

ACESSIBILIDADE FÍSICA, FUNCIONAL E ECONÓMICA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Paula Cristina A. Remoaldo
Universidade do Minho
Secção de Geografia
Campus de Azurém, 4810 Guimarães
Telefone: 253 – 510 128/125
Fax: 253 – 510 129
E-mail: p.remoaldo@eng.uminho.pt

Palavras-chave: cuidados de saúde, acessibilidade físico-geográfica, acessibilidade funcional, acessibilidade económica.

Introdução

Acessibilidade...é uma noção movediça...um destes termos comuns que todos usam, até se defrontarem com o problema de a definirem ou avaliarem.

Peter Gould

A acessibilidade aos cuidados de saúde constitui um conceito muito complexo e que encerra várias vertentes. Afigura-se, segundo Peter Gould, como uma noção algo movediça, comumente usada, ainda que pouco esclarecida.

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. Esta possibilidade deverá pautar-se pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade* (BALEIRAS, S. J.; RAMOS, V., 1992, p. 117).

A nossa vontade de investigar sobre a problemática da acessibilidade aos cuidados de saúde nasceu, essencialmente, da não existência até ao momento no âmbito da Geografia e da Saúde Pública, de um trabalho de investigação aprofundado sobre o grau de acessibilidade aos cuidados de saúde públicos e privados do distrito de Braga. O

presente artigo preocupa-se com o ensaio de definição do conceito de acessibilidade, bem como com alguns resultados (essencialmente a vertente físico-geográfica da acessibilidade) inerentes à primeira parte de um projecto de investigação desenvolvido na Universidade do Minho e em parceria com a Sub-Região de Saúde de Braga¹. O projecto encontra-se, à data de redacção, em fase de finalização e tem como objectivos principais realizar um levantamento exaustivo das unidades de saúde privadas e públicas existentes em dois concelhos do distrito de Braga (concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto) e aferir qual é o grau de acessibilidade da população residente nestes dois concelhos aos cuidados privados e públicos de saúde.

O mencionado projecto pressupõe um vasto trabalho de campo alicerçado na concretização de dois inquéritos por entrevista directiva ou standardizada à população utilizadora dos serviços de saúde, o primeiro realizado em todas as unidades de saúde públicas e privadas dos dois concelhos e o segundo direccionado unicamente para as unidades de saúde públicas dos mesmos.

Os inquéritos realizados e relacionados com a primeira parte do projecto, pretenderam avaliar a acessibilidade aos cuidados de saúde na vertente físico-geográfica (*e.g.*, a oferta de consultórios médicos e de médicos por especialidade, a concentração ou dispersão das unidades de saúde, o tempo de espera para marcação de uma consulta, a distância das paragens dos transportes públicos a cada unidade de saúde), na vertente estrutural e funcional (*e.g.*, a acessibilidade a pessoas com deficiências motoras, a existência de lugares/parques de estacionamento para os profissionais de saúde e utentes nas imediações das unidades de saúde, os horários de funcionamento dos consultórios e das clínicas) e na vertente económica (*e.g.*, o custo das consultas médicas). Outras variáveis que permitem avaliar de uma forma mais completa o grau de acessibilidade da população aos cuidados de saúde foram contempladas num segundo inquérito, cujos resultados serão oportunamente apresentados.

A escolha dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto prendeu-se com o facto de representarem duas áreas geograficamente contrastantes e representativas do distrito de Braga. O concelho de Cabeceiras de Basto apresenta-se como uma área de cariz rural, com um povoamento disperso, uma baixa densidade populacional, uma população envelhecida e uma oferta de unidades de saúde pouco diversificada e concentrada espacialmente, conjugada com uma fraca conectividade da rede viária. O concelho de Guimarães caracteriza-se por uma diversificada oferta de serviços de saúde, um bom acesso a transportes públicos e razoáveis infra-estruturas viárias. Esta caracterização não se aplica numa forma homogénea a todo o concelho, existindo áreas dominantes onde se concentram com maior ênfase as infra-estruturas citadas.

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

1-Ensaio de definição do conceito de acessibilidade

1.1-O carácter movediço do conceito

A palavra acessibilidade tem sido associada a um homem velho, cansado, com um cajado na mão, desanimado a olhar para o chão à procura da acessibilidade aos cuidados de saúde!... Mas, apesar do descrédito e do cansaço que existe actualmente na sociedade portuguesa, não podemos olvidar que o fenómeno da acessibilidade não foi até ao momento estudado de uma forma aprofundada!...

A acessibilidade aos cuidados de saúde constitui um conceito muito complexo, multidimensional, de certo modo até movediço, encerrando várias vertentes, que, quase nunca, são consideradas nos trabalhos que têm sido realizados desde, essencialmente, os anos oitenta do século XX.

Os trabalhos realizados têm-se preocupado com aspectos parcelares da acessibilidade, têm sido efectuados maioritariamente por médicos e enfermeiros e têm estado relacionados, também principalmente, com os cuidados de saúde primários (*e.g.*, DIAS, A.C., 1988; BALEIRAS, S. J.; RAMOS, V., 1992; TOMÉ, M.T., 1997).

No âmbito da Geografia portuguesa são mínguos os trabalhos desenvolvidos, sendo de destacar RODRIGUES, A.P.S. (1993), mas vislumbra-se que apareçam nos próximos anos mais trabalhos, visto neste momento, a acessibilidade e a satisfação com os cuidados de saúde, serem uma das coqueluches da investigação em cuidados de saúde.

A análise da acessibilidade parte da observação de duas faces da mesma moeda: de um lado a oferta e, de outro, as características da população – a procura.

Para a maioria dos autores a problemática da acessibilidade aos cuidados de saúde fundamenta-se, sobretudo, nos aspectos económicos, na oferta de serviços de saúde e na capacidade física de aceder às unidades de saúde. Também para grande parte dos autores a palavra acessibilidade aparece relacionada com a noção de continuidade dos cuidados de saúde, podendo a acessibilidade ser considerada como um requisito imprescindível para que possa haver uma continuidade nos cuidados de saúde.

PHILLIPS, D.R. e LEARMONTH, A.T.A. (1982), ao analisarem a acessibilidade aos cuidados primários de saúde, definiram cinco tipos de abordagens:

- 1)-a perspectiva económica (que enfatiza, entre outros aspectos, os custos da deslocação e da consulta);
- 2)-a perspectiva sócio-demográfica (que revela a importância de indicadores como o sexo, a idade, o grau de escolarização e o estatuto sócio-económico);
- 3)-a perspectiva geográfica (que privilegia a localização dos recursos, a influência das distâncias e o tempo a percorrer para aceder aos cuidados de saúde);

4)-a perspectiva sócio-psicológica (que se preocupa, sobretudo, com as questões do conhecimento da saúde e da doença e com a percepção da qualidade dos serviços);

5)-a perspectiva sócio-cultural (que aborda, sobretudo, problemas de comportamentos e discriminações étnicas e diferentes práticas de satisfação das necessidades de saúde, nomeadamente, nas práticas de medicina tradicional).

Vários autores apontam para uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde, que atinge com maior intensidade as populações rurais ou com um mais baixo estatuto sócio-económico. Estas encontram-se em desvantagem em relação às populações urbanas e de nível sócio-económico mais elevado, tendo que despende um esforço maior para receber cuidados primários de saúde.

O acesso aos serviços de saúde é um dos parâmetros a medir quando se pretende avaliar a qualidade da oferta de serviços existentes e a adequação e eficácia das políticas de saúde, reflectindo aspectos económicos, sociais e territoriais.

Segundo a Declaração de Alma-Ata (1978), todos deveriam possuir iguais oportunidades de acesso e utilização dos cuidados de saúde, independentemente do seu sexo, idade, profissão e estrato social, pelo que se afigurou como essencial promover uma plataforma igualitária na distribuição dos cuidados de saúde primários.

A Organização Mundial de Saúde aconselha, desde inícios dos anos oitenta do século XX, que a acessibilidade aos cuidados de saúde seja 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 nº 27) por aquela Estratégia no âmbito da Região Europeia.

1.2-Tentativa de definição objectiva do conceito

Apesar do aparente carácter movediço do conceito de acessibilidade é possível defini-la de uma forma objectiva como fizeram alguns profissionais de saúde (*e.g.*, BALEIRAS, S. J.; RAMOS, V., 1992), centralizando a atenção nos factores que a condicionam, *i.e.*:

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

E o que é que deve ser contemplado nos factores físicos?

Se quisermos definir de uma forma mais simplista, 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.

Se optarmos por uma definição mais completa, então 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 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.

E o que devemos contemplar nos factores estruturais e funcionais?

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

Por último, o que devem englobar os factores económicos e sócio-culturais?

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

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

Na nossa perspectiva a acessibilidade cultural é uma das vertentes em que se pode e deve investir mais e com melhores *outcomes* e que tem sido negligenciada pelos sucessivos governos e Ministérios da Saúde e mesmo pelos próprios profissionais de saúde. Na nossa perspectiva, estes últimos ainda não se aperceberam do papel que podem desempenhar na mudança do *status quo* vigente e na melhoria da acessibilidade.

No entanto, é provável que as recentes reestruturações curriculares de alguns cursos de Medicina e a Licenciatura que se iniciou em Outubro deste ano na Universidade do Minho, com um modelo curricular inovador, em que o futuro médico estará desde cedo, próximo da população, sejam um bom prenúncio de que esta vertente poderá ser melhorada a curto prazo!... Não obstante, teremos que aguardar alguns anos para podermos ter esta certeza!...

Todos nós sabemos que a relação entre o pessoal médico e o paciente envolve uma importante componente afectiva, que deriva do acesso do médico ao corpo do paciente, a detalhes íntimos da sua vida, além da considerável dependência emocional das pessoas que se encontram doentes. Deste modo, a satisfação do paciente com os cuidados de saúde, a sua condescendência com os tratamentos e o resultado dos mesmos estão fortemente associados com a capacidade do médico em satisfazer as suas necessidades sócio-emocionais. Esta capacidade para estabelecer um *rapport* com o paciente é parcialmente dependente da perícia do médico para descodificar as mensagens não verbais do foro afectivo inerentes ao paciente.

Hoje em dia, a dimensão técnica é a privilegiada em detrimento da dimensão afectiva ou sócio-emocional da relação médico-paciente e, grande parte das vezes, a palavra empatia é esquecida pelo pessoal clínico. Por outro lado, por paradoxal que pareça, os pacientes tendem a julgar a competência dos seus médicos, em parte, através do grau do apoio emocional que aqueles lhes facultam. Paralelamente, a confiança no seu médico, reduz a ansiedade do paciente e aumenta, assim, a possibilidade de uma mais rápida recuperação e consequentemente, uma menor utilização dos cuidados de saúde, logo, uma menor sobrecarga destes.

Além disso, numa altura em que a promoção da saúde e a prevenção da patologia se tornaram componentes importantes do sistema de saúde, a necessidade de efectiva comunicação e educação do paciente sobre factores de risco tem-se afigurado como premente. O investimento nesta área poderá ter resultados positivos no âmbito da acessibilidade, pois população mais informada, tenderá a utilizar de uma forma mais racional os cuidados de saúde.

Vejamos um exemplo concreto, que demonstra que a acessibilidade pode ser substancialmente melhorada, relacionado com o uso de um método contraceptivo do tipo da pílula, que é actualmente o método mais utilizado em Portugal. Quantas idas ao médico se poupariam, se o médico aquando do aconselhamento do uso da pílula, explicasse à mulher ou ao casal as vantagens e os inconvenientes do seu uso, os efeitos secundários e as situações de risco, tais como, a perda da sua eficácia em casos de ocorrência de diarreias ou de toma de determinados medicamentos, como os antibióticos. Muitos profissionais pensam que é suficiente a informação que transmitem, apostando numa leitura que a mulher fará do panfleto informativo que se encontra na embalagem da pílula. Mas, quantas mulheres realmente conseguirão assimilar a informação contida na bula? Provavelmente, muito poucas!...

Concomitantemente, os ganhos em termos de menor sobrecarga de consultas para os profissionais de saúde seriam elevados se estes perdessem mais algum tempo nas consultas de pacientes que se encontram no período da puberdade, alertando-as para as alterações fisiológicas e emocionais próprias da adolescência, para a sexualidade e para a necessidade de uma maternidade responsável. Se o investimento fosse realizado, os profissionais de saúde

passariam a seguir muito menos casos de gravidezes não planeadas, que nós sabemos que actualmente são em número elevado².

2-Alguns aspectos relacionados com a acessibilidade física aos cuidados de saúde

2.1-Localização dos serviços de saúde públicos

A complexidade da temática em análise permite-nos, neste limitado espaço de reflexão, reportarmo-nos, simplesmente, à acessibilidade física aos cuidados de saúde.

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 populacional e uma população residente significativamente inferior à de Guimarães, 18 033 habitantes em 2001 *versus* 158 897 habitantes em Guimarães. Mas, enquanto Guimarães possui razoáveis infra-estruturas viárias e uma boa conectividade da rede, em Cabeceiras de Basto o cenário é menos satisfatório.

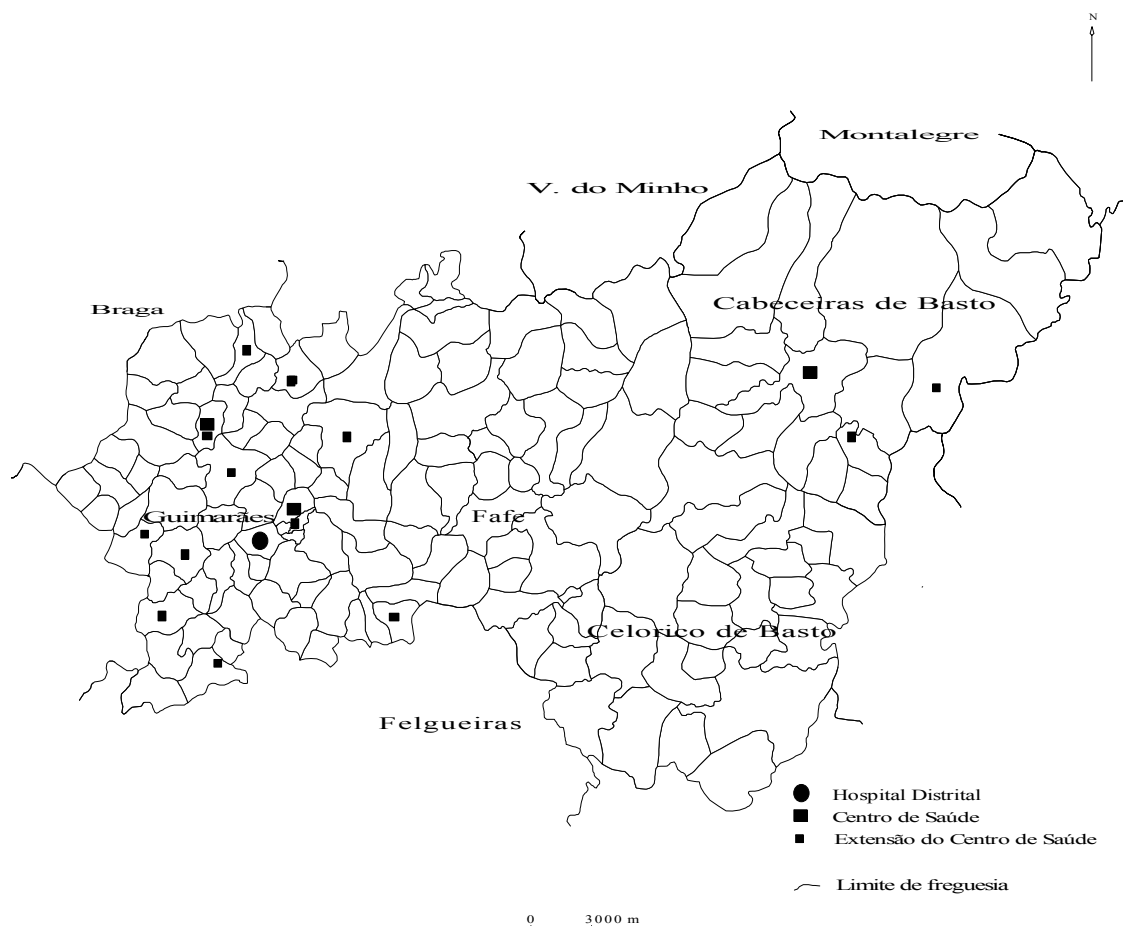
Cabeceiras de Basto é servido apenas por um Centro de Saúde, com unidade de internamento, recentemente construído em Refojos de Basto e em funcionamento desde Outubro de 2000 e por duas Extensões de Saúde localizadas nas freguesias de Cavês e de Arco de Baúlhe.

² Vd. DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – *Necessidades não satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar: Relatório do estudo realizado em 1990/91*, Lisboa, Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar, 1992.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Inquérito à Fecundidade e Família: 1997*, Resultados Preliminares, Lisboa, 1998.

REMOALDO, P.C.A. – A morbilidade e a mortalidade infantil em territórios amostra do distrito de Braga – desigualdades territoriais e sociais, Dissertação de Doutoramento, Braga, 1998, 696 p. (policopiada).

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.

2.2-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 XX³.

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 dispendido 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 dispendido 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.

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.

2.3-A importância da má acessibilidade

³ CARREIRA, Helena Pontes, *et al.* — *Normas para a programação funcional de Centros de Saúde*, D.E.P.S., Lisboa, 1983.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE — *Normas para o planeamento de equipamentos de saúde*, Lisboa, 1989.

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.

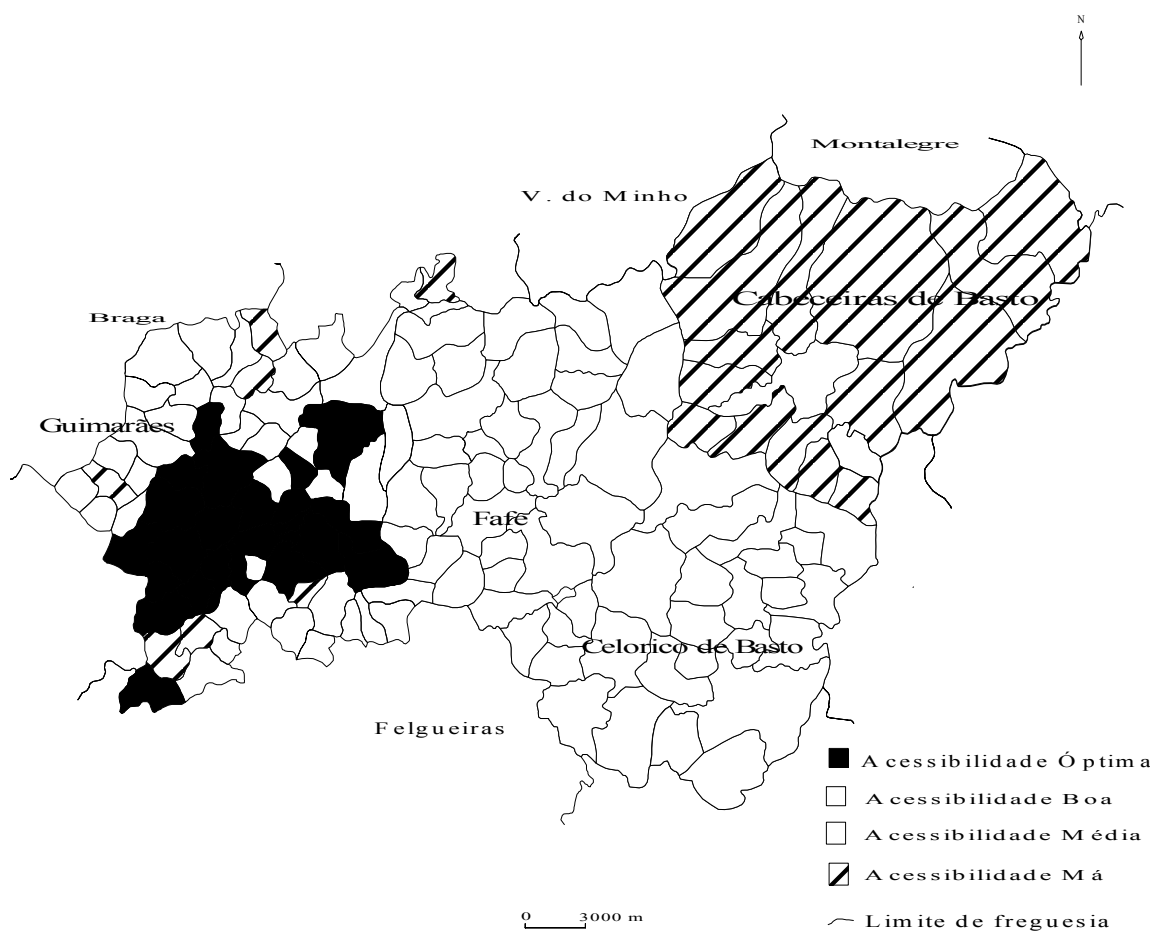


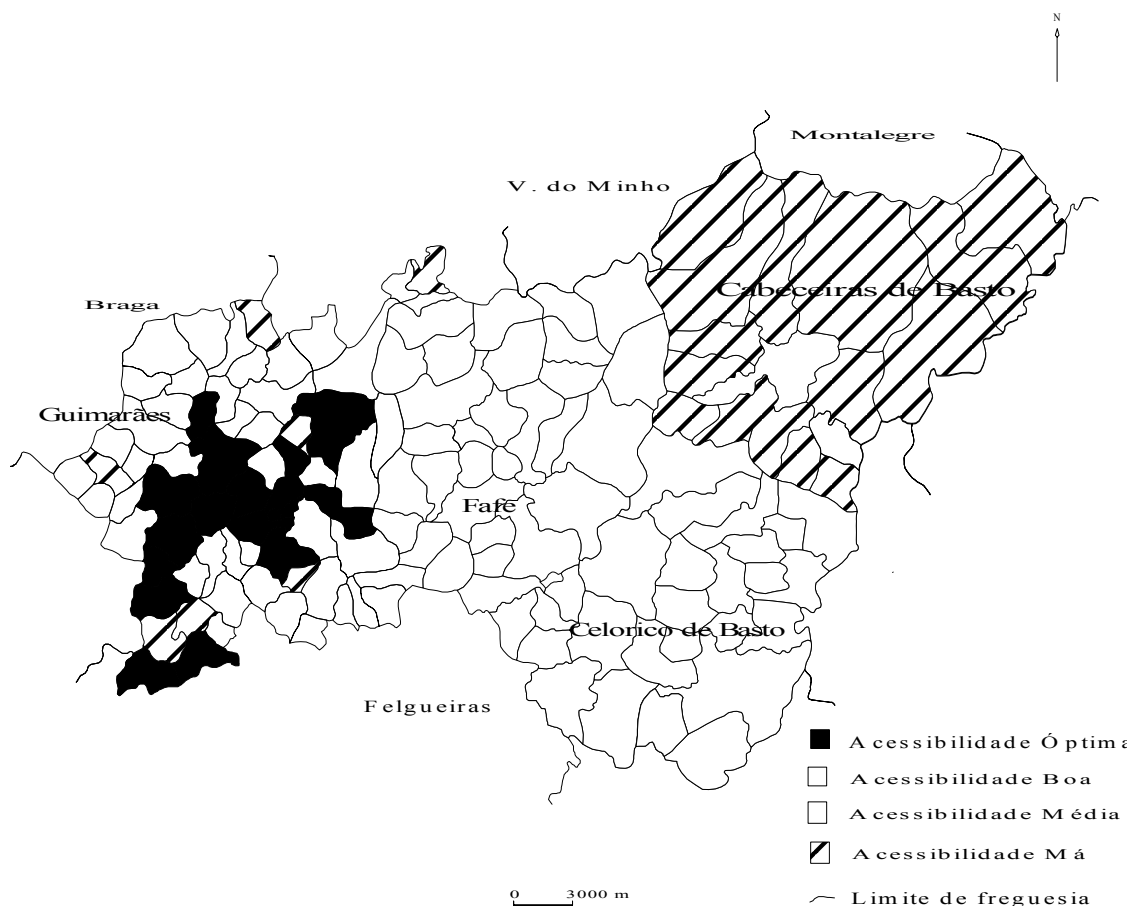
Figura 2 – Acessibilidade física das freguesias dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto ao Hospital da Nossa Senhora da Oliveira em 2001

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 óptima. 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 Sto. Estevão de Briteiros.

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.

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, atingindo 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.

2.4-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 situadas 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.

Complementámos ainda a acessibilidade física com mais três questões que foram contempladas num segundo inquérito (este dirigido à população utilizadora dos cuidados de saúde primários) e que analisaremos noutros locais de discussão e de reflexão. Foram as seguintes as questões levantadas à população:

Qual é a distância em quilómetros da sua residência ao Centro/Extensão de Saúde?

Quanto tempo gasta na deslocação ao Centro/Extensão de Saúde?

Qual é o meio de transporte que normalmente utiliza?

Considerações Finais

Em jeito de conclusão e apesar de neste momento não termos ainda procedido à análise da maior parte das cinquenta e seis variáveis contempladas nos inquéritos realizados, podemos referir que a acessibilidade física aos cuidados de saúde é 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.

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.

Neste momento, é suficiente a informação emanada da Direcção-Geral da Saúde disponível sob a forma de panfletos para consulta ou para oferta nos serviços de saúde públicos, mas grande parte da população necessita de proceder a

uma leitura acompanhada dos mesmos com os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), para esclarecer as dúvidas que surjam, como consequência do seu baixo nível de instrução.

Pensamos que é com pequenos passos deste tipo que conseguiremos grandes resultados a curto e a médio prazo!...

Referências Bibliográficas

BALEIRAS, S.J.; RAMOS, V. – *A gestão da prática clínica pelo médico de família*, in "Revista Portuguesa de Clínica Geral", Lisboa, 9(4), Abril, 1992, p. 116-124.

DIAS, A.C. – *Estudo de acessibilidade física, económica e cultural ao Centro de Saúde de Tomar*, in "Cadernos da A.R.S. de Santarém", Santarém, 2(5), 1988, p. 11-22.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Centros de Saúde – Pessoal e movimento: 1996*, Lisboa, 1998.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Hospitais Centrais e Especializados: 1997*, Lisboa, 1999.

FINK, A. – *How to ask questions*, The Survey Kit, vol. 2, California, Thousand Oaks, Sage Publications, 1995.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. – *O inquérito: teoria e prática*, Oeiras, Celta Editora, 1992.

GLUCH, Maria; SACHS, Benjamin – *Estimulando os cuidados primários*, in "Orgyn", Almere-Haven, IX(3), 2000, p. 22-26.

LEADER, Arthur – *Optimizando os sistemas de atendimento de saúde: questionando a qualidade*, in "Orgyn", Almere-Haven, IX(3), 2000, p. 18-21.

MEDIPRENSA, EDITORIAL COMUNITÁRIA LDA. – *Anuário Sanitário Portugal: 1998*, Lisboa, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século – 1998-2002*, Lisboa, 1998.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – *Inquérito Nacional de Saúde – dados gerais – Região Norte: 1990/91*, Lisboa, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – *Inquérito Nacional de Saúde – 1995/96*, 7 vols., Lisboa, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *A saúde dos portugueses: 1997*, Lisboa, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGA – *A saúde que temos*, Braga, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Centros de Saúde de Terceira Geração*, Maio, 1999.

NORTON, P.G., et al. (edit.) – *Primary care research: traditional and innovative approaches*, Col. "Research Methods for Primary Care", vol. 1, Newbury Park, Sage Publications, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *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, 1985.

REMOALDO, P.C.A. – *A morbilidade e a mortalidade infantil em territórios amostra do distrito de Braga – desigualdades territoriais e sociais*, Dissertação de Doutoramento, Braga, 1998, 696 p. (policopiada).

REMOALDO, P.C.A. – *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 (no prelo).

RODRIGUES, A.P.S. – *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde - Ensaio metodológico em Geografia da Saúde*, Dissertação de Doutoramento, Coimbra, Comissão de Coordenação da Região Centro, 1993.

SANTOS, A.C. e – *Acessibilidade aos serviços de saúde (a história de uma Dona Laurinda)*, in "Acta Reumatológica Portuguesa", Lisboa, 20(72), Jan.-Mar., 1995, p. 33-35.

TOMÉ, M.T. – *Acessibilidade ao Centro de Saúde de Celas: Tempos de espera e comportamentos*, Coimbra, Sub-Região de Saúde de Coimbra, 1997.