

# Saúde



**Actas do Colóquio Internacional  
*Saúde e Discriminação Social***

Instituto de Ciências Sociais  
UNIVERSIDADE DO MINHO  
BIRAGA • 2012

MARIA ENGRÁCIA LEANDRO  
MARIA MARTA LOBO DE ARAÚJO  
MANUEL DA SILVA E COSTA  
(ORGANIZADORES)

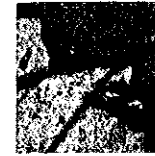
# Saúde



## As teias da discriminação social

Actas do Colóquio Internacional  
*Saúde e Discriminação Social*

Instituto de Ciências Sociais  
UNIVERSIDADE DO MINHO  
BRAGA • 2002



## **EQUIDADE NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE - RESULTADOS DE DOIS INQUÉRITOS REALIZADOS À POPULAÇÃO**

**PAULA CRISTINA A. REMOALDO**

Professora de Geografia da Secção de Geografia da Universidade do Minho

**MARIA ELISABETE S. COSTA**

Recém-licenciada em Geografia e Planeamento

### **RESUMO**

O presente artigo analisa a temática da acessibilidade, sobressaindo os resultados inerentes a dois inquéritos à população de dois concelhos representativos do distrito de Braga (Guimarães e Cabeceiras de Basto) e inserindo-se num 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 nos 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 elementos circunscritos às vertentes física, estrutural e funcional da acessibilidade, assim como alguns aspectos relacionados com a satisfação com os Cuidados de Saúde Primários.

**Palavras-chave:** cuidados de saúde, satisfação, acessibilidade físico-geográfica, acessibilidade estrutural, acessibilidade funcional.

### **RÉSUMÉ**

Cet article analyse le thème de l'accessibilité aux soins de santé en ce qui concerne les résultats de deux enquêtes par interview faites à la population de deux municipes représentatifs du district de Braga (Guimarães et Cabeceiras de Basto). Cette étude fait partie d'un projet d'investigation réalisé dans l'Université du Minho (Portugal) et réalisé en conjoint avec la Région de Santé de Braga, pendant la période d'avril de 1999 jusqu'en octobre de 2001. Les objectifs principaux du projet étaient de déterminer le numéro d'unités de santés privées et

publiques qui existent dans les municipes de Guimarães et de Cabeceiras de Basto et déterminer le degré d'accessibilité aux soins de santé privés et publiques de la population qui réside dans ces deux municipes. Dans cet article nous allons analyser quelques aspects de l'accessibilité physique et structurelle et aussi la satisfaction de la population avec les soins de santé primaires.

**Mots clés:** soins de santé, satisfaction, accessibilité physique, accessibilité structurelle.

#### ABSTRACT

This article analyses the accessibility to the healthcare services, centralising on the results of two surveys done to population from two representative municipalities of Braga district (Guimarães and Cabeceiras de Basto) being part of a project done in the Minho University with the participation of the Braga Healthcare Region between April 1999 to October 2001. The main objectives of this project were to diagnostic the private and public healthcare unites in the municipalities of Guimarães and Cabeceiras de Basto and determinate the degree of accessibility of population living in these municipalities to the private and public healthcare unities. In this article we will study some aspects concerning the physical, functional and structural accessibility, as well as the satisfaction of population to the healthcare services.

**Key words:** healthcare services, satisfaction, physical accessibility, functional accessibility, structural accessibility.

## INTRODUÇÃO

*A acessibilidade aos cuidados de saúde pode ser definida como sendo a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis.*

S. J. BALEIRAS e V. RAMOS (1992)

Quando se pretende avaliar a oferta de cuidados de saúde existentes num território qualquer, a acessibilidade é um dos parâmetros a medir, reflectindo aspectos económicos, sociais e espaciais. Trata-se de um conceito complexo, dado encerrar diversas vertentes e apresentar um carácter multidimensional.

A palavra acessibilidade tem sido associada a um homem velho, cansado, com um cajado na mão, desanimado e a olhar para o chão à procura da acessibilidade, que poderá ser antecedido por um período a que poderíamos apelidar de «enamoramento», em que o homem esteve à procura, desesperadamente e com a ajuda de uma lupa, da acessibilidade aos cuidados de saúde, sem nunca a ter encontrado!...

A fase de descrédito, de cansaço é, presumivelmente, a fase em que muitos dos portugueses se encontram actualmente!... Mas, apesar deste desalento, importa lembrar que o fenómeno da acessibilidade não foi até ao momento estudado de uma forma exaustiva e os trabalhos que foram realizados em Portugal têm-se preocupado com aspectos muito parcelares da acessibilidade, efectuados maioritariamente por médicos e enfermeiros e relacionados com os Cuidados de Saúde Primários.

Deste modo, resolvemos, em parceria com a Sub-Região de Saúde de Braga, desenvolver, na Secção de Geografia da Universidade do Minho, um projecto de investigação durante dois anos e meio<sup>1</sup> e relacionado com a acessibilidade aos cuidados de saúde no distrito de Braga.

O presente artigo patenteia alguns dos resultados de dois inquéritos, realizados no âmbito do mencionado projecto, em dois concelhos representativos em termos sócio-económicos do distrito de Braga, Guimarães e Cabeceiras de Basto, cingindo-se a várias vertentes da acessibilidade aos cuidados de saúde, nomeadamente, a acessibilidade física, funcional e estrutural, bem como alguns aspectos relacionados com a satisfação com os cuidados de saúde.

Ambos os inquéritos foram realizados por entrevista directiva ou standardizada, um às unidades de saúde privadas e públicas e o outro à população utilizadora das unidades de saúde públicas dos dois concelhos. A amostra seleccionada traduziu-se num volume de 426 inquiridos (377 em Guimarães e 49 em Cabeceiras de Basto). Este volume é representativo do universo que pretendíamos estudar, contendo um erro-tipo muito reduzido em termos estatísticos ( $\pm 0,0047$ ), para uma margem de confiança a 95,5%.

## 1. ACESSIBILIDADE FÍSICA AOS CUIDADOS DE SAÚDE NOS DOIS CONCELHOS

### 1.1. Aspectos a considerar na acessibilidade física

A primeira questão que levantámos quando iniciámos o projecto, prendeu-se com a tentativa de definição objectiva da palavra «acessibilidade», tendo deparado com definições, a maior parte das vezes, pouco operacionais. A definição objectiva e operacional da palavra «acessibilidade», tem-se afigurado como uma tarefa árdua, havendo, até ao momento, poucos autores que o tenham conseguido.

<sup>1</sup> Projecto de Investigação Colectivo GEOG/99/PC.1, intitulado *Acessibilidade aos cuidados de saúde do distrito de Braga*, desenvolvido entre Abril de 1999 e Outubro de 2001, e financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia através do Centro de Ciências Históricas e Sociais da Universidade do Minho (C.C.H.S.).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, datada de 1978, todos deveriam possuir iguais oportunidades de acesso e utilização dos cuidados de saúde, independentemente do seu sexo, idade, profissão e estrato social. Neste sentido, assumiu-se como prioritário delinear uma plataforma igualitária na distribuição dos Cuidados de Saúde Primários.

A Organização Mundial de Saúde aconselha que a acessibilidade aos cuidados de saúde deve ser medida em termos físicos (distância, tempo de percurso), económicos (custo da viagem, preço dos serviços) ou sócio-culturais (diferenças de casta, barreiras linguísticas). Aquela organização refere que a acessibilidade física aos serviços é prioritária e que cada país deve decidir o que implica o conceito de «acessível». Aliás, desde meados da década de oitenta, com a definição da Estratégia da Saúde para Todos até ao ano 2000, a melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde passou a constituir uma das 28 metas definidas (Meta n.º 27) por aquela Estratégia e no âmbito da Região Europeia.

Tendo como base de trabalho a definição da O.M.S. e de outros autores (e.g., DIAS, A.C., 1988; BALEIRAS, S.J.; RAMOS, V., 1992), optámos por definir a acessibilidade centrando a nossa atenção nos factores que a condicionam<sup>2</sup>:

- físicos;
- estruturais e funcionais;
- económicos;
- culturais.

A complexidade da temática em análise permite-nos, neste limitado espaço de reflexão, reportarmo-nos, simplesmente, a algumas vertentes da acessibilidade, começando pela acessibilidade física aos cuidados de saúde.

Neste tipo de acessibilidade temos que necessariamente contemplar a distância a percorrer ou o tempo gasto no percurso, bem como a disponibilidade de transportes. Neste sentido é primordial que os Centros de Saúde estejam bem servidos de transportes públicos com horários adequados e ajustados ao funcionamento dos mesmos.

Todavia, não podemos descurar 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, uma boa

<sup>2</sup> Consultar o item 1 do artigo REMOALDO, P. C. A., *Acessibilidade física, funcional e económica aos cuidados de saúde*, in «Actas do IV Congresso da Geografia Portuguesa», Lisboa, Associação Portuguesa de Geógrafos (no prelo), para um maior aprofundamento do conceito de acessibilidade.

Os itens 1.1., 1.2., 1.3. e parte do 1.4. do presente artigo foram já abordados no artigo atrás referenciado.

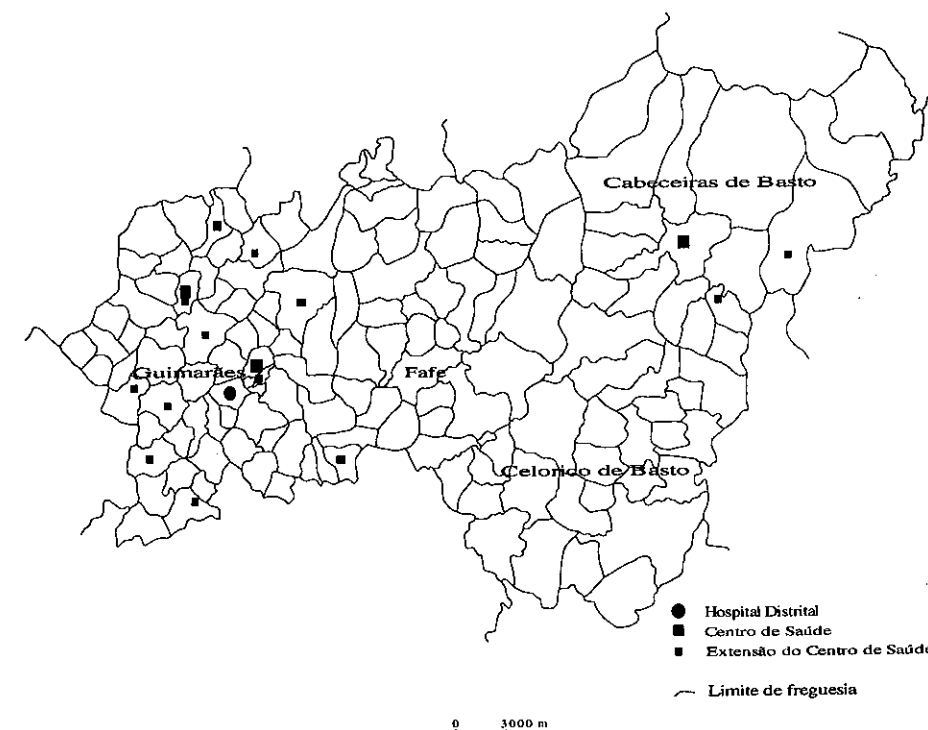
acessibilidade física às unidades de saúde passa também pela existência de um parque de estacionamento de automóveis para os utentes e para os profissionais de saúde que aí trabalham.

## 1.2. Localização dos serviços de saúde públicos

A Figura 1 mostra-nos a localização dos serviços de saúde públicos existentes nos dois concelhos estudados, sendo evidente uma dicotomia entre os dois concelhos, havendo 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 em Cabeceiras de Basto existem simplesmente 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 acentuado envelhecimento popula-

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.

cional 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, 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 Baúlhe.

### 1.3. Metodologia adoptada

No seio da comunidade geográfica portuguesa foram definidas, até ao momento, duas metodologias para medir a acessibilidade aos cuidados de saúde. A primeira, equacionada por RODRIGUES, A. P. S. (1993), aquando da realização do estudo sobre a acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários nos concelhos de Coimbra e de Góis e a segunda por REMOALDO, P. C. A. (1998), na tentativa de aferição do grau de acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários e diferenciados nos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e de Celorico de Basto. Apesar das metodologias avançadas pelas duas geógrafas não serem idênticas, têm como base de trabalho as directrizes subjacentes ao planeamento de equipamentos de saúde que estão equacionadas desde, pelo menos, os anos oitenta do século XX<sup>3</sup>.

Na metodologia que adoptámos para medir a acessibilidade física aos cuidados de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto, tivemos em consideração essas directrizes, e optámos por considerar duas variáveis: o tempo despendido para aceder aos serviços de saúde e a frequência diária dos transportes colectivos públicos rodoviários e ferroviários.

Definimos tipologias específicas consoante se trata de uma unidade de cuidados de saúde primários (Centros de Saúde e Extensões) ou de uma unidade de cuidados de saúde diferenciados (Hospital), visto o Ministério da Saúde distinguir estes dois tipos de cuidados de saúde no que concerne ao tempo de percurso despendido em transporte público para aceder a eles. Enquanto a acessibilidade física aos Centros de Saúde e Extensões de Saúde deve ser garantida através de um tempo de percurso em transporte público de aproximadamente trinta minutos, este deve ser de aproximadamente uma hora para os Hospitais Distritais.

<sup>3</sup> CARREIRA, Helena Pontes, *et al.* (1983), *Normas para a programação funcional de Centros de Saúde*, D.E.P.S., Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1989), *Normas para o planeamento de equipamentos de saúde*, Lisboa.

Com base nestas directrizes, analisámos a frequência e o tempo de percurso em transportes públicos de cada sede de freguesia aos Centros de Saúde e Extensões de Saúde respectivas. A partir destes factores considerámos a seguinte tipologia:

- 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:

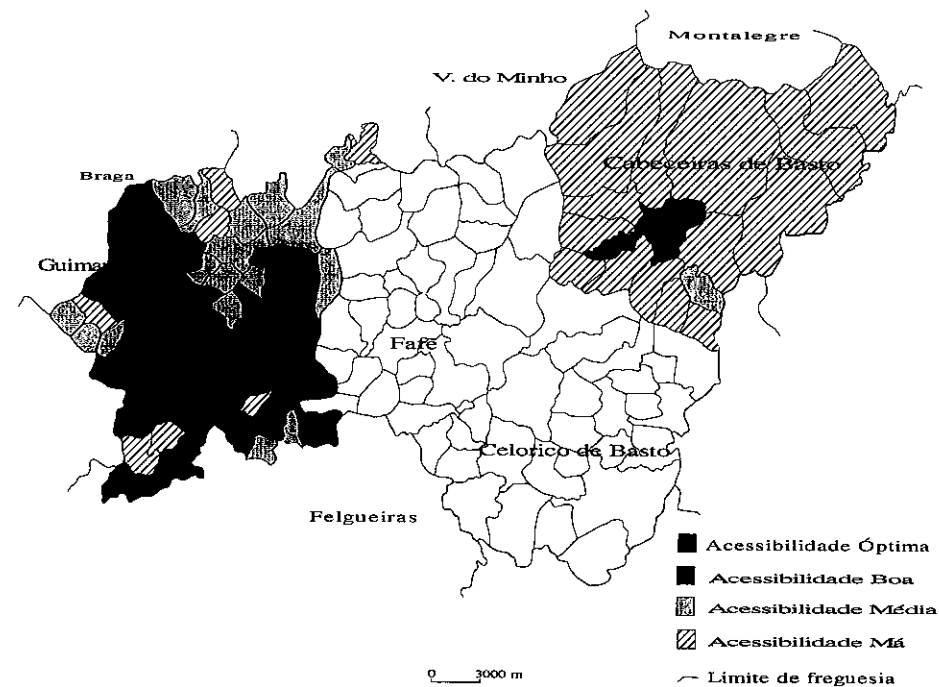
- 1) acessibilidade óptima: FTP igual ou superior a 200 carreiras e T até trinta minutos;
- 2) acessibilidade boa: FTP entre 199 e 100 carreiras e T entre trinta e um e quarenta e cinco minutos;
- 3) acessibilidade média: FTP entre 99 e 50 carreiras e T entre quarenta e seis e sessenta minutos;
- 4) acessibilidade má: FTP inferior a 50 carreiras e T superior a sessenta minutos.

### 1.4. A importância da má acessibilidade

O resultado da aplicação desta metodologia está espelhado nas Figuras 2 e 3, onde sobressai a má acessibilidade geográfica da quase totalidade das freguesias que constituem o concelho de Cabeceiras de Basto, especialmente ao Hospital da Nossa Senhora da Oliveira, cifrando-se em 88,2% das freguesias que evidenciam uma má acessibilidade e assistindo-se nas freguesias de Gondiaães e de Vilar de Cunhas a tempos de percurso superiores às duas horas.

Concomitantemente, destacam-se as freguesias de Refojos de Basto e de Arco de Baúlhe, por apresentarem, respectivamente, uma acessibilidade boa e média, constituindo, 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.

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



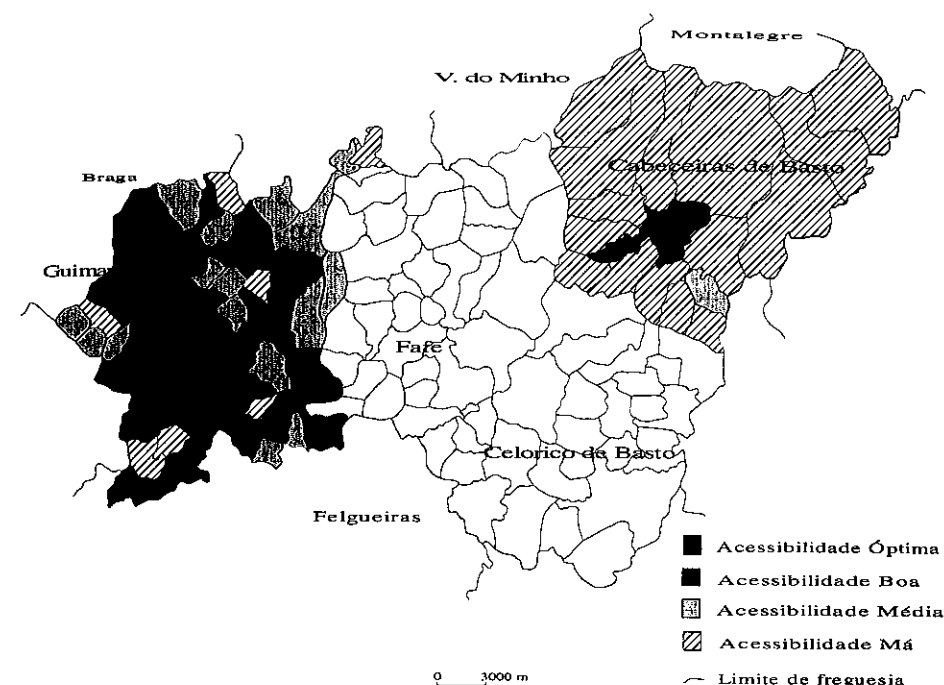
FONTE: Levantamento dos horários dos transportes públicos por nós efectuado em 2001.

No concelho de Guimarães o cenário é diferente, já que a maior parte das 68 freguesias que o compõem desde 1998, revelam uma melhor acessibilidade aos dois tipos de serviços, apresentando 24 das freguesias uma acessibilidade que pode ser considerada ótima. Algumas das freguesias que estão neste grupo são Azurém, Creixomil, Fermentões, Oliveira do Castelo, S. Paio de Guimarães, S. Sebastião e Urgeses, cujo tempo de percurso é inferior aos cinco minutos e cuja frequência dos transportes está acima das 200 carreiras semanais.

No extremo desta situação encontram-se as freguesias maioritariamente periféricas do concelho, nomeadamente, Castelões, Donim, Gandarela, Guardizela, Oleiros, Pinheiro e Santo Estevão de Briteiros.

No que diz respeito à acessibilidade aos Centros e Extensões de Saúde, 88,2% e 10,3% das freguesias, respectivamente do concelho de Cabeceiras de Basto e de Guimarães, apresentam uma má acessibilidade, decorrente, na maior parte dos casos, da baixa frequência de transportes públicos, atin-

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.

gindo menos de vinte carreiras semanais nalgumas freguesias de Cabeceiras de Basto.

Importa frisar que a rede ferroviária é deficitária na área objecto de estudo, servindo unicamente o concelho de Guimarães. Os domingos e os feriados, seguidos do sábado, são, indiscutivelmente, os dias mais deficitários em termos de transportes colectivos, constituindo um *handicap*, por exemplo, para as grávidas e para 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.

### 1.5. Outras componentes da acessibilidade física

Na nossa perspectiva, a análise efectuada no item anterior é manifestamente insuficiente se quisermos avaliar de uma forma completa a acessibilidade física aos cuidados de saúde. Deste modo, sentimos necessidade de utilizar outras variáveis recolhidas através de um inquérito realizado às

unidades de saúde públicas e privadas existentes nos dois concelhos objecto de estudo.

Considerámos, assim, 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.

Podemos afirmar, *in primis*, que todas as unidades de cuidados de saúde públicas possuem paragens até 200 metros de distância e a maioria dispõe de estacionamento privativo para os profissionais de saúde que nelas trabalham e para a entrada de ambulâncias. No entanto, no que diz respeito a estacionamento para viaturas de utentes, existe uma oferta diminuta em todo o território objecto de estudo.

As Extensões de Saúde de Cavês e de Arco do Baúlhe (concelho de Cabeceiras de Basto) apresentam uma total ausência de locais para estacionamento, não obstante, a Extensão de Arco do Baúlhe ser de construção recente. Pelo contrário, o novo Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto possui um parque de estacionamento de boas dimensões, satisfazendo as necessidades da população e dos profissionais de saúde que aí trabalham.

No que concerne às unidades privadas de saúde, que de acordo como a inventariação realizada se cifram em 313 em Guimarães e em 11 em Cabeceiras de Basto, 14% possuem paragens de transportes públicos localizadas a menos de 100 metros de distância, enquanto 54% estão situadas entre 100 e 499 metros, 18% situam-se a distâncias entre 500 e 999 metros e 14% a 1000 e mais metros.

Na nossa perspectiva, as distâncias inferiores a 500 metros garantem uma acessibilidade média, já que corresponde a um tempo médio de percurso pedonal inferior a 8 minutos. As distâncias superiores a 500 metros já oferecem alguma dificuldade aos doentes que possuam alguma fragilidade ou deficiência física, a crianças e às pessoas idosas.

Para completar a acessibilidade física, podemos ainda considerar a existência de parques de estacionamento junto das unidades de saúde, 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. Apesar da maioria das unidades de saúde não possuírem parques de estacionamento privativos, cerca de 20% destas possuem-nos e apenas para os profissionais de saúde.

## 2. ALGUNS ASPECTOS DA ACESSIBILIDADE ESTRUTURAL E FUNCIONAL

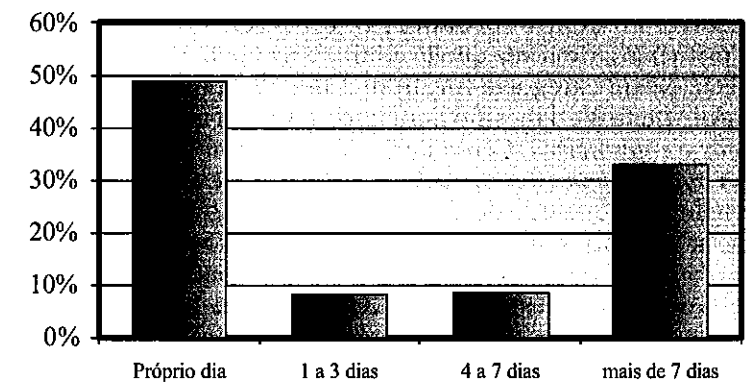
### 2.1. Tempo de obtenção de consulta de rotina ou de consulta urgente

No sentido de avaliarmos de uma forma mais completa a acessibilidade aos cuidados de saúde, considerámos alguns factores estruturais e funcionais que, directa ou indirectamente, exercem influência no grau de acessibilidade que é oferecido à população.

Segundo BALEIRAS, J. S.; RAMOS, V. (1992) estes factores incluem aspectos arquitectónicos, horários de funcionamento e de consultas e barreiras burocráticas. Seleccionámos as seguintes variáveis, por reconhecermos que se associavam significativamente com a utilização ou não utilização dos serviços de saúde: tempos de obtenção, espera e duração de consultas.

A obtenção de uma consulta de rotina no próprio dia foi referida por quase metade (48,8%) dos 426 inquiridos (Figura 4). No entanto, uma percentagem significativa (32,9%) aguarda, normalmente, mais de sete dias. No seio destes últimos, aproximadamente 26,0%, aguarda quinze dias para obter uma consulta de rotina e 43,6% tem que esperar trinta dias.

FIGURA 4 - Tempo de obtenção de uma consulta de rotina pela população inquirida que utiliza os Centros e Extensões de Saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto em 2000



FONTE: Inquéritos realizados nas unidades de saúde em 2000.



Estes resultados demonstram que existe uma razoável acessibilidade na obtenção de uma consulta de rotina. Todavia, a percentagem de inquiridos que afirmou obter consulta no próprio dia é inferior no concelho de Cabeceiras de Basto (26,5%) quando cotejado com o concelho de Guimarães (51,7%), como resultado, provavelmente, do diferente grau de oferta de cuidados e do sistema de marcação de consultas adoptado.

O cenário altera-se quando se trata de uma consulta de carácter urgente, tendo sido diagnosticada uma má acessibilidade. Apesar da esmagadora maioria dos inquiridos (89,8%) ter afirmado obter consulta no próprio dia (ainda que sujeitos a um longo período de tempo de espera para aceder à consulta), não podemos descurar os cerca de 10% de casos em que tal não foi possível. Importa não olvidar que neste tipo de consulta, os utentes são obrigados a recorrer primeiro ao serviço de urgências da unidade de saúde e só depois, consoante a gravidade da doença, são canalizados para o Hospital.

Paralelamente, optámos por averiguar quais são os serviços de saúde que os utentes da nossa amostra costumam utilizar em caso de consulta urgente. A nossa análise revelou dois *scores* muito semelhantes, sendo que 40,5% dos inquiridos, quando necessitam de uma consulta urgente, afirmaram dirigir-se ao Hospital e 40,2% dirigem-se ao Centro de Saúde da sua área de residência.

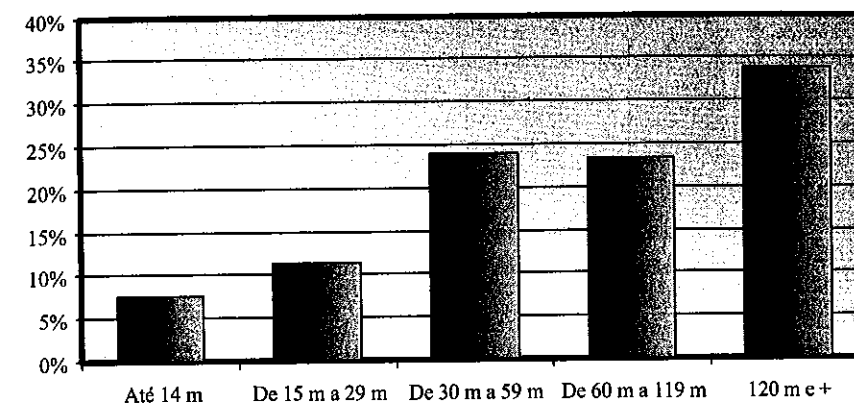
Numa análise por concelho, deduzimos que uma parcela razoável dos utentes dos Centros/Extensões de Saúde de Guimarães referiu recorrer ao respectivo Centro de Saúde (40,2% versus 36,7% que se dirige ao Hospital). Em Cabeceiras de Basto encontramos um cenário diferente, ou seja, a maioria dos utentes (69,4%) utilizam o Hospital para obter uma consulta urgente, facto que resultará da dificuldade que detectámos em a população conseguir uma consulta deste tipo no próprio dia e no Centro de Saúde.

Quando questionados acerca dos motivos que nortearam a sua escolha em termos de local para concretização de uma consulta urgente, foram apontadas diversas razões: aproximadamente 18,5% respondeu ser obrigado a recorrer ao Centro de Saúde, 14,6% referiu preferir a unidade de cuidados primários, uma vez que já conhece os médicos e o funcionamento dos serviços. Nesta categoria foram incluídas respostas como *estou mais habituado(o)*. Dentro do mesmo contexto, 4,8% afirmou *ter mais confiança nos médicos e enfermeiros*. Cerca de 22,3% mencionou optar pelo Hospital alegando *a maior rapidez de obtenção de consulta e de atendimento*, enquanto 11,3% dirigem-se à unidade de cuidados de saúde diferenciados, pois consideram que *á existe uma maior facilidade de obtenção da consulta e melhores meios para o atendimento e diagnóstico*. Conclui-se, então, que além do tempo de obtenção da consulta existem outros factores que influenciam os utentes na procura e na utilização dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente, a relação que o utente mantém com os profissionais de saúde e a não existência ou a débil existência de meios de apoio ao diagnóstico.

## 2.2. Tempo de espera e compatibilidade de horários

O tempo de espera no dia da consulta é uma variável que pode ajudar a avaliar a eficácia dos serviços de saúde. Um dispêndio elevado de tempo pode desmotivar os utilizadores dos serviços de saúde. Através da Figura 5 podemos observar que cerca de 34% da população aguardou, pelo menos, 120 minutos para ser atendida no dia da consulta e, perto de 25%, respondeu esperar entre 30 a 59 minutos. Apenas 7,5% da população inquirida esperou menos de 15 minutos pela consulta.

FIGURA 5 - Tempo de espera do inquirido para ser consultado nos Centros e Extensões de Saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto em 2000



FONTE: Inquéritos realizados nas unidades de saúde em 2000.

Entendemos que se tratam de tempos de espera muito elevados, que estão certamente relacionados com o sistema de marcação de consulta. Como a marcação das «vagas» é efectuada com o critério de o primeiro a chegar ser o primeiro a ser atendido, os utentes sentem necessidade de chegar o mais cedo possível ao local da consulta. Esta situação resulta num alongar do tempo de espera e realça a ineficácia administrativa e organizacional de alguns Centros de Saúde.

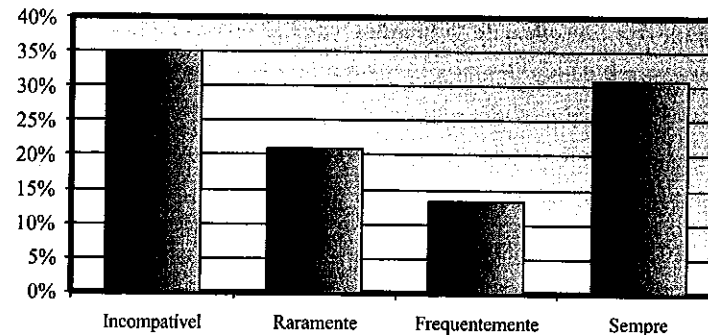
Por outro lado, relativamente ao tempo que a consulta demorou, 48,2% dos inquiridos referiu que a sua consulta demorou menos de 10 minutos e 44,0% referiu uma duração compreendida entre os 10 a 19 minutos. Na nossa perspectiva tratam-se de durações baixas de consulta, dificultando, entre outros aspectos, a possibilidade de estabelecimento de uma relação empática entre o médico e o paciente.

Analisámos outra variável, ou seja, a compatibilidade de horários que está dependente de factores sócio-demográficos, tais como, a situação

profissional. Trata-se de uma variável importante para medir a disponibilidade dos grupos populacionais em recorrer aos serviços de saúde e para avaliar se os horários de consulta estabelecidos em cada unidade de saúde são acessíveis para os seus utilizadores.

Depreendemos que cerca de 35% dos inquiridos referiu total incompatibilidade de horário com os horários de consulta vigentes nas respectivas unidades de saúde (Figura 6).

FIGURA 6 – Opinião do inquirido sobre a compatibilidade de horários nos Centros e Extensões de Saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto em 2000



FONTE: Inquéritos realizados nas unidades de saúde em 2000.

Não obstante, aproximadamente 31% responderam possuir uma compatibilidade de horário que lhes permite recorrer aos serviços que o estabelecimento de saúde oferece sempre que o desejam ou necessitam. Esta significativa percentagem de população resulta, em parte, do razoável quantitativo de mulheres que integrou a nossa amostra que eram domésticas (11,0%) ou estavam desempregadas (9,4%).

### 3. SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE

A satisfação com os serviços de saúde é um parâmetro importante a medir, porque pode influenciar o acesso aos cuidados de saúde, condicionando a sua utilização. É, no entanto, uma vertente delicada e de difícil avaliação. Somos de opinião que a sua avaliação era merecedora de um estudo mais exaustivo e exclusivamente a ela dedicado, no entanto, decidimos abordá-la, ainda que, de uma forma incipiente.

Nos últimos dezoito anos a satisfação com o consumo de serviços foi ganhando, à escala internacional, o reconhecimento de uma medida da qualidade nos vários sectores dos serviços públicos sendo a saúde um dos mais focalizados. No início do século XXI a satisfação do utente adquiriu já

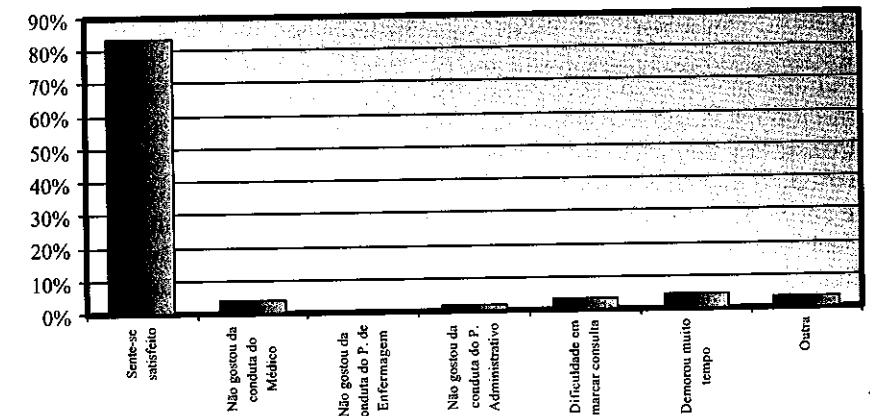
o estatuto de uma importante medida dos *outputs* dos serviços de saúde, constituindo um importante instrumento na investigação, administração e planeamento.

Na investigação que realizámos, optámos por contemplar cinco questões relacionadas directa ou indirectamente com a satisfação com os cuidados de saúde. Das investigações realizadas até ao momento à escala internacional tem ressaltado um invariável elevado nível de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde (e.g., WEISS, G., 1988; ZASTOWNY, T. R., *et al.*, 1989; MACKEIGAN, L.; LARSON, L., 1989; RODRIGUES, A. P. S., 1993; WILLIAMS, B., 1994; MICKINLEY, R. K., *et al.*, 1997; REMOALDO, P. C., 1998). Isto deriva do facto da maioria dos utilizadores de cuidados de saúde serem muito pouco críticos permitindo que os cuidados atinjam uma muito baixa qualidade até exprimirem insatisfação.

Em 1994 WILLIAMS, B., recordou o trabalho de LEBOW, J. L., que sobresaiu, após a análise de cinquenta inquéritos realizados à escala internacional por cinquenta investigadores diferentes e no âmbito da satisfação com os cuidados de saúde, uma média de 77,5% de utentes satisfeitos. Em Portugal são poucos os estudos que se debruçam sobre esta problemática, mas de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde realizado em Portugal desde os anos oitenta do século XX (consultar, por exemplo, o de 1987 e o de 1995/96), o nível de satisfação da população tem-se revelado mais baixo do que os estudos europeus e norte-americanos concretizados até ao momento.

A Figura 7 patenteia os resultados relativos à opinião dos inquiridos em relação à consulta que tinham acabado de efectuar, tendo sido formulada a seguinte questão: *Que opinião tem em relação à consulta de hoje?*

FIGURA 7 – Opinião do inquirido em relação à consulta que efectuou nos Centros e Extensões de Saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto em 2000

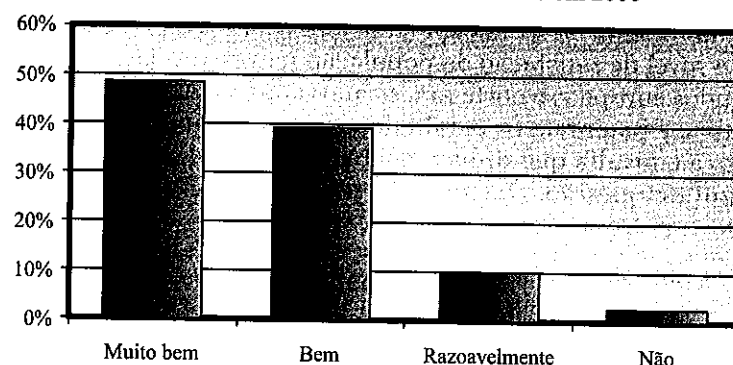


FONTE: Inquéritos realizados nas unidades de saúde em 2000.

Verificámos que a grande maioria da população (83,1%) revelou estar satisfeita, 4,5% dos inquiridos referiu não ter gostado da conduta do médico revelando que o médico não despendeu na consulta o tempo necessário para um diagnóstico completo e 3,5% da população referiu ter tido dificuldade em marcar a consulta. Na categoria outra opinião (3,3%) alguns inquiridos reclamaram dos sucessivos atrasos dos médicos e do seu profissionalismo, argumentando que não demonstravam o devido interesse e preocupação com os pacientes.

No sentido de complementarmos a avaliação das determinantes da satisfação com os cuidados de saúde, optámos por considerar outras questões que se centram na relação e na comunicação que o médico e o utente estabelecem entre si. Neste sentido, foi colocada aos inquiridos a seguinte questão (Figura 8): *Relativamente à consulta que realizou hoje, entendeu tudo o que o médico lhe disse?*

FIGURA 8 - Opinião do inquirido em relação ao que o médico lhe transmitiu na consulta realizada nos Centros e Extensões de Saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto em 2000

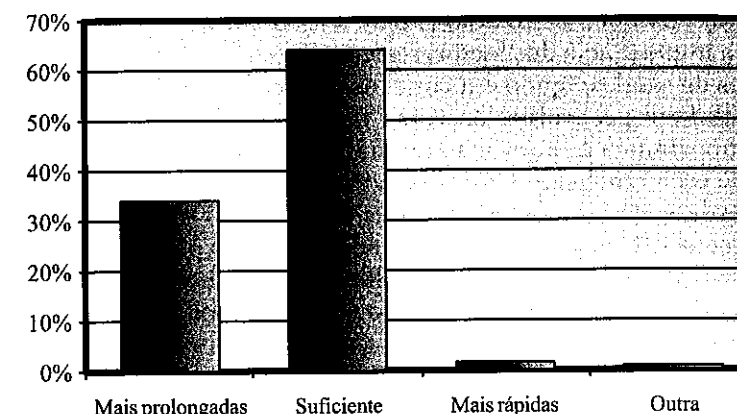


FONTE: Inquéritos realizados nas unidades de saúde em 2000.

Constatámos que dos inquiridos que responderam ter entendido tudo o que o médico lhes disse, aproximadamente 47% referiu ter entendido muito bem e cerca de 40% respondeu ter entendido bem. No entanto, não podemos desprezar os inquiridos que não entenderam as explicações do médico, justificando-se que o médico empregou vários termos técnicos cujo significado desconheciam (21,4%), ou que o médico foi pouco explícito (21,4%) ou ainda que não os esclareceu devidamente sobre os efeitos dos medicamentos receitados (21,4%). Não sabemos até que ponto os cerca de 10% que responderam que «entenderam razoavelmente» estarão mais próximos do «não entendeu» ou do «entendeu bem»!...

Atendemos, por fim, à questão relacionada com a opinião dos inquiridos relativamente à duração média das consultas (Figura 9). No presente estudo já foi mencionado o tempo médio de demora da consulta, sendo em quase metade dos casos inferior a 10 minutos. Verificámos que a maioria da população inquirida (64,0%) considerou suficiente o tempo de duração das

FIGURA 9 - Opinião do inquirido em relação à duração da consulta realizada nos Centros e Extensões de Saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto em 2000



FONTE: Inquéritos realizados nas unidades de saúde em 2000.

consultas. No entanto, 33,7% dos inquiridos referiu que as consultas deveriam ser mais prolongadas, coadunando-se com alguns dos motivos de insatisfação apontados pelos inquiridos, nomeadamente, quando disseram que o médico deveria interessar-se mais pelos pacientes e despende mais tempo com os mesmos. A resposta que apontava para uma necessidade de as consultas serem mais rápidas, relaciona-se, em nosso entender, com um deficiente entendimento da questão por parte do inquirido, reportando-se este ao longo período de espera que antecedeu a consulta e não à duração propriamente dita da consulta.

Esta questão vem comprovar que a satisfação com os cuidados de saúde deve ser avaliada de forma mais aprofundada e que não pode resumir-se nunca a uma única questão. De facto, se nos tivéssemos cingido à questão *Que opinião tem em relação à consulta de hoje?*, não teríamos diagnosticado que afinal se cifra, pelo menos, em 33,7% os inquiridos que não se encontravam satisfeitos com a consulta realizada em vez dos 16,9% diagnosticados aquando da formulação daquela questão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira ilação a retirar do estudo realizado prende-se com o facto da acessibilidade física aos cuidados de saúde ser má em Cabeceiras de Basto, enquanto em Guimarães o cenário pode ser considerado satisfatório. Neste sentido, o atenuar das desigualdades territoriais que se pretendia com a Estratégia da Saúde para Todos, e de que Portugal foi um dos subscritores, está muito longe de ter alcançado resultados positivos no distrito de Braga. Na nossa opinião, o mais provável é que o cenário encontrado em Cabeceiras de Basto seja idêntico nos restantes concelhos de cariz mais rural do distrito de Braga, tais como, Celorico de Basto e Vieira do Minho.

Dada a importância dos factores geográficos na procura e na utilização dos serviços de saúde e tendo em conta as diferenças verificadas em termos de acessibilidade geográfica entre os dois concelhos, consideramos de extrema importância a renovação da malha viária, da rede de transportes públicos, de preferência com horários compatíveis entre os locais de menor acessibilidade e os serviços prestadores de cuidados de saúde. De acordo com as características geográficas (elevada dispersão populacional e pouca oferta de transportes públicos) do concelho de Cabeceiras de Basto, a criação de equipas móveis de apoio ao domicílio seria uma boa resposta às necessidades de saúde da população.

Por outro lado, somos de opinião de que a Direcção-Geral da Saúde deve apostar mais em dar formação aos profissionais da saúde no sentido de ajudá-los a melhorar a sua relação com o paciente. Será que a maior parte dos profissionais de saúde terá formação para ouvir o paciente? E os que têm boa vontade terão tempo para ouvi-lo e para explicar com um vocabulário simples e adequado?

A relação entre o médico e o paciente é uma das relações mais complexas, por se tratar de um fenómeno multidimensional e multifacetado. Torna-se cada vez mais necessário e urgente pôr em prática o que muitos autores advogam há já muitos anos, como seja, ensinar ao corpo médico a arte e a habilidade na sua conduta com os pacientes, incorporando estes elementos nos *curricula* dos Cursos de Medicina portugueses e alargando-os a Cursos de Pós-Graduação e a Seminários. Nos últimos anos, alguns destes Cursos sofreram uma reestruturação curricular que aponta para uma melhoria desta componente, mas, na nossa perspectiva, ainda não é suficiente. Também não podemos olvidar que uma grande sobrecarga de consultas favorece um comportamento sobretudo tecnicista dos elementos médicos, sendo mais difícil, mesmo para os mais bem intencionados, dosear a componente empática e técnica.

Em suma, a nossa investigação vem comprovar o que muitos autores advogam há vários anos, *id est*, que o modelo vigente do Serviço Nacional de Saúde português se encontra numa situação de ruptura e que após um

período de implementação de reformas e de consolidação dos equipamentos de saúde, é chegado o momento de se proceder às mudanças que poderão conduzir a uma acentuada melhoria da qualidade dos serviços (ANTUNES, M. J., 2001). *Temos um Sistema Nacional de Saúde de que ninguém gosta, mas que ninguém parece disposto a alterar ou a terminar* (ANTUNES, M. J., 2001, p. 20), sendo *fundamental fomentar a cultura do sentido de responsabilidade em cada um dos intervenientes* (*Idem*, p. 23). O presente estudo recorda que a cultura do sentido de responsabilidade deve ser inculcada quer aos profissionais de saúde quer aos próprios utentes, estes últimos, que com o seu excessivo consumismo, maioritariamente resultante da quase gratuitidade dos cuidados de saúde públicos portugueses, não têm contribuído para a eficiência do nosso Sistema Nacional de Saúde!...

## Referências bibliográficas

- ANTUNES, M. J. (2001), *A doença da saúde - Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*, 3.ª ed., Lisboa, Quetzal Editores.
- BALEIRAS, S.J. e RAMOS, V. (1992), *A gestão da prática clínica pelo médico de família*, «Revista Portuguesa de Clínica Geral», Lisboa, 9(4), Abr., pp. 116-124.
- DIAS, A. C. (1988), *Estudo de acessibilidade física, económica e cultural ao Centro de Saúde de Tomar*, «Cadernos da A.R.S. de Santarém», Santarém, 2(5), pp. 11-22.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (1998), *Centros de Saúde - Pessoal e movimento: 1996*, Lisboa.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (1999), *Hospitais Centrais e Especializados: 1997*, Lisboa.
- FINK, A. (1995), *How to ask questions*, The Survey Kit, vol. 2, California, Thousand Oaks, Sage Publications.
- GHIGLIONE, R. e MATALON, B. (1992), *O inquérito: teoria e prática*, Oeiras, Celta Editora.
- GLUCH, Maria e SACHS, Benjamin (2000), *Estimulando os cuidados primários*, «Orgyn», Almere-Haven, IX(3), pp. 22-26.
- LEADER, Arthur (2000), *Optimizando os sistemas de atendimento de saúde: questionando a qualidade*, «Orgyn», Almere-Haven, IX(3), pp. 18-21.
- MEDIPRENSA, EDITORIAL COMUNITÁRIA LDA. (1998), *Anuário Sanitário Portugal: 1998*, Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século - 1998-2002*, Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1989), *Normas para o planeamento de equipamentos de saúde*, Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1993), *Inquérito Nacional de Saúde - dados gerais - Região Norte: 1990/91*, Lisboa.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1997), *Inquérito Nacional de Saúde - 1995/96*, 7 vols., Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (1997), *A saúde dos portugueses: 1997*, Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGA (2000), *A saúde que temos*, Braga.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999), *Centros de Saúde de Terceira Geração*, Lisboa.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985), *As metas da Saúde para Todos: metas da estratégia regional europeia da Saúde para Todos*, Lisboa, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- REMOALDO, P. C. A. (1998), *A morbilidade e a mortalidade infantil em territórios amostra do distrito de Braga - desigualdades territoriais e sociais*, Dissertação de Doutoramento, Braga, 696 p. (policopiada).
- REMOALDO, P. C. A. (2002), *Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal*, Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- RODRIGUES, A. P. S. (1993), *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde - Ensaio metodológico em Geografia da Saúde*, Dissertação de Doutoramento, Coimbra, Comissão de Coordenação da Região Centro.
- TOMÉ, M. T. (1997), *Acessibilidade ao Centro de Saúde de Celas: Tempos de espera e comportamentos*, Coimbra, Sub-Região de Saúde de Coimbra.



## CORPOS VELADOS - UMA ABORDAGEM À MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

CATARINA FRADE MOREIRA

TÂNIA SOFIA CORREIA

Alunas Finalistas do Curso de Sociologia do ISTCE

### RESUMO

Este texto pretende contribuir para uma reflexão em torno da prática da Mutilação Genital Feminina (MGF), pouco conhecida entre nós, inserindo-a num contexto mais lato, ou seja, o modo como através desta prática, a cultura patriarcal se inscreve e impõe no corpo feminino. As operações genitais femininas (a MGF recobre várias realidades) devem ser equacionadas segundo duas perspectivas. Por um lado, contrariando um crescente corpo de directivas internacionais dos direitos humanos que enfatizam a não discriminação sexual; por outro, como uma prática em conformidade com os padrões de diferenciação sexual, enraizados em valores sociais e culturais que dão primazia ao sexo masculino.

**Palavras-chave:** corpo, cultura, incorporação, género, medicalização, poder, ritual, sociedade patriarcal, Mutilação Genital Feminina (MGF).

### RÉSUMÉ

Ce texte cherche à contribuer pour la réflexion sur la pratique de la Mutilation Genitale Féminine (MGF), pratique mal connue parmi nous, l'insérant dans un contexte plus vaste, c'est-à-dire, la manière dans cette pratique s'inscrit et s'impose dans la culture patriarcale sur le corps féminin. Les opérations génitales féminines (la MGF recouvrent plusieurs réalités) doivent être comprises selon deux perspectives. D'une part, elles vont contre les directives internationales des droits humains qui privilégient la non discrimination sexuelle; de l'autre, comme une pratique qui est en conformité avec les modèles de différenciation sexuelle, enracinés sur valeurs sociales et culturelles qui donnent la primauté au sexe masculin.

**Mots clefs:** Corps, culture, incorporation, genre, médicalisation, pouvoir, rituel, société patriarcale, Mutilation Genital Féminine (MGF).