº 123, legislou-se sobre as normas técnicas destinadas a permitir a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada, nomeadamente, através da supressão das barreiras urbanísticas e arquitectónicas nos edifícios públicos, equipamentos colectivos e via pública, criando condições para o exercício efectivo de uma cidadania plena.

No que diz respeito ao trabalho de campo que realizámos, diagnosticámos 63% das unidades de saúde privadas que se localizam nos primeiros andares ou em andares superiores, que não previram a acessibilidade a pessoas deficientes, sendo o acesso efectuado maioritariamente através de escadas. Cerca de 12% das unidades de saúde possuem elevadores e as restantes 25% possuem rampas de acesso.

No que diz respeito às unidades de saúde públicas estas encontram-se instaladas em edifícios, na sua maioria com dois pisos, em que o acesso ao andar superior é efectuado através de escadas. É, no entanto, frequente os médicos deslocarem-se ao piso inferior e procederem aí à realização da consulta, quando se trata de doentes incapacitados de subirem aos andares superiores. Nestes casos, o médico faz o atendimento num reservado no rés-do-chão de forma a viabilizar o atendimento.

DISCUSSÃO

A acessibilidade aos serviços de saúde e ao médico de medicina geral e familiar é imprescindível para a continuidade dos cuidados de saúde. Nos últimos anos temos assistido em Portugal, à semelhança do que tem

ocorrido à escala internacional há pelo menos dezassete anos, a um aumento do número de investigações relacionadas essencialmente com a satisfação com os cuidados de saúde, sendo esta reconhecida como uma importante medida dos *outputs* dos serviços de saúde e constituindo um importante instrumento no planeamento em saúde. Não obstante, e apesar desta estar relacionada directamente com a acessibilidade aos cuidados de saúde, poucos trabalhos têm surgido em Portugal que avaliem de uma forma completa a acessibilidade.

No presente artigo ensaiámos uma primeira tentativa de avaliar a problemática da acessibilidade, tendo equacionado algumas das suas vertentes mais importantes, salientadas, aliás, pela maioria dos autores, deixando para futuros artigos outras variáveis que ajudem a complementar o cenário inerente aos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto.

Na nossa opinião, assim como a de outros autores portugueses, a acessibilidade pode ser medida de uma forma objectiva, pondo em evidência os factores físico-geográficos, estruturais e funcionais, económicos e culturais.

Os factores físico-geográficos podem medir-se em termos de distância a percorrer ou do tempo gasto no percurso e da disponibilidade de transportes. Se optarmos por uma definição mais completa, então não podemos descuidar o facto das paragens dos transportes públicos deverem localizar-se o mais próximo possível das unidades de saúde e que a travessia das vias deverá efectuar-se de uma forma segura, havendo passadeiras ou sinais reguladores do trânsito. Podemos ainda acrescentar que uma boa acessibilidade física às unidades de saúde pressupõe a existência de um parque de estacionamento de automóveis para os utentes e para os profissionais de saúde que aí desenvolvem o seu trabalho.

No que concerne aos factores estruturais e funcionais torna-se imperioso incluir os aspectos urbanísticos e arquitectónicos, devendo ser colocadas as seguintes questões: a unidade de saúde é acessível a pessoas com limitações físico-motoras? Os serviços encontram-se todos no mesmo piso e de preferência ao nível térreo? E caso não seja possível localizarem-se todos no mesmo piso, existem elevadores ou rampas que substituem as escadas? Os horários de atendimento estão estruturados em função da vida profissional dos cidadãos e dos transportes públicos? Qual é o tempo para a obtenção de uma consulta de rotina e de uma consulta de urgência? E no próprio dia da consulta, qual é o tempo que o paciente tem que aguardar até ser atendido?

Por último, devem ser considerados os factores económicos e sócio-culturais. O acesso aos cuidados de saúde implica custos com consultas, exames médicos, análises e medicamentos, podendo ser dificultado ou impedido por falta de recursos financeiros, que no caso dos serviços públicos de saúde, não deverão constituir um factor determinante, visto o nosso sistema de saúde ser tendencialmente gratuito.

Por outro lado, os factores culturais podem assumir-se como importantes barreiras dissuasoras da utilização dos cuidados de saúde. Este facto está correlacionado com a relação que o médico empreende com o paciente. O uso de termos técnicos desajustados ao conhecimento do paciente, constitui uma barreira à comunicação e ao entendimento entre ele e o profissional de saúde. Os valores, as crenças e as práticas sociais e de saúde da população devem também ser tidos em consideração por parte dos profissionais de saúde para garantir uma relação empática com o paciente.

Na nossa perspectiva a acessibilidade cultural é uma das vertentes em que se pode e deve investir mais e com me-

lhores *outcomes* e que tem sido negligenciada pelos sucessivos governos e Ministérios da Saúde e mesmo pelos próprios profissionais de saúde. Somos de opinião que estes últimos ainda não se aperceberam do papel que podem desempenhar na mudança do *status quo* vigente e na melhoria da acessibilidade.

No entanto, é provável que as recentes reestruturações curriculares de alguns cursos de Medicina e a Licenciatura que se iniciou no ano lectivo de 2001/2002 na Universidade do Minho, com um modelo curricular inovador, em que o futuro médico estará desde cedo, próximo da população, sejam um bom prenúncio de que esta vertente poderá ser melhorada a curto prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baleiras SJ, Ramos V. A gestão da prática clínica pelo médico de família. *Rev Port Clin Geral* 1992; 9:116-24.
2. Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Normas para o planeamento de equipamentos de saúde. Lisboa; Ministério da Saúde:1989.
3. Remoaldo PCA. A morbilidade e a mortalidade infantil em territórios amostra do distrito de Braga – desigualdades territoriais e sociais. Dissertação de Doutoramento. Braga; 1998.

Endereço para correspondência:

Paula Cristina Remoaldo
Universidade do Minho
Departamento de Geografia
Campus de Azurém
4810 Guimarães
premoaldo@geografia.uminho.pt

Recebido para publicação em: 10/12/01
Aceite revisto para publicação em: 13/04/03

ACCESSIBILITY TO PRIMARY HEALTH CARE IN THE GUIMARAES AND CABECEIRAS DE BASTO COUNTIES

ABSTRACT

Accessibility to primary health care is discussed in relation to the results from part one of a research project developed by Minho University in a partnership with Braga Health Authority from April 1999 to October 2001. This project mainly aimed to thoroughly list all private and public health units in two counties (Guimaraes and Cabeceiras de Basto) of the Braga district, and assess the corresponding degree of accessibility of the local populations. Some aspects pertaining to the physical, structural and functional dimensions of accessibility are discussed. It was concluded that physical accessibility to health care is less satisfactory in Cabeceiras de Basto than in Guimaraes.

Key-words: Health Care; Physical and Geographical Accessibility; Structural Accessibility; Functional Accessibility.

Apresentações	PVP	Regime Geral 70%		Regime Especial 85%	
		Estado	Utente	Estado	Utente
Pantoc 20 mg 14 comp	€ 13,46	€ 9,42	€ 4,04	€ 11,44	€ 2,02
Pantoc 20 mg 56 comp	€ 47,60	€ 33,32	€ 14,28	€ 40,46	€ 7,14
Pantoc 40 mg 14 comp	€ 27,38	€ 19,17	€ 8,21	€ 23,27	€ 4,11
Pantoc 40 mg 28 comp	€ 49,05	€ 34,34	€ 14,71	€ 41,69	€ 7,36
Pantoc 40 mg 56 comp	€ 87,18	€ 61,03	€ 26,15	€ 74,10	€ 13,08