



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO DOS UTENTES A CUIDADOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA



SETEMBRO DE 2008

Índice

1. Introdução.....	1
2. Caracterização dos utentes de ORL.....	3
3. Estrutura da oferta.....	5
3.1. Rede de prestadores.....	5
3.2. Estrutura organizacional dos estabelecimentos de ORL	7
4. Avaliação do acesso a ORL	11
4.1. Proximidade à rede de ORL.....	11
4.2. Capacidade da rede de serviços de ORL	14
4.3. Desigualdade regional da distribuição da oferta de ORL.....	22
5. Conclusões	26
Anexo – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS)	27

1. Introdução

Nos termos do art. 25.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, um dos objectivos da actividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde. Para esse efeito, incumbe à ERS, nos termos do n.º 2 do mesmo artigo, promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde, bem como zelar pelo respeito da liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas.

O Conselho Directivo da ERS entende que o direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido em pleno se não se verificarem desigualdades significativas, ao nível da acessibilidade entre as populações das diversas regiões do continente. A oferta de serviços deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acessibilidade uniforme para todas as populações.

No Plano de Actividades para 2008 previa-se que a ERS deveria caracterizar as descontinuidades na prestação e escassez de serviços, conducentes a iniquidades no acesso, através do desenvolvimento de mapas da oferta de serviços, para cada tipo de cuidados de saúde prestados, com base nos elementos constantes do registo de entidades. Comparando o mapa da oferta de cuidados de saúde com as características da população de cada região, serão realizadas análises da acessibilidade relativa aos diversos tipos de cuidados de saúde e efectuadas recomendações de reorganização do sistema, por forma a reduzir as desigualdades no acesso dos cidadãos.

O presente documento apresenta os resultados do estudo de caracterização do acesso dos utentes a serviços de Otorrinolaringologia (ORL).

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

As barreiras ao acesso – que interferem na progressão do acesso potencial ao realizado – podem ser agrupadas em cinco dimensões: proximidade, capacidade, esforço financeiro, aceitabilidade e adequabilidade.¹ As três últimas dimensões são essencialmente não-espaciais e reflectem os sistemas de financiamento e organização dos cuidados de saúde e factores culturais.² As duas primeiras dimensões têm uma vertente espacial: a capacidade refere-se ao volume de serviços de entre os quais o utente pode optar; a proximidade é caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos estabelecimentos e dos utentes, em termos de distância ou tempo entre o local onde se encontra o utente e os estabelecimentos dos prestadores de cuidados de saúde.

Sem prejuízo da relevância das demais dimensões que compõem o acesso aos cuidados de saúde, o trabalho técnico seguidamente apresentado foca-se apenas na dimensão geográfica do acesso, pelo que se analisam apenas as dimensões de proximidade e capacidade.³

Assim, no capítulo 2 apresenta-se as principais características dos utentes dos serviços de ORL, enquanto que o capítulo 3 descreve a distribuição geográfica dos estabelecimentos prestadores de cuidados de ORL. No capítulo 4 procede-se à avaliação do acesso a cuidados de ORL, nas dimensões de proximidade e capacidade. Finalmente, no capítulo 5 são apresentadas as principais conclusões do estudo.

A presente versão do estudo incorpora os comentários a uma versão preliminar enviada a um conjunto de entidades com interesse no sector, nomeadamente os da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), das Administrações Regionais de Saúde do Norte e do Algarve e da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (SPORL).

¹ Na classificação de Penchansky R, Thomas JW, “The Concept of Access”, Medical Care, 1981, 19(2):127-140.

² O “esforço financeiro” refere-se à capacidade ou disposição dos utentes para suportar os encargos com a prestação de cuidados de saúde. A “aceitabilidade” avalia se o acto de prestação de cuidados de saúde que é realizado corresponde às reais necessidades e expectativas do utente. A “adequabilidade” avalia se a organização do prestador (em termos de horários de funcionamento, marcação de consultas, etc.) se adequa às restrições e preferências dos utentes.

³ O estudo das dimensões não espaciais abarca vários tipos de análises que não cabem no âmbito deste relatório, nomeadamente de satisfação dos utentes com as condições de acolhimento nos pontos de oferta, da adequação dos horários de funcionamento ou do tempo de espera para a obtenção dos serviços.

2. Caracterização dos utentes de ORL

A Otorrinolaringologia (ORL) é considerada uma especialidade médico-cirúrgica, onde se somam os conhecimentos relativos ao ouvido, nariz, faringe, laringe, glândulas salivares e cirurgia cérvico-facial. Esta área da medicina não só trabalha com órgãos fundamentais para os sentidos, tais como a audição, o gosto e o olfacto, mas também com o aparelho fonatório, indispensável à comunicação humana.

No âmbito desta valência, são habitualmente tratados utentes com diversos tipos de patologias, nomeadamente otites e suas complicações, como perfurações do tímpano e mastoidites, e o estudo da vertigem (ouvidos), rinites, alergias e sinusites (nariz), patologia benigna e maligna da faringe e da laringe (garganta e laringe) e cirurgia cérvico-facial.

Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos são efectuados maioritariamente em regime de ambulatório ou de curto internamento. Os diagnósticos apoiam-se em estudos específicos, designadamente radiológicos, audiológicos e endoscópicos, pelo que as consultas de ambulatório de ORL exigem uma panóplia de instrumentos especializados e, para além do especialista, necessitam da colaboração de técnicos especializados. A cirurgia otorrinológica requer condições ambientais, manipulação física dos doentes e aparelhagem específica, pelo que apenas é efectuada em instituições com alguma dedicação à especialidade.

Sendo uma especialidade médico-cirúrgica, ocorre, no âmbito desta valência, a prestação de cuidados com diferentes graus de complexidade, tanto ao nível dos recursos humanos como materiais. O presente estudo incide sobre aquilo que se entendeu ser o nível mais básico de prestação de cuidados de ORL, a consulta da especialidade, que é a primeira porta de acesso a este tipo de cuidados.

A vertente geográfica do acesso, que é o objecto do presente estudo, deverá ser mais sensível nas consultas do que nas cirurgias, uma vez que quer a frequência de utilização, quer o grau de necessidade e a sensibilidade dos utentes às distâncias a percorrer, são profundamente distintas para estas duas componentes da especialidade. Se uma deslocação de algumas horas, e/ou centenas de quilómetros, não causará grande transtorno ao utente quando o objectivo é a realização de uma cirurgia, acontecimento geralmente pontual, tal deslocação será muito penosa se o objectivo for a realização de uma consulta da especialidade, que se poderá repetir

frequentemente, podendo, no limite, levar o utente a desistir das consultas por dificuldades de transporte.⁴ Claramente, neste caso estamos perante um problema de acesso a cuidados de saúde que cabe à ERS monitorizar.

Uma vez que não existe um registo centralizado de informação sobre os utentes de todos os estabelecimentos de ORL, públicos e privados, em Portugal, não é possível conhecer com rigor o universo dos utentes de serviços de ORL. Mas conhecendo os principais factores que motivam a necessidade de recorrer a cuidados de ORL, poderíamos caracterizar o perfil do utente típico. No entanto, dada a natureza lata desta especialidade, é grande o espectro de patologias que resultam em necessidades de cuidados, pelo que é de esperar que a incidência das necessidades esteja largamente disseminada pelo território, não havendo diferenças regionais relevantes ao nível da procura de cuidados de ORL, além da distribuição da população residente.

⁴ As dificuldades de transporte poderão ser ainda mais significativas quando forem necessários exames complementares à consulta, muitas vezes indispensáveis para o diagnóstico da situação e que por vezes não se realizam no mesmo local que a consulta.

3. Estrutura da oferta

3.1. Rede de prestadores

Com base nos elementos constantes do Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER), o sistema de registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde na ERS, estabelecido de acordo com o art. 29.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, e a Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro,⁵ conhecemos a oferta de cuidados de ORL em Portugal continental, e como ela se distribui pelo território, quer em termos de número de estabelecimentos, quer em termos de recursos humanos.

Encontravam-se identificados no SRER, em Setembro de 2008, 725 estabelecimentos prestadores de cuidados na área de ORL. Como se constata na tabela 1, a maioria dos estabelecimentos (82%) é detido por entidades privadas (pessoas colectivas e singulares), enquanto que os estabelecimentos detidos por entidades do sector público e do sector social (cooperativas e IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social) representam, respectivamente, 8% e 10% do número total de estabelecimentos.

Tabela 1 – Distribuição dos estabelecimentos de ORL por natureza da entidade

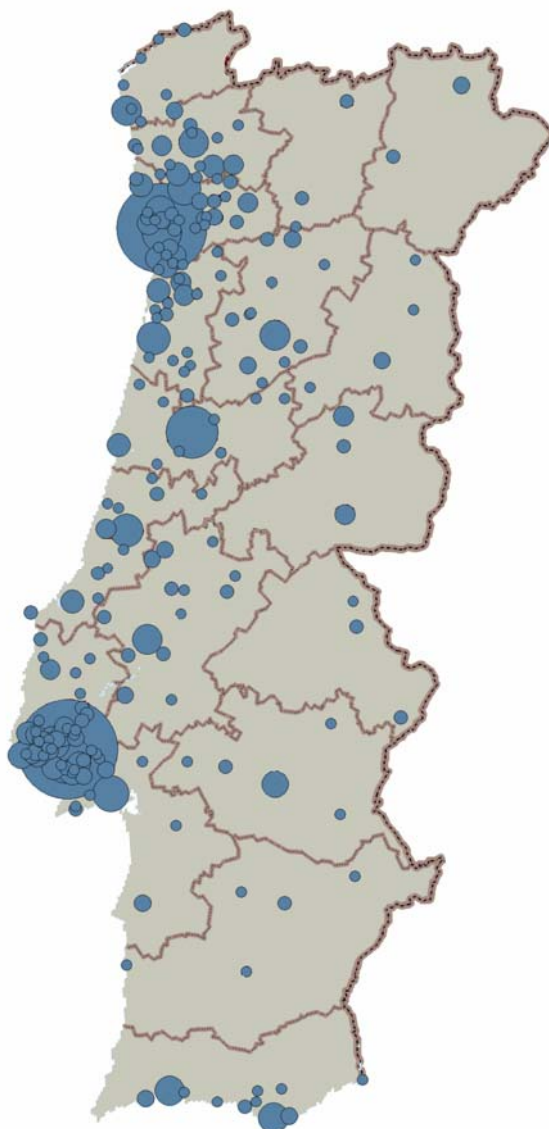
Natureza	Nº de Estabelecimentos	%
Privada	597	82,3%
Social	70	9,7%
Pública	58	8,0%
<i>Total</i>	<i>725</i>	

Fonte: SRER

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

⁵ Alterada pela Portaria n.º 639/2006, de 23 de Junho.

Figura 1 – Estabelecimentos de ORL em Portugal Continental ⁶



Fonte: SRER

⁶ A unidade territorial mais pequena usada para efeitos de georeferenciação foi a localidade postal, pelo que todos os estabelecimentos pertencentes à mesma localidade postal surgem representados no mesmo círculo no mapa. Desta forma, a dimensão de cada círculo traduz, em escala contínua, o número de estabelecimentos pertencentes à localidade postal em que está centrado o círculo. O círculo de maior dimensão corresponde a Lisboa, com 78 estabelecimentos.

3.2. Estrutura organizacional dos estabelecimentos de ORL

Os 725 estabelecimentos de ORL contam com 2.537 empregos de profissionais de saúde.⁷ Note-se que a predominância do sector privado face ao sector público se esbate um pouco quando a análise da oferta considera o número de profissionais de saúde em actividade (tabela 2). Isto deve-se ao facto de os estabelecimentos públicos com ORL serem, na sua grande maioria, hospitais que possuem uma dimensão muito superior à dos estabelecimentos privados.

Tabela 2 – Distribuição dos empregos de profissionais de saúde nos estabelecimentos de ORL por natureza da entidade

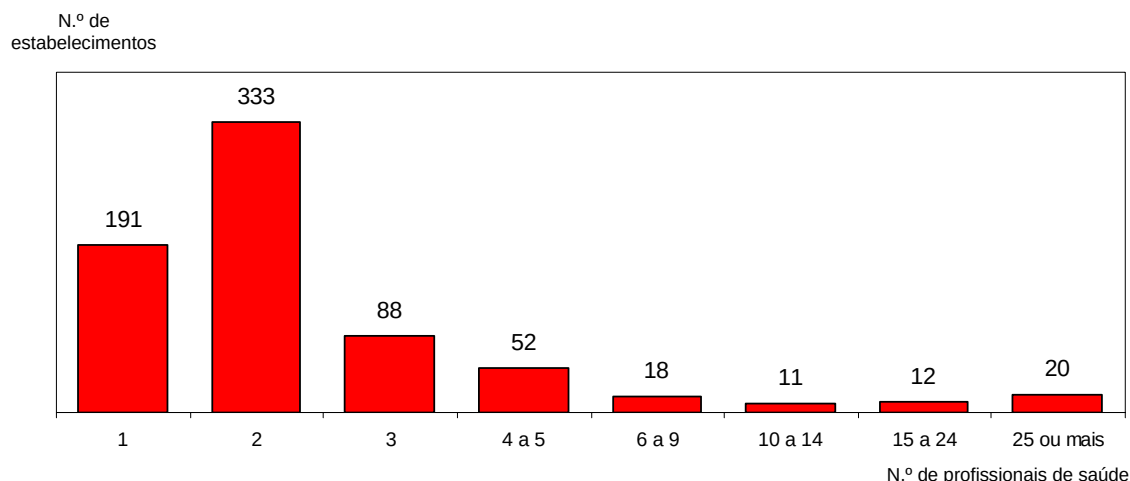
Natureza	Nº de Profissionais	%
Privada	1.465	57,7%
Social	213	8,4%
Pública	859	33,9%
<i>Total</i>	<i>2.537</i>	

Fonte: SRER

Como se constata na figura 2, a esmagadora maioria dos estabelecimentos de ORL tem 2 ou menos profissionais de saúde (cerca de 70% dos 725). Vemos claramente nesta figura que a distribuição dos estabelecimentos de ORL por dimensão (avaliada pelo número de profissionais de saúde empregados) é bastante assimétrica, precisamente com enviesamento para as dimensões menores.

⁷ O uso da terminologia “empregos de profissionais de saúde” significa que a contagem dos profissionais de saúde é feita com base em postos de trabalho nos serviços. Um qualquer profissional de saúde que exerça funções em serviços de ORL de vários estabelecimentos (independentemente da natureza da entidade detentora) é contado tantas vezes quantas o número de postos de trabalho que ocupa. Da mesma forma, não são contados os profissionais de saúde da área da ORL que correntemente não se encontrem a exercer funções em estabelecimento com valência de ORL registado na ERS. Doravante, neste relatório, qualquer referência ao número de profissionais de saúde deve sempre ser entendida no sentido de “empregos”, aqui definido.

Figura 2 – Distribuição dos estabelecimentos de ORL por número de técnicos



Fonte: SRER

Tabela 3 – Recursos humanos em estabelecimentos de ORL

Categoria profissional	Número de profissionais	% do total de profissionais	Média por estabelecimento
Médicos	1.364	54%	1,88
Enfermeiros	902	36%	1,24
Audiologistas	125	5%	0,17
Terapeutas da fala	146	6%	0,20
<i>Total</i>	2.537	100%	3,50

Fonte: SRER

Cerca de 54% dos profissionais de saúde em estabelecimentos de ORL são médicos, como se constata na tabela 3. O segundo maior grupo profissional é o dos enfermeiros, que representam 36% dos profissionais de saúde em estabelecimentos de ORL. Os audiologistas e terapeutas da fala, que prestam a componente de meios complementares de diagnóstico e terapêutica desta valência, representam 5% e 6%, respectivamente, dos empregos em estabelecimentos de ORL.

Dividindo o número total de profissionais pelo número de serviços, constatamos que, em média, cada estabelecimento de ORL em Portugal continental emprega 3,50 profissionais de saúde, correspondendo, também em média, a 1,88 médicos, 1,24 enfermeiros, 0,17 audiologistas e 0,20 terapeutas da fala. No entanto, a heterogeneidade entre os serviços é grande,⁸ pelo que a mediana será um melhor indicador do que a média para caracterizar a estrutura típica dos estabelecimentos de

⁸ O desvio-padrão do número de profissionais ronda os 8, o que equivale a um coeficiente de variação de 2,18.

ORL.⁹ O estabelecimento de ORL típico, quando avaliado pela mediana, terá 2 profissionais de saúde, sendo um deles médico, como se constata na tabela 4.

Tabela 4 – Estrutura organizacional dos estabelecimentos de ORL (número de estabelecimentos de cada dimensão)

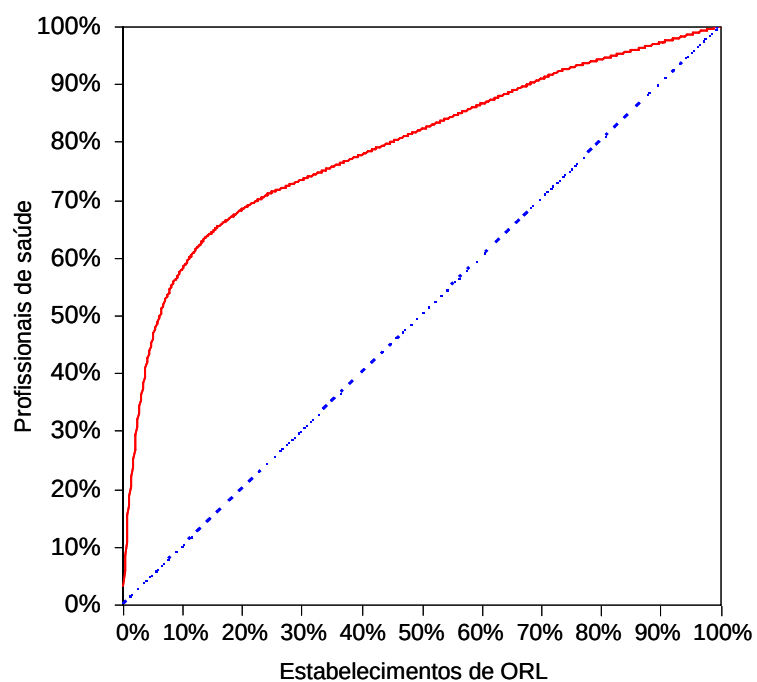
Número de profissionais por estabelecimento	Médicos	Enfermeiros	Audiologistas	Terapeutas da fala	Total
0	0	636	649	611	0
1	620	25	42	93	191
2	34	6	23	15	333
3	23	4	7	3	88
4 a 5	21	10	4	2	52
6 a 9	12	9	0	1	18
10 a 14	7	9	0	0	11
15 a 24	6	16	0	0	12
25 ou mais	2	10	0	0	20
<i>Mediana</i>	1	0	0	0	2

Fonte: SRER

A heterogeneidade nas estruturas organizacionais dos estabelecimentos de ORL pode ainda ser constatada na figura 3, que nos mostra que existe uma significativa desigualdade na distribuição de profissionais de saúde pelos diferentes estabelecimentos de ORL. Note-se que enquanto os 10% mais pequenos estabelecimentos de ORL concentram apenas cerca de 3% do total de profissionais (com uma média de 1 profissional por estabelecimento), os 10% maiores concentram 56% dos profissionais (20 por estabelecimento, em média).

⁹ Quando a distribuição da população a analisar é fortemente enviesada, como neste caso, o valor médio é decisivamente afectado pela existência de poucas unidades com muitos profissionais. A mediana, outra medida de tendência central, não tem este inconveniente.

Figura 3 – Distribuição dos profissionais de saúde pelos estabelecimentos de ORL



4. Avaliação do acesso a ORL

Como foi referido no capítulo de introdução deste estudo, das diversas dimensões que interferem no acesso aos cuidados de saúde, apenas são aqui abordadas aquelas que têm uma componente espacial, ou seja, a proximidade e a capacidade.

4.1. Proximidade à rede de ORL

A avaliação da proximidade a serviços de ORL consiste na estimação da população que dispõe de estabelecimentos de ORL suficientemente próximos da sua residência. Se toda a população residir dentro da zona de alcance de um serviço de ORL, teremos uma proximidade perfeita. Quanto menor for a percentagem da população a residir dentro da zona de alcance de um serviço de ORL, menor será a proximidade a serviços de ORL.

O alcance dos serviços de um prestador de cuidados de saúde pode ser estimado com base em estudos empíricos dos fluxos dos seus utentes, nomeadamente através da aplicação do teste de Elzinga-Hogarty,¹⁰ que define o mercado geográfico relevante de um prestador como aquela área que concentra pelo menos 85 a 90% dos seus utentes. Os estudos e análises empíricas já efectuados pela ERS sobre o alcance de vários tipos de serviços de prestação de cuidados de saúde permitiram concluir que o alcance da generalidade destes serviços é de 30 minutos.

Assim, usando este valor como uma estimativa do alcance dos serviços de ORL, pode-se estimar a proximidade a cuidados de ORL através do cálculo da percentagem da população residente em Portugal continental que se encontra a menos de 30 minutos (distância em estrada) de um qualquer estabelecimento de ORL.

¹⁰ O teste de Elzinga-Hogarty é um método para definição de mercado geográfico que, no caso dos mercados dos cuidados de saúde, mais especificamente na indústria de hospitais, considera os fluxos de pacientes para dentro e para fora de uma área geográfica (medidos pelo número de admissões ou altas dos pacientes, por exemplo). De acordo com o Health Law Handbook (2006), com este método, “uma área geográfica constituiria um mercado relevante se (i) a maioria dos pacientes (ao menos 85% ou 90%) que residem na área geográfica utiliza os hospitais situados naquela área e (ii) os hospitais situados naquela área obtêm o maior volume dos seus negócios (ao menos 85% ou 90%) de pacientes que residem naquela área”, p. 735.

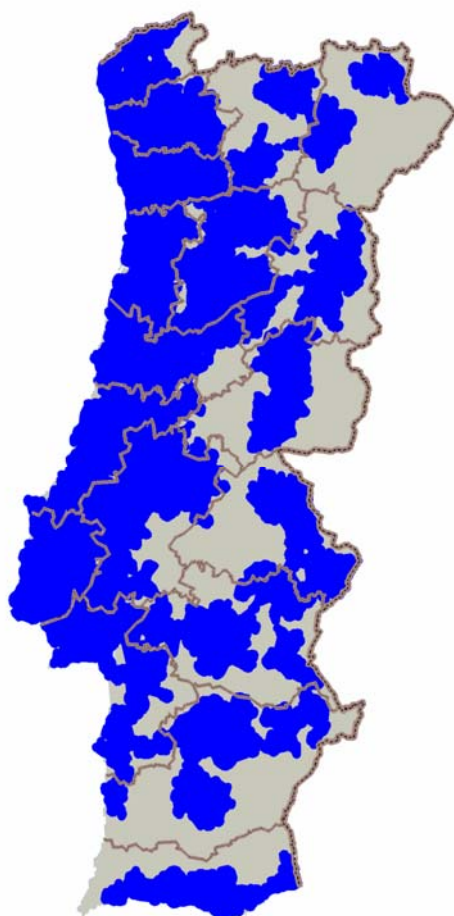
Foram realizadas duas versões deste exercício, distinguindo a rede total de oferta de cuidados de ORL, independentemente da natureza das entidades gestoras dos estabelecimentos, da rede constituída por estabelecimentos do SNS ou privados com convenção para a prestação de cuidados para o SNS¹¹. Esta distinção permite-nos tornar a avaliação da proximidade mais sensível a uma outra dimensão relevante do acesso, que é a do esforço financeiro. Apesar de, como se disse no capítulo introdutório, não abordarmos essa questão de forma aprofundada neste estudo, é importante não ignorar que o esforço financeiro exigido aos utentes quando recorrem a serviços por si financiados é significativamente maior que o esforço financeiro de recorrer a serviços financiados pelos seguros públicos de saúde. Ainda que não se faça aqui uma avaliação das elasticidades-preço dos utentes de serviços de ORL nas duas situações, é intuitivo que no primeiro caso, dada a menor imunização ao custo dos serviços, a sensibilidade da procura ao preço deverá ser maior, e por isso, é importante distinguir as duas redes de oferta de cuidados de ORL, que designamos por rede global e rede do SNS.

i) Proximidade à rede global

Na figura 4 estão representadas as áreas de alcance dos estabelecimentos que constituem a rede global de ORL, assinaladas a azul. Imediatamente se percebe que são as regiões do interior e sul do país onde a proximidade é menor.

¹¹ Ao considerarmos os estabelecimentos do SNS, ou ao serviço do SNS, estaremos a incluir a grande maioria da rede de cuidados publicamente financiados.

Figura 4 – Áreas geográficas a menos de 30 minutos de um estabelecimento de ORL

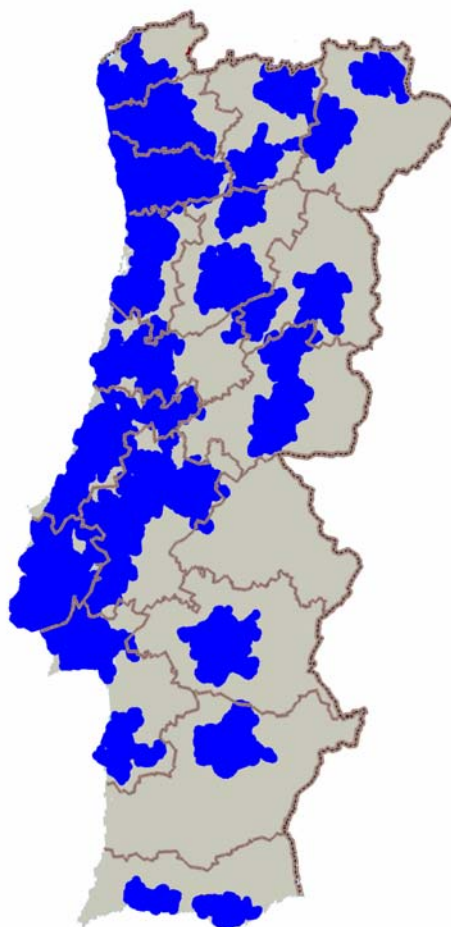


Tendo em conta as áreas cobertas pela rede global de ORL nos termos descritos, estimamos que cerca de 8% da população residente em Portugal continental se encontra a mais de 30 minutos de um serviço de ORL, ou de outra forma, que a proximidade a serviços de ORL é de 92%. As regiões do interior e sul do país são aquelas em que a percentagem da população não abrangida pelas áreas de alcance até 30 minutos é maior, considerando-se por isso, áreas de menor proximidade.

ii) Proximidade à rede do SNS

Olhamos agora para as áreas cobertas pela rede de ORL composta por estabelecimentos do SNS e convencionados com SNS, de acordo com o mesmo critério dos 30 minutos (figura 5). Esta rede é composta por 76 estabelecimentos: os 58 públicos e 18 privados e sociais com convenção com SNS.

Figura 5 – Áreas geográficas a menos de 30 minutos de um estabelecimento da rede pública de ORL



Constata-se, com naturalidade, que a percentagem de população abrangida pela rede do SNS é inferior à da rede global, rondando os 83%. A menor cobertura da rede do SNS face à global faz-se sentir sobretudo nas zonas do Algarve, Alentejo e Centro do país.

4.2. Capacidade da rede de serviços de ORL

A dimensão “capacidade” refere-se à diversidade de estabelecimentos de entre os quais o utente pode optar, e pode ser avaliada a partir da análise do número de estabelecimentos a que cada utente pode aceder, mas também a partir da análise da capacidade produtiva desses estabelecimentos. No limite, tal avaliação deveria considerar como unidade de análise o utente (ou a família), uma vez que, em rigor,

existirão diferenças na capacidade da rede de cuidados de saúde acessível a cada habitação. No entanto, tal definição de matriz regional exige um grau de continuidade analítica inatingível por diversos motivos, dos quais se realça a impossibilidade de obter e processar informação a essa escala. Por outro lado, não deverão existir diferenças relevantes no acesso entre famílias cujas residências sejam próximas, pelo que será razoável considerar agregados geográficos de matriz menos densa.

Os resultados dos estudos empíricos dos fluxos de utentes dos estabelecimentos de saúde, referidos na secção anterior, são particularmente úteis para nos auxiliar na definição desta matriz geográfica. Com base nos resultados obtidos, é possível concluir que a área geográfica de alcance dos serviços de saúde é de cerca de 2.000 kms².

Áreas de abrangência com esta dimensão são típicas na prestação de cuidados de saúde, e a ERS definiu já uma matriz regional de avaliação de acesso a cuidados de saúde, aplicável àqueles tipos de cuidados de saúde que têm alcances dessa ordem de grandeza. Em anexo, apresentamos o trabalho realizado pela ERS no sentido da definição dessa matriz, explicitando-se todos os pressupostos desse exercício, e caracterizando as regiões resultantes – designadas por Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) – que serviram de base às análises de acesso seguidamente apresentadas.

A tabela 5 apresenta a distribuição regional dos 725 estabelecimentos prestadores de cuidados na área de ORL, tendo então por unidade geográfica de referência as RRAS. O facto, já esperado, de grande parte dos estabelecimentos se situarem nas regiões do litoral, e sobretudo nas zonas de Porto e Lisboa, por si só é pouco ilustrativo do acesso das populações, uma vez que, como é sabido, são grandes as discrepâncias entre litoral e interior, em termos de população residente. Note-se, ainda assim, o relevante facto de as RRAS de Ponte de Sôr e Sertã não estarem providas de qualquer estabelecimento de ORL, independentemente da sua natureza.

A fim de termos uma melhor percepção da dimensão da oferta de cuidados de ORL nas diferentes regiões, apresenta-se também na tabela 5 informação sobre o número de médicos, e o número total de empregos de profissionais de saúde, dos estabelecimentos de cada RRAS. Ao nível da comparação da dimensão da oferta de ORL entre RRAS, não existem grandes diferenças face ao concluído em termos de estabelecimentos.

Tabela 5 – Distribuição regional dos estabelecimentos de ORL

RRAS	Estabelecimentos	Médicos	Profissionais de Saúde
Bragança	3	4	8
Chaves	2	5	10
Viana do Castelo	19	31	42
Braga	18	35	36
Mirandela	3	4	8
Guimarães	33	57	91
Felgueiras	25	41	92
Vila Real	7	15	19
Porto	126	250	551
São João da Madeira	21	31	48
Viseu	20	37	52
Aveiro	28	46	101
Guarda	4	6	13
Seia	1	1	1
Covilhã	6	7	9
Coimbra	34	88	171
Lousã	4	6	12
Castelo Branco	4	6	12
Sertão	0	0	0
Leiria	20	28	44
Entroncamento	13	21	34
Caldas da Rainha	21	35	71
Portalegre	3	4	6
Ponte de Sôr	0	0	0
Santarém	15	24	41
Coruche	4	5	7
Elvas	3	3	4
Lisboa	164	349	687
Montemor-o-Novo	3	6	16
Évora	8	13	34
Setúbal	72	142	213
Moura	1	1	2
Beja	4	6	17
Sines	4	6	10
Odemira	1	1	2
Portimão	13	19	30
Faro	18	27	46
<i>Total Geral</i>	<i>725</i>	<i>1.364</i>	<i>2.537</i>

Fonte: SRER

A avaliação da capacidade exige uma ponderação da oferta disponível de ORL pela população abrangida. Por exemplo, existem 18 estabelecimentos com a especialidade de ORL na RRAS Faro, tantos quantos existem na RRAS Braga. No entanto, como a população da RRAS Braga é quase o dobro da RRAS Faro, é razoável admitirmos que a capacidade da rede de estabelecimentos de ORL na segunda possa ser superior.

Assim, foram construídos, como indicadores de capacidade, dois rácios: estabelecimentos de ORL por 100.000 habitantes e total de médicos dos estabelecimentos de ORL por 10.000 habitantes (tabelas 6 e 7). Apesar de semelhantes, estes dois indicadores captam dimensões diferentes do conceito de capacidade dos serviços de saúde. O rácio de estabelecimentos por habitantes permite uma visão da capacidade de escolha por parte dos utentes, ou seja, quanto maior for o número de estabelecimentos per capita, maior será a capacidade de escolha dos utentes. Já o rácio de médicos por habitantes traduz a capacidade de resposta da rede de oferta às necessidades potenciais da população.¹²

¹² Na tabela 7 é também apresentado o rácio do total de profissionais de saúde dos estabelecimentos de ORL por 10.000 habitantes, embora seja o rácio de médicos por 10.000 habitantes que é utilizado, na análise que se segue, como indicador da capacidade de resposta.

Tabela 6 – Capacidade de escolha dos utentes de ORL

RRAS	Total estabelecimentos ORL por 100.000 hab.	Cluster
Coimbra	10,13	Superior
Porto	9,87	Superior
Setúbal	9,40	Superior
Évora	9,23	Superior
Santarém	8,34	Superior
Lisboa	8,15	Médio Alto
Faro	7,85	Médio Alto
Leiria	7,58	Médio Alto
Viana do Castelo	7,53	Médio Alto
São João da Madeira	7,36	Médio Alto
Aveiro	7,06	Médio Alto
Portimão	6,93	Médio Alto
Montemor-o-Novo	6,91	Médio Alto
Viseu	6,87	Médio Alto
Covilhã	6,51	Médio Alto
Guimarães	6,32	Médio Alto
Portalegre	5,97	Médio Baixo
Caldas da Rainha	5,89	Médio Baixo
Coruche	5,89	Médio Baixo
Entroncamento	5,63	Médio Baixo
Sines	5,59	Médio Baixo
Castelo Branco	5,31	Médio Baixo
Bragança	5,24	Médio Baixo
Felgueiras	4,47	Médio Baixo
Beja	4,46	Médio Baixo
Braga	4,42	Médio Baixo
Elvas	4,39	Médio Baixo
Guarda	3,57	Médio Baixo
Vila Real	3,49	Médio Baixo
Odemira	3,18	Médio Baixo
Mirandela	3,15	Médio Baixo
Lousã	2,90	Médio Baixo
Moura	2,67	Médio Baixo
Chaves	2,46	Médio Baixo
Seia	2,06	Médio Baixo
Sertã	0,00	Inferior
Ponte de Sôr	0,00	Inferior

Fonte: SRER; INE, estimativas da população para 2005

Como se constata da observação da tabela 6, existe alguma heterogeneidade entre as RRAS ao nível da capacidade dos estabelecimentos de ORL por 100.000 habitantes. Enquanto que nas RRAS Coimbra, Porto e Setúbal, existem cerca de 10 estabelecimentos de ORL por 100.000 habitantes, nas RRAS Ponte de Sôr e Sertã

não existe qualquer serviço de ORL. Em média, existem em Portugal continental cerca de 7 estabelecimentos de ORL por 100.000 habitantes.

Tabela 7 – Capacidade de resposta dos estabelecimentos de ORL

RRAS	Total profissionais saúde por 10.000 hab.	Total médicos por 10.000 hab.	Cluster
Coimbra	5,08	2,61	Superior
Porto	4,32	1,96	Superior
Setúbal	2,78	1,85	Superior
Lisboa	3,41	1,73	Superior
Évora	3,98	1,55	Médio Alto
Montemor-o-Novo	3,61	1,40	Médio Alto
Santarém	2,28	1,31	Médio Alto
Viseu	1,79	1,27	Médio Alto
Viana do Castelo	1,66	1,25	Médio Alto
Faro	2,02	1,20	Médio Alto
Aveiro	2,54	1,17	Médio Alto
São João da Madeira	1,67	1,11	Médio Alto
Guimarães	1,74	1,09	Médio Alto
Leiria	1,65	1,07	Médio Alto
Portimão	1,60	1,01	Médio Baixo
Caldas da Rainha	2,01	0,97	Médio Baixo
Entroncamento	1,49	0,91	Médio Baixo
Sines	1,34	0,90	Médio Baixo
Castelo Branco	1,53	0,86	Médio Baixo
Braga	0,89	0,86	Médio Baixo
Coruche	0,96	0,81	Médio Baixo
Portalegre	1,20	0,79	Médio Baixo
Covilhã	1,02	0,76	Médio Baixo
Vila Real	0,95	0,75	Médio Baixo
Felgueiras	1,64	0,74	Médio Baixo
Chaves	1,17	0,68	Médio Baixo
Beja	1,90	0,67	Médio Baixo
Bragança	1,48	0,64	Médio Baixo
Guarda	1,13	0,54	Inferior
Elvas	0,51	0,51	Inferior
Odemira	0,48	0,47	Inferior
Lousã	0,89	0,44	Inferior
Mirandela	0,83	0,44	Inferior
Moura	0,40	0,40	Inferior
Seia	0,12	0,10	Inferior
Sertã	0,00	0,00	Inferior
Ponte de Sôr	0,00	0,00	Inferior

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

Já na tabela 7, que se encontra ordenada de acordo com o rácio de médicos por 10.000 habitantes, é possível verificar que as RRAS Coimbra e Porto são aquelas em que se encontram mais profissionais de saúde em estabelecimentos de ORL por

habitante. Mais uma vez, no extremo oposto estão as RRAS Ponte de Sôr e Sertã, que, como vimos anteriormente, não possuem qualquer serviço de ORL.

De modo a classificar qualitativamente as diferenças existentes entre os rácios nas diferentes RRAS, construímos quatro *clusters* de RRAS: superior, médio alto, médio baixo e inferior. No *cluster* médio alto encontram-se as RRAS com rácios um pouco acima da média nacional e, no médio baixo, aquelas um pouco abaixo. No *cluster* inferior estarão as RRAS com os mais baixos rácios. A capacidade dos serviços de ORL (capacidade de escolha e capacidade de resposta) nas RRAS pertencentes ao *cluster* superior é, como o nome indica, maior do que em todas as outras RRAS. Esta análise foi, então, realizada para os dois rácios.¹³

A classificação das RRAS em *clusters* é apresentada nas tabelas 6 e 7, enquanto que a tabela 8 apresenta um sumário dos resultados da análise de *clusters*.

Tabela 8 – Sumário de resultados da análise de *clusters*

<i>Cluster</i>	Capacidade de escolha		Capacidade de resposta	
	Nº de RRAS	Média do rácio	Nº de RRAS	Média do rácio
Superior	5	9,39	4	2,04
Médio Alto	11	7,19	10	1,24
Médio Baixo	19	4,25	14	0,81
Inferior	2	0,00	9	0,32

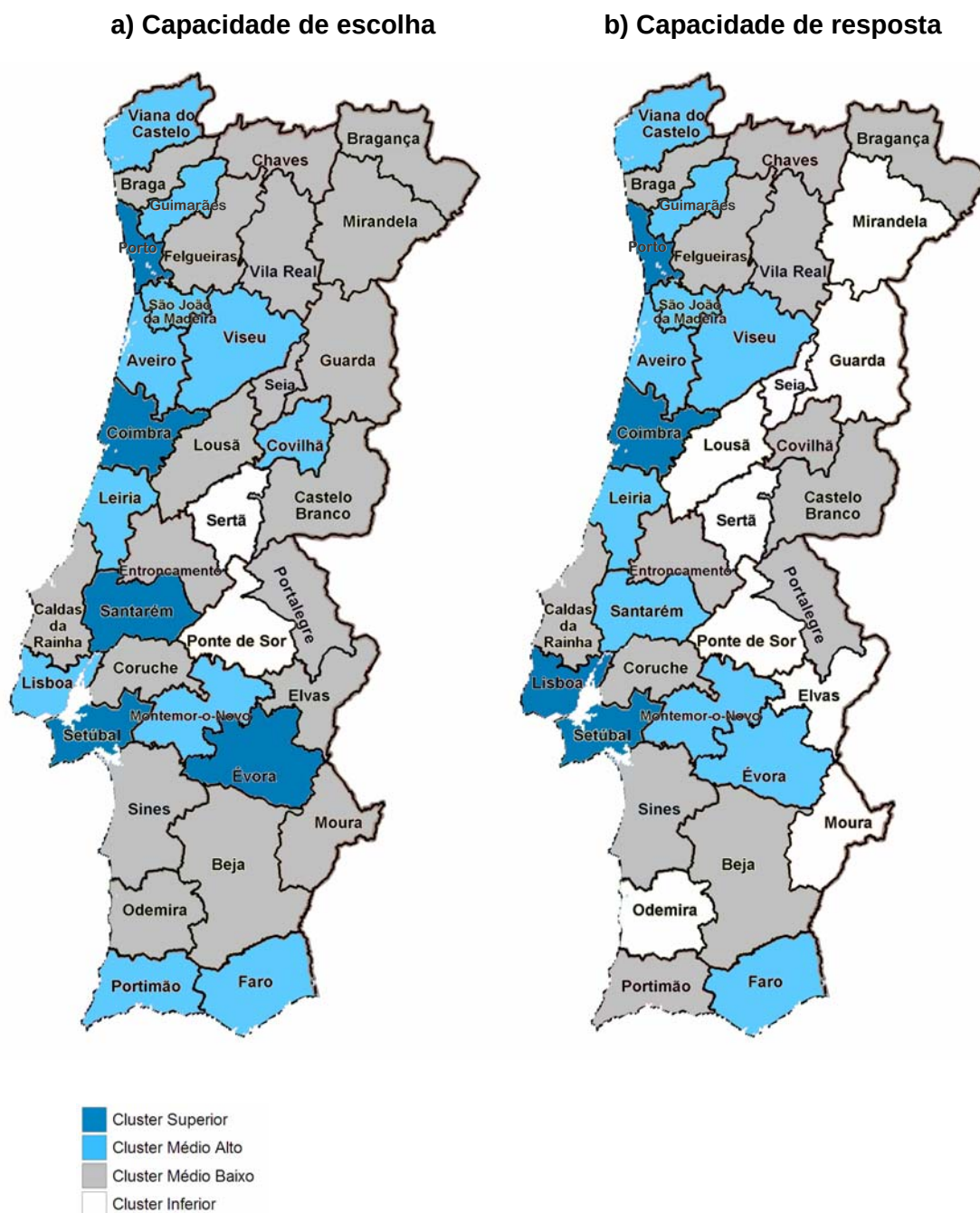
A classificação das RRAS em *clusters*, de acordo com os dois indicadores de capacidade, pode ser visualizada nos mapas da figura 6, onde se representa a classificação de cada RRAS em termos da capacidade dos estabelecimentos de ORL com um código de cores.

Ao nível da capacidade de resposta (número de médicos dos estabelecimentos de ORL por 10.000 habitantes) note-se, no mapa, a contiguidade entre as regiões do *cluster* inferior, nomeadamente na faixa ao centro do país formada por Seia, Lousã, Sertã, Ponte de Sôr, Portalegre e Elvas, que configura a existência de áreas do

¹³ Do ponto de vista metodológico, a análise de clusters apresenta a vantagem de não exigir a definição arbitrária dos limites de cada categoria. É a própria metodologia que agrupa as observações segundo um critério de afinidade em termos de uma determinada variável, maximizando o grau de associação entre observações do mesmo grupo e minimizando o grau de associação entre observações de grupos diferentes. Isto é, são os próprios dados que definem o que é um valor alto ou um valor baixo. Das diversas técnicas de *clustering* existentes, foi utilizada a técnica das *k*-médias (McQueen, J., 1967, "Some methods for classification and analysis of multivariate observations", Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability: 281-297), considerada a técnica mais adequada para estudos em que temos, à partida, uma hipótese quanto ao número de grupos a formar.

território alargadas em que a capacidade de resposta da actual rede de estabelecimentos de ORL é bastante escassa (mesmo considerando deslocações das populações residentes nas zonas limite das RRAS para estabelecimentos de RRAS vizinhas).

Figura 6 – Capacidade da rede de cuidados de ORL



Também em termos da capacidade de escolha (número de estabelecimentos por 100.000 habitantes) se nota a contiguidade de algumas das zonas menos favorecidas,

sendo a capacidade de escolha reduzida uma realidade que surge sobretudo nas RRAS do interior e Alentejo.

Conjugando as duas análises, constata-se que as regiões de Sertã, Ponte de Sôr e Mirandela são aquelas em que a capacidade dos serviços de saúde de ORL é menor, uma vez que surgem mal classificadas em termos quer de capacidade de escolha das suas populações, quer de capacidade de resposta da oferta aí instalada.

4.3. Desigualdade regional da distribuição da oferta de ORL

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

Para esse efeito, recorremos a um instrumental estatístico usado habitualmente para avaliar desigualdades na distribuição do rendimento. Trata-se do coeficiente de Gini, associado à representação gráfica da Curva de Lorenz,¹⁴ que neste caso foi aplicado para analisar a desigualdade da distribuição entre RRAS da oferta de estabelecimentos de ORL.

No caso em apreço, representámos a Curva de Lorenz (figura 7) e calculámos o coeficiente de Gini para a distribuição, pelas diversas regiões, da capacidade dos serviços de ORL medida pelo número de estabelecimentos de ORL por 100.000 habitantes. O coeficiente de Gini calculado é de 0,247 (ou 25%).¹⁵

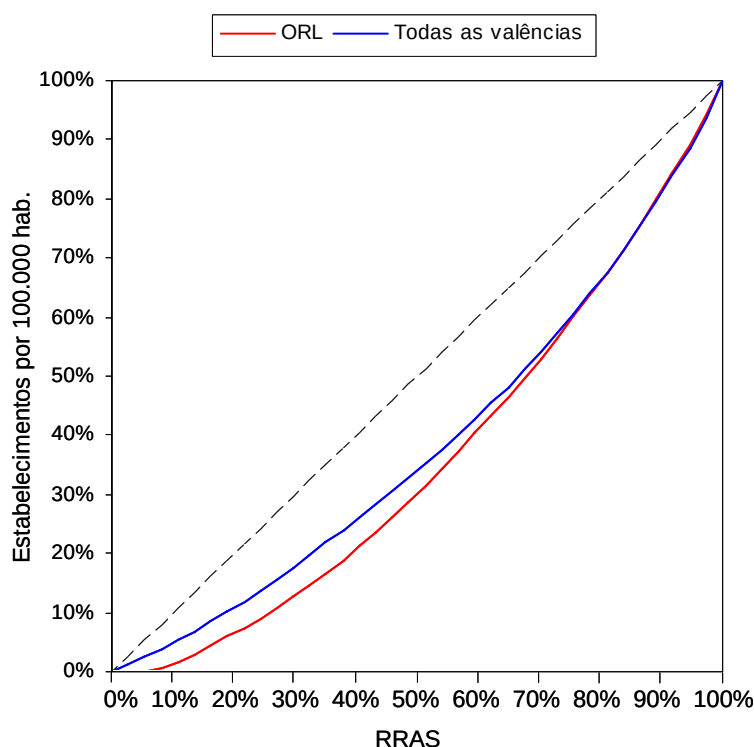
Todavia, apenas com esta informação não é possível classificar a distribuição desta variável, além de que não é perfeita nem totalmente desigual. O coeficiente de Gini é mais adequado a análises comparativas, de preferência com valores de referência,

¹⁴ Enquanto que a Curva de Lorenz não é mais do que uma representação gráfica da distribuição relativa de uma variável por uma determinada população, o coeficiente de Gini consiste num índice que mede a desigualdade dessa distribuição, variando entre 0 e 1 (ou 0 e 100%), onde 0 corresponde à perfeita igualdade da distribuição da variável (todos os elementos da população têm o mesmo valor da variável) e 1 corresponde à completa desigualdade (apenas um elemento da população tem a totalidade da variável).

¹⁵ Na figura 7 o coeficiente de Gini corresponde ao rácio entre a área que se encontra entre a recta tracejada (distribuição perfeita) e a curva a vermelho, e a área total abaixo da recta tracejada.

sejam considerados normais com base em anteriores análises, sejam estabelecidos como *standards* normativos ou objectivos a atingir. Não sendo possível encontrar essas referências para os valores do Gini relativos à distribuição de estabelecimentos de saúde, optámos por comparar a distribuição de estabelecimentos de ORL com a distribuição de todos os estabelecimentos de saúde de Portugal continental, medido pelo rácio do total de estabelecimentos, de todas as valências, por 100.000 habitantes.

Figura 7 – Curva de Lorenz para a capacidade da rede de cuidados de ORL e das demais valências nas RRAS

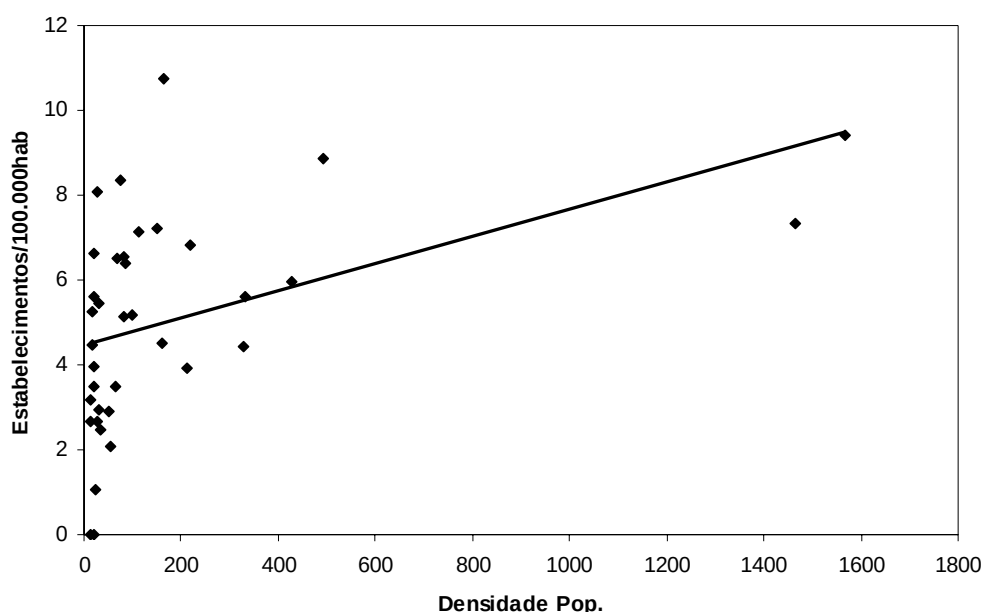


A Curva de Lorenz apresentada a azul na figura 6 e o correspondente coeficiente de Gini calculado de 22% permitem-nos concluir que a desigualdade da distribuição de estabelecimentos de ORL é maior do que a desigualdade da distribuição média dos cuidados de saúde.

Uma outra forma de avaliar a desigualdade na capacidade dos estabelecimentos de ORL é através da comparação da diversidade de estabelecimentos com a densidade populacional. A análise da distribuição geográfica da oferta, apenas ponderada pela população, só será suficiente se a procura de ORL estiver homogeneamente distribuída. Contudo, como é sabido, a distribuição da população pelo território apresenta fortes assimetrias, resultando em diferenças relevantes ao nível das densidades populacionais de cada RRAS. Sendo a procura de ORL uma procura

localizada, quanto maior for a densidade populacional menor será a necessidade de uma grande diversidade de serviços. Assim, efectuámos uma regressão do rácio do número de estabelecimentos de ORL por 100.000 habitantes contra a densidade populacional de cada RRAS. Os resultados deste exercício são apresentados no gráfico e tabela da figura 8.

Figura 8 – Densidade populacional vs. estabelecimentos de ORL por 100.000 habitantes



Variável	Coefficientes	Desvio-padrão	Estatística t
Constante	5,000	0,429	11,654
Densidade Populacional	0,003	0,001	2,933

$R^2 = 0,20$

O coeficiente associado à variável Densidade Populacional tem significância estatística a um nível de confiança de 99%, mas é positivo. Significa este resultado que a diversidade de estabelecimentos é maior, mesmo depois de ponderada pela população, naquelas zonas onde a concentração da população é superior. Não haverá, por isso, um ajustamento perfeito da oferta às necessidades da população, já que nas zonas onde a densidade populacional é menor, e tendencialmente as distâncias a percorrer são maiores, é que a diversidade de serviços é menor, agravando ainda mais a necessidade de percorrer grandes distâncias.

Como foi referido na secção 2 deste relatório, não há razões para crer que a necessidade de cuidados de ORL apresente discrepâncias significativas entre diferentes regiões, além da proporcionalidade face à população residente.

Em conclusão, a análise efectuada permite concluir da existência de desigualdade regional na capacidade da rede de cuidados de ORL relativa à população residente, desigualdade esta que é superior à da observada para a totalidade dos cuidados de saúde.

5. Conclusões

No presente estudo, o acesso dos utentes aos serviços de Otorrinolaringologia (ORL) é caracterizado de acordo com uma metodologia que passa pela avaliação das barreiras que impedem a transformação completa da prestação de cuidados “potencial” em prestação de cuidados “realizada”, sendo analisadas as dimensões com componente espacial: proximidade e capacidade. Das análises efectuadas, foi possível concluir que:

1. Considerando que o alcance dos estabelecimentos de ORL será de aproximadamente 30 minutos, a proximidade à rede global de ORL estima-se em 92%, uma vez que cerca de 8% da população de Portugal continental reside a mais de 30 minutos de um estabelecimento de ORL. De acordo com o mesmo critério, a proximidade à rede composta por estabelecimentos do SNS e convencionados com SNS é de 83%.
2. A capacidade dos estabelecimentos de ORL, relativamente à população residente, apresenta um grau de desigualdade regional ligeiramente superior ao da distribuição da totalidade dos cuidados de saúde.
3. As desigualdades no acesso a cuidados de ORL são ainda superiores ao que resulta da mera análise da capacidade dos estabelecimentos de ORL, relativamente à população residente, porque a distribuição da oferta não está ajustada às necessidades da população. Nas zonas onde a densidade populacional é menor, e tendencialmente as distâncias a percorrer são maiores, é que a diversidade de serviços é menor, agravando ainda mais a necessidade de percorrer grandes distâncias.

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

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

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

A promoção da concorrência exige, também, uma prévia avaliação do grau e condições de concorrência em cada mercado relevante. Nos termos da Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes¹⁶, «um mercado do produto relevante compreende todos os produtos e/ou serviços considerados permutáveis ou substituíveis pelo consumidor devido às suas características, preços e utilização pretendida» – (§7). Tem sido prática comum da Comissão Europeia começar por definir o mercado relevante do produto com base em elementos atinentes à procura, uma vez que, conforme refere a mesma Comunicação a este propósito, «Do ponto de vista económico, para a definição do mercado relevante, a substituição do lado da procura constitui o elemento de disciplina mais imediato e eficaz sobre os

¹⁶ Comunicação (97/C 372/03) publicada no Jornal Oficial da União Europeia n.º C 372/5 de 9.12.1997.

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

Por outro lado, uma definição do mercado relevante visa sobretudo identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes operadores têm de enfrentar por concorrentes efectivos, susceptíveis de restringir o seu comportamento e os impedir de actuar com independência, face a uma eventual pressão concorrencial efectiva¹⁷. Nesta perspectiva, assume particular relevo analisar o mercado na dimensão geográfica, uma vez que sendo a prestação de cuidados de saúde um serviço que exige a presença física do utente, só se poderão considerar como concorrentes prestadores que se situem a uma distância do utente não muito elevada. Nos termos da Comunicação da Comissão referida, que aqui acompanhamos, os mercados geográficos relevantes compreendem a área: (1) em que as empresas a serem analisadas estão envolvidas na oferta e procura de produtos ou serviços; (2) em que as condições de concorrência são suficientemente homogéneas; e (3) que pode ser distinguida de áreas vizinhas em razão de condições de concorrência apreciavelmente diferentes nessas áreas.

Nenhum método de definição de mercados geográficos é unânime, podendo os diferentes métodos apresentar resultados bastante heterogéneos, conforme observado por Gaynor e Vogt (2000)¹⁸. No caso em apreço, a definição do mercado geográfico relevante encontra-se profundamente imbricada com a definição do mercado do produto relevante, isto é, as características deste último determinam necessariamente o tipo de critérios que deverá estar subjacente a uma delimitação do âmbito geográfico. Apesar de se apresentar como um factor muitas vezes ignorado pela produção teórica sobre os determinantes da procura nos mercados de cuidados de saúde, a distância ao local de oferta é sobremaneira relevante, em termos de custos para o utente no processo de procura/consumo. As deslocações até aos locais de oferta têm associados custos por duas vias: uma directa, pela despesa suportada com meios de transporte; e uma indirecta, pelo custo de oportunidade do tempo perdido nas deslocações. Este aspecto é importante para a definição de mercado relevante. Tendo por base a desutilidade associada pelos utentes às deslocações para a obtenção de serviços de saúde, intuitivamente percebemos que existirá um limite em

¹⁷ Esta questão releva de sobremaneira para efeitos da concorrência no mercado, mas também em sede da concorrência no acesso ao mercado como em caso de concurso público.

¹⁸ Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), "Antitrust and Competition in Health Care Markets", em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487.

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

Em suma, dado que os estudos e avaliações na área do acesso e da concorrência exigem a definição de unidades regionais de análise, a ERS entendeu criar uma matriz regional que servirá de referência¹⁹ a esses trabalhos, definindo Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS).

Os estudos e análises empíricas já efectuados pela ERS sobre o alcance de vários tipos de serviços de prestação de cuidados de saúde permitiram concluir que, para a maior parte desses serviços, a área geográfica de alcance dos prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km². Assim, uma definição meramente geométrica das RRAS implicaria a criação de cerca de 44 áreas geográficas relevantes de 2.000 km² cada, tendo em conta que a área total de Portugal continental é de 88.967 km².²⁰

No entanto, a definição das RRAS não deverá ser geométrica, mas antes deverá tomar em consideração as características sócio-económicas de cada população, bem como as limitações à acessibilidade introduzidas pela rede viária, pela rede hidrográfica, e pela divisão político-administrativa do território. Aliás, é prática comum²¹, sempre que tal não se mostre de todo desadequado, definir unidades geográficas de análise com referência a unidades territoriais já estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos. Em primeiro lugar, porque estas unidades territoriais são divisões de todos conhecidas e às quais intuitivamente se associam conhecimentos relevantes. Em segundo lugar, porque a informação estatística recolhida se encontra catalogada nestas divisões. Em terceiro lugar, porque nas divisões administrativas se traduzem efectivas áreas relevantes em termos de centros de decisão das políticas regionais.

¹⁹ De facto, procura-se aqui definir uma matriz de referência aplicável a uma grande parte dos subgrupos do sector da prestação de cuidados de saúde, e um importante ponto de partida para a definição de matrizes alternativas, quando tal for necessário.

²⁰ Instituto Geográfico Português – Carta Administrativa Oficial de Portugal (versão 5.0 de 2005).

²¹ Veja-se, por exemplo, Gaynor, M. e Vogt, W.B. (2000), “Antitrust and Competition in Health Care Markets”, em Culyer A. J. and Newhouse J. P. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North Holland, 1, 27, 1405-1487).

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

A divisão regional de Portugal continental em unidades territoriais utilizadas para fins estatísticos e/ou administrativos assenta em 4.077 freguesias, 278 concelhos, 18 distritos, 28 NUTSIII e 5 NUTSII²². A mera análise do número de regiões sugeriria a utilização das NUTSIII como base de partida para a criação das RRAS, mas no caso da prestação de cuidados de saúde essa opção é reforçada por outro tipo de considerações.

Conforme estabelece a Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro), o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – que abrange todas as instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde – é organizado em Administrações Regionais de Saúde (ARS), que têm por missão garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprindo o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção. Por seu turno, o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, estabelece no seu art. 2.º que as cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) exercem as suas atribuições nas áreas correspondentes às NUTSII, e no seu art. 19.º, que neste âmbito são aplicáveis os mapas para o nível II das NUTS previstos no Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto. Assim, a divisão regional da prestação de cuidados de saúde em Portugal tem uma matriz político-administrativa assente nas NUTSII de 1999²³, o que não poderá ser ignorado na construção da matriz das RRAS.

Todavia, as NUTSII correspondem a áreas geográficas demasiado grandes para traduzirem regiões dentro das quais os utentes estão dispostos a deslocar-se para

²² Estas são as divisões para efeitos estatísticos consideradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nos censos de 2001. As NUTS são Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. Foram elaboradas pelo Eurostat e têm sido utilizadas desde 1988 na legislação comunitária (vide Regulamento (CEE) Nº. 2052/88 do Conselho das Comunidades Europeias, de 24 de Junho de 1988, relativo às missões dos Fundos com finalidade estrutural, à sua eficácia e à coordenação das suas intervenções, entre si, com as intervenções do Banco Europeu de Investimento e com as dos outros instrumentos financeiros existentes). As NUTSII e III são, respectivamente, regiões e sub-regiões estatísticas, construídas com o objectivo agruparem municípios contíguos, com problemas, desafios e perfis socio-económicos semelhantes. Em Portugal, as NUTS, níveis I, II e III, foram criadas por meio do Decreto-Lei n.º 46/1989, de 15 de Fevereiro, tendo sofrido alterações pontuais introduzidas com os Decretos-Lei n.º 163/99, de 13 de Maio, e n.º 317/99, de 11 de Agosto, e uma revisão mais profunda, que resultou numa alteração da configuração das NUTS de nível II, introduzida com o Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro.

²³ No remanescente do presente documento, sempre que se mencionarem as NUTS II, deverá considerar-se a versão constante do Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de Agosto.

obter serviços de saúde. As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respectivamente, 21.287, 23.672, 11.736, 27.276 e 4.996 km², enquanto que, como foi dito, a área geográfica de abrangência dos serviços prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km². Assim, as RRAS deverão coincidir com sub-regiões das NUTSII, o que sugere naturalmente a utilização das NUTSIII como base de referência na construção das RRAS. Recorde-se que, por outro lado, das unidades territoriais devidamente estabelecidas para fins estatísticos ou administrativos, e que estão na base das estatísticas actualmente existentes, aquela que parece mais se aproximar da dimensão resultante do estudo empírico é a das NUTSIII. A figura A1 representa a divisão actual do território continental em NUTSIII, com indicação da respectiva área.

Figura A1 – NUTSIII

NUTSIII	Área (km ²)
Minho-Lima	2.219
Cávado	1.246
Ave	1.245
Alto Trás-os-Montes	8.171
Grande Porto	815
Tâmega	2.621
Douro	4.110
Entre Douro e Vouga	861
Baixo Vouga	1.802
Dão - Lafões	3.489
Serra da Estrela	868
Beira Interior Norte	4.063
Baixo Mondego	2.063
Pinhal Interior Norte	2.617
Cova da Beira	1.375
Pinhal Litoral	1.746
Médio Tejo	2.306
Pinhal Interior Sul	1.903
Beira Interior Sul	3.749
Oeste	2.221
Lezíria do Tejo	4.273
Alto Alentejo	6.248
Grande Lisboa	1.382
Península de Setúbal	1.581
Alentejo Central	7.228
Alentejo Litoral	5.303
Baixo Alentejo	8.545
Algarve	4.995



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

A análise da figura A1 permite concluir que a maioria das NUTSIII têm dimensões compatíveis com o alcance dos prestadores de cuidados de saúde (2.000 km²). No entanto, também permite concluir que algumas NUTSIII, sobretudo do interior, têm uma dimensão demasiado grande para traduzirem uma realidade homogénea em termos de acesso e concorrência na prestação de cuidados de saúde.

Assim, entendemos que as RRAS deverão corresponder às actuais NUTSIII, excepto no caso daquelas (nove) cuja área é superior a 4.000 km², que deverão ser divididas. As 8 NUTSIII com áreas entre os 2.000 km² e os 4.000 km² foram mantidas intactas, uma vez que da sua divisão não poderiam resultar sequer duas regiões com pelo menos 2.000 km².

A divisão das nove NUTSIII com dimensão superior a 4.000 km², situadas no Algarve, no Alentejo (todas as 4), em Lisboa e Vale do Tejo (Lezíria do Tejo), no Centro (Beira Interior Norte), e no Norte (Alto Trás-os-Montes e Douro), foi realizada por recurso à aplicação sucessiva de vários critérios que consideram a relevância de factores como as divisões administrativas, as acessibilidades rodoviárias, a distribuição da população e a existência de pólos urbanos de atracção (cidades ou vilas).

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

Em segundo lugar, estabeleceu-se que cada RRAS definida por este processo deveria ter pelo menos 2.000 km² e incluir pelo menos um pólo urbano de atracção, definido como uma cidade ou vila com pelo menos 5.000 habitantes, que servisse como centro onde se poderão localizar a maioria dos prestadores de cuidados de saúde da RRAS.

Em cada uma das NUTSII, o primeiro passo consistiu na identificação dos pólos de atracção da região, e a sua ordenação por ordem decrescente do número de habitantes. O segundo passo consistiu na definição da primeira RRAS em torno do concelho onde se situa o pólo de maior dimensão²⁴, através da agregação dos concelhos circundantes, que se situem mais próximos desse do que de qualquer outro pólo. A avaliação da proximidade de cada concelho a um determinado pólo assentou

²⁴ Para ilustrar a aplicação da metodologia, utilizaremos a definição das RRAS na NUTSII Alentejo, onde o pólo de maior dimensão é Évora.

no cálculo da distância média ponderada em estrada entre as juntas de freguesia do concelho em análise e o pólo agregador, sendo o ponderador a população de cada freguesia. Quando, por esse processo, se atinge uma área de pelo menos 2000 km², passa-se ao segundo pólo, para definir uma nova RRAS²⁵. Se este processo for suficiente para atingir uma área de 2000 km², então integra-se na RRAS o pólo mais próximo. Este processo continua pelos outros pólos da região, por ordem decrescente do número de habitantes, até que não seja possível criar uma nova RRAS com pelo menos 2.000 km²²⁶. Nessa fase, todos os concelhos da região que ainda não tenham sido afectados a uma RRAS são agregados à RRAS cujo pólo é mais próximo.

Cada RRAS é identificada pelo nome do pólo de atracção, e no caso de RRAS correspondentes a NUTSIII, adoptamos o nome das cidades/vilas mais relevantes em termos de poder administrativo: as cidades capitais de distrito, nas RRAS em que existem, e as cidades/vilas sedes de concelho, nas demais RRAS, sendo que nas RRAS onde existe mais que uma localidade administrativamente equivalente, a escolha recaiu sobre aquela com população mais numerosa.

A figura A2 apresenta as 37 RRAS resultantes deste exercício, e a tabela A1 indica os concelhos que as compõem. A tabela A2 apresenta algumas estatísticas caracterizadoras das RRAS.

Na região Norte, as NUTSIII de Alto Trás-os-Montes e Douro deram origem a quatro RRAS: Vila Real, Chaves, Bragança e Mirandela, centradas nas cidades com os mesmos nomes²⁷. Na região Centro, a única NUTSIII com mais de 4.000 km², a Beira Interior Norte, só tem um potencial pólo de atracção (Guarda) pelo que não é possível a sua divisão em duas RRAS. Na região do Alentejo foram criadas 9 RRAS, em torno dos pólos de Évora, Beja, Portalegre, Elvas, Sines, Montemor-o-Novo, Ponte de Sôr, Moura e Odemira. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, a NUTS III de Lezíria do Tejo

²⁵ Para criar a RRAS de Évora, começamos por agregar ao concelho de Évora, os concelhos de Viana do Alentejo e Portel, que somam uma área de 2.300 km², suficiente para considerar criada esta RRAS.

²⁶ Na NUTSII Alentejo, os pólos analisados foram, por ordem decrescente da população, Évora, Beja, Portalegre, Elvas (Estremoz) e Sines (Grândola), que serviram de pólos de atracção para as respectivas RRAS (em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Os pólos seguintes, Montemor-o-Novo (Vendas Novas), Ponte de Sôr e Moura (Serpa), permitiram a criação de RRAS (mais uma vez, em alguns casos por integração dos pólos vizinhos indicados entre parêntesis). Os pólos de Alcácer do Sal e Reguengos de Monsaraz não agregam concelhos com dimensão suficiente para atingir os 2.000 km². A última RRAS foi criada em torno do pólo de Odemira, uma vez que Aljustrel só agrega o concelho de Castro Verde (perfazendo apenas 1.028 km²).

²⁷ Os pólos de Lamego e Peso da Régua foram agregados à RRAS de Vila Real.

deu origem às RRAS de Santarém e Coruche. Na região do Algarve foram criadas duas RRAS, em torno dos dois pólos com mais habitantes, Faro e Portimão.

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



Tabela A1 – RRAS e seus concelhos

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

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

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

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

RRAS	População	Área (Km2)	Densidade Populacional
Aveiro	396.704	1.802	220
Beja	89.692	5.647	16
Braga	407.558	1.246	327
Bragança	57.284	2.837	20
Caldas da Rainha	356.296	2.220	160
Castelo Branco	75.282	3.748	20
Chaves	81.321	2.267	36
Coimbra	335.532	2.063	163
Coruche	67.941	1.881	36
Covilhã	92.160	1.375	67
Elvas	68.376	2.275	30
Entroncamento	230.980	2.306	100
Évora	86.675	3.135	28
Faro	229.374	2.794	82
Felgueiras	559.406	2.620	214
Guarda	112.114	4.063	28
Guimarães	521.749	1.221	427
Leiria	263.848	1.744	151
Lisboa	2.012.925	1.376	1.463
Lousã	137.840	2.617	53
Mirandela	95.338	4.159	23
Montemor-o-Novo	43.391	2.583	17
Moura	37.502	2.511	15
Odemira	31.419	2.384	13
Ponte de Sôr	39.298	2.630	15
Portalegre	50.292	2.576	20
Portimão	187.473	2.202	85
Porto	1.276.575	814	1.567
Santarém	179.861	2.394	75
São João da Madeira	285.464	862	331
Seia	48.548	868	56
Sertã	42.125	1.905	22
Setúbal	766.172	1.559	491
Sines	71.524	3.535	20
Viana do Castelo	252.272	2.218	114
Vila Real	200.824	3.016	67
Viseu	291.019	3.489	83

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



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

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