



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MAFALDA AFONSO BARATA LOURENÇO SIMÃO

***A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE  
EM FUNÇÃO DO TERRITÓRIO***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROF. DOUTOR JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

ABRIL/2022

# ***A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM FUNÇÃO DO TERRITÓRIO***

ARTIGO CIENTÍFICO

Mafalda Afonso Barata Lourenço Simão<sup>1,3</sup>

Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

<sup>3</sup> [mafalda.simao@sapo.pt](mailto:mafalda.simao@sapo.pt), Rua Dra. Ludovina Barroso Lote A51, 6000-475, Castelo Branco

<sup>4</sup> [jars@uc.pt](mailto:jars@uc.pt), Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548, Coimbra

## Índice

|   |    |
|---|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS .....                     | 4  |
| RESUMO .....                                    | 5  |
| ABSTRACT .....                                  | 6  |
| INTRODUÇÃO.....                                 | 7  |
| MATERIAL E MÉTODOS .....                        | 10 |
| RESULTADOS .....                                | 13 |
| DISCUSSÃO .....                                 | 16 |
| Controlo e seguimento de doenças crónicas ..... | 16 |
| Saúde Materna e Planeamento Familiar .....      | 18 |
| Saúde Infantil .....                            | 20 |
| Rastreio Oncológico.....                        | 21 |
| Capacidade de Resposta .....                    | 22 |
| CONCLUSÃO .....                                 | 23 |
| REFERÊNCIAS .....                               | 24 |
| ANEXOS.....                                     | 26 |

## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES FUNCIONAIS POR ACES .....   | 13 |
| TABELA 2. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS DA CATEGORIA CONTROLO E SEGUIMENTO DE DOENÇAS<br>CRÓNICAS..... | 13 |
| TABELA 3. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS DA CATEGORIA SAÚDE MATERNA E PLANEAMENTO FAMILIAR<br>.....     | 14 |
| TABELA 4. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS DA CATEGORIA SAÚDE INFANTIL .....                              | 14 |
| TABELA 5. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS DA CATEGORIA RASTREIO ONCOLÓGICO .....                         | 15 |
| TABELA 6. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS VARIÁVEIS DA CATEGORIA CAPACIDADE DE RESPOSTA.....                       | 15 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

A - Anos

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

BIS - Beira Interior Sul

BM - Baixo Mondego

COVID-19 - Corona Virus Disease 2019

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-Lei

DM – Diabetes Mellitus

DMT2 - Diabetes Mellitus Tipo 2

HbA1c – Hemoglobina glicada

HTA – Hipertensão Arterial

MCDTS – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

MIF – Mulheres em idade fértil

NOC – Norma de Orientação Clínica

PA – Pressão Arterial

PF – Planeamento Familiar

PNV – Programa Nacional de Vacinação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempos máximos de resposta garantidos

UE – União Europeia

UF – Unidade Funcional

USF – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

A criação do SNS em 1979 abriu portas ao acesso generalizado aos cuidados de saúde em Portugal. Com a missão de prestar cuidados preventivos, curativos e de reabilitação a toda a população, o SNS caracteriza-se por ser universal, geral e tendencialmente gratuito. Na noção de universalidade cabe o conceito de equidade, que nunca foi totalmente atingido face à dificuldade em encontrar um equilíbrio entre a prestação de cuidados de saúde próximos e a eficiente gestão de recursos limitados.

Assim, pretendeu-se com este estudo avaliar a existência de iniquidades na prestação de Cuidados de Saúde Primários entre territórios litorais (ACeS Baixo Mondego) e interiores (ACeS Beira Interior Sul). Para isso, através de estatística inferencial, comparámos os resultados obtidos pelos dois ACeS em termos de controlo e seguimento de doenças crónicas; acompanhamento de saúde materna e infantil; atividade preventiva e capacidade de resposta.

Os resultados encontraram diferenças estatisticamente significativas em nove variáveis estudadas, oito das quais com o ACeS BIS a apresentar piores resultados (proporção de diabéticos com exame oftalmológico no último ano; proporção de grávidas com ecografia do 2º trimestre; índice de realização de exames laboratoriais do 1º, 2º e 3º trimestres; proporção de crianças com 1 ano de idade com acompanhamento adequado; proporção de crianças com 2 anos de idade com acompanhamento adequado e proporção de consultas médicas iniciadas pelo utente realizadas nos primeiros 15 dias) e uma (proporção de consultas médicas “do dia” efetuadas em UF diferente) com o ACeS BM a atingir valores aquém do esperado.

Estas diferenças encontram explicação na menor disponibilidade de cuidados especializados no interior; no facto de os dados analisados resultarem de registos que muitas vezes estão incompletos e nas diferentes características das populações de cada ACeS, com uma população envelhecida no interior, a precisar não só de maior número de contactos, mas também de contactos mais complexos.

A identificação destas iniquidades é de extrema relevância para que se implementem políticas que as visem combater a fim de promover a saúde global das populações.

**Palavras-Chave:** equidade, universalidade, cuidados de saúde primários, território, interior, litoral.

## **ABSTRACT**

The creation of the SNS in 1979 opened the door to generalised access to healthcare in Portugal. With the mission of providing preventive, curative and rehabilitative care to the entire population, the SNS is characterized by being universal, general and tendentially free of charge. Within the notion of universality lies the concept of equity, which has never been fully achieved due to the difficulty in finding a balance between the provision of close health care and the efficient management of limited resources.

Thus, this study aimed to assess the existence of inequalities in Primary Health Care provision between coastal (ACeS Baixo Mondego) and inland territories (ACeS Beira Interior Sul). To this end, we used inferential statistics to compare the results obtained by the two ACeS in terms of chronic disease control and follow-up; maternal and child health monitoring; preventive activity and responsiveness.

The results found statistically significant differences in 9 variables studied, 8 of which with the ACeS BIS showing worse results (proportion of diabetics with ophthalmologic examination in the last year; proportion of pregnant women with 2nd trimester ultrasound; index of laboratory tests achievement in the 1st, 2nd and 3rd trimesters; proportion of 1 year old children with appropriate follow-up; proportion of 2 year old children with appropriate follow-up and proportion of user-initiated medical consultations made within the first 15 days) and 1 (proportion of "on the day" medical consultations performed in a different FU) with the ACeS BM achieving lower values than expected.

These differences can be explained by the lower availability of specialised care in the inland territories; the fact that the data analysed results from records that are often incomplete; and the different characteristics of the populations of each ACeS, with an ageing population in the inland requiring not only a greater number of contacts, but also more complex contacts.

The identification of these inequalities is extremely important in order to implement policies that aim to combat them in order to promote the overall health of the populations.

**Key-words:** equity, universality, primary health care, territory, inland, coastal.

## INTRODUÇÃO

O acesso generalizado a cuidados de saúde em Portugal iniciou-se com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no século 20. Até esta data, a prestação de cuidados de saúde em Portugal era precária e desorganizada.<sup>1</sup> O esboço do atual sistema de saúde que dispomos, começou a ser desenhado em 1946, aquando da entrada em vigor do Decreto-Lei (DL) nº 35311, de 25/04/1946, que determinou a criação das Caixas Sindicais de Previdência e das Casas do Povo. Estas instituições tinham por objetivo prestar “apoio médico-social, assistência materno-infantil e proteção na invalidez”, aproximando assim os cuidados médicos à população.<sup>2</sup>

No plano internacional, o ano de 1948 é um marco histórico para a saúde, não só com o estabelecimento da Carta dos Direitos Humanos que consagra, no seu artigo 25, a saúde como um direito fundamental, mas também com a criação da Organização Mundial de Saúde, da qual Portugal é um dos fundadores.<sup>3</sup>

Este progresso a nível mundial, só em 1971 teria alguma materialização em Portugal, com a criação, pelo DL nº413/71, de 27/09, da primeira rede de Centros de Saúde. Este DL determina “a instalação, em cada concelho, de um núcleo funcional denominado “centro de saúde””. Os recém-criados centros de saúde eram “responsáveis pela integração e coordenação das atividades de saúde e assistência, bem como pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada, com o objetivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhes corresponda”.<sup>4</sup>

Uma vez que os centros de saúde criados pelo DL nº413/71 tinham sobretudo uma componente preventiva e de promoção da saúde pública<sup>1,4</sup>, não permitiram alcançar a desejada cobertura nacional de cuidados de saúde, existindo uma grande escassez de serviços de índole curativa, sobretudo nas zonas rurais, facto que motivou a criação, em março de 1975, do serviço médico à periferia.<sup>5,6</sup>

Apesar destes avanços, no sentido de tornar a saúde acessível a toda a população, só no período pós-revolução de 1974, com aprovação da nova Constituição da República Portuguesa de 1976, é que os portugueses veem reconhecido o “direito à proteção da saúde (e o dever de a defender e promover), realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”.<sup>7</sup> Contudo, este direito só vem a ser operacionalizado em 1979, com a aprovação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que “cria o SNS, pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde nos termos da Constituição”.<sup>8</sup>

Nasce assim o SNS, com o intuito de prestar “cuidados de promoção e vigilância da saúde, prevenção e diagnóstico da doença, tratamento dos doentes, bem como reabilitação médica e social” de uma forma universal, geral e tendencialmente gratuita. A estrutura do SNS assentava nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que deviam situar-se junto das comunidades e articular-se com os serviços mais diferenciados.<sup>8</sup>

Embora alguns dos princípios fundadores tenham sofrido algumas alterações (com os cuidados prestados a passaram de gratuitos a tendencialmente gratuitos)<sup>9</sup>, a busca pela universalidade, que encerra em si o importante conceito de equidade no acesso aos cuidados de saúde, perdura até aos dias de hoje.<sup>10,11</sup>

A equidade no acesso aos cuidados de saúde, apesar de nunca ter sido objeto de qualquer alteração em termos legislativos, verdadeiramente nunca logrou ser alcançada, face à dificuldade em encontrar um equilíbrio entre a proximidade de prestação de serviços de saúde e a gestão racional de recursos limitados.<sup>12</sup>

Atingir um patamar equitativo na saúde implicará: “a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação, no estado de saúde de grupos populacionais oriundos de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos.”<sup>12</sup> e a forma mais efetiva para alcançar a equidade são os CSP.<sup>13</sup>

De facto, é notório o esforço realizado para aumentar a oferta de CSP por via da ampliação do número de Unidades de Saúde Familiar (USF), tendo-se registado em 2019 um acréscimo de 32 USFs em relação a 2018. Apesar de, no ano de 2019, se ter verificado o aumento do número de unidades funcionais (UFs) a prestar serviços de saúde, a percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído diminuiu para os 92.7%, face aos 93.0% verificados em 2018. Comparando as várias regiões do país, a região norte era, em 2019, a que apresentava maior cobertura de utentes inscritos com médico de família (98.4%), seguida da região centro (96.8%).<sup>14</sup>

Contudo para que se atinja a equidade na prestação de cuidados de saúde, não basta apenas aumentar a disponibilidade de cuidados, é necessário garantir que existe acessibilidade a esses cuidados (transportes, distância e tempos adequados), que o nível de literacia da população é adequado e que não há impedimentos de índole económica.<sup>11,15</sup>

Neste sentido, ainda que a equidade no acesso aos cuidados de saúde, seja considerada um pilar para a melhoria do estado de saúde dos cidadãos, são vários os documentos oficiais que reconhecem que esta ainda não foi alcançada, evidenciando as assimetrias existentes entre territórios urbanos e rurais.<sup>10</sup> Apesar de estudos já



publicados sobre acessibilidade a cuidados de saúde diferenciados provarem que os territórios da raia portuguesa (com maiores índices de população idosa e comunidades isoladas) são os mais desfavorecidos,<sup>11</sup> escasseiam estudos que avaliem a acessibilidade e equidade relativamente aos CSP, os quais consideramos de extrema importância, tendo em conta que representam, na maior parte das vezes, a porta de entrada do doente no sistema de saúde, permitindo resolver 90% dos problemas e reencaminhar para cuidados mais diferenciados os que por eles não são resolúveis.<sup>5</sup>

Assim, a pertinência deste estudo decorre da inexistência de literatura que objetive o grau de equidade ou iniquidade, na prestação de CSP em função do território, comparando os resultados em termos de atividade preventiva, seguimento de doenças crónicas, acompanhamento da saúde materno infantil e capacidade de resposta, obtidos por instituições prestadoras de CSP, consoante a sua localização geográfica. Para isso, compararam-se os serviços de saúde prestados por um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) situado no litoral do país - Baixo Mondego (BM) - com os prestados por um ACeS localizado no interior - Beira Interior Sul (BIS) -, a fim de perceber se existem assimetrias que coloquem em causa a equidade no acesso aos CSP.

A identificação de tais desigualdades é fulcral para que se desenvolvam estratégias que as minimizem por forma a atingir uma maior justiça social.

## MATERIAL E MÉTODOS

A fim de comparar a prestação de cuidados nas principais áreas de atuação dos CSP entre o território litoral e o território interior, realizou-se um estudo observacional, descritivo e analítico.

Como amostra para este estudo foram considerados dois ACeS da região Centro: o ACeS BM, que representa o território litoral e o ACeS BIS, representante do território interior. A escolha recaiu sobre estes dois ACeS não só por estes representarem a dicotomia litoral/interior, mas também por cada um deles encerrar, dentro de si, uma outra dicotomia: urbano/rural.

O ACeS BM assegura a prestação de cuidados de saúde primários a uma população de 389.629 utentes distribuídos pelos concelhos de Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure. A prestação destes cuidados é assegurada por 232 Médicos de Família, repartidos por 36 UFs.<sup>16</sup>

A área de abrangência do ACeS BIS engloba os concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão, contando com uma população de 73.822 utentes servidos por 45 Médicos de Família, distribuídos por 7 UFs.<sup>17</sup>

Do total de 43 UFs, foram tidas em conta na amostra apenas 42, sendo a USF Coimbra Celas excluída, por não existirem dados referentes a todas as variáveis estudadas.

As variáveis selecionadas para o estudo foram escolhidas, tendo por base os dados disponibilizados na plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e tentando ir ao encontro das principais áreas de atuação dos CSP - controlo e seguimento de doenças crónicas; saúde materna e planeamento familiar; saúde infantil; rastreio oncológico e capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Assim, definiram-se 27 variáveis:

- Controlo e seguimento de doenças crónicas:
  - Proporção de hipertensos com idades entre [18;65[anos (A), com Pressão Arterial (PA) < 140/90 mmHg;
  - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre;
  - Proporção de diabéticos com última Hemoglobina glicada (HbA1c)  $\leq$  a 8,0%;
  - Proporção de diabéticos com menos de 65 A, com HbA1c  $\leq$  a 6.5%;
  - Proporção de diabéticos com uma HbA1c por semestre;

- Proporção de diabéticos com microalbuminúria no último ano;
- Proporção de diabéticos com PA  $\geq$  a 140/90 mmHg;
- Proporção de diabéticos com exame oftalmológico no último ano;
- Proporção de diabéticos com exame dos pés no último ano.
- Saúde Materna e Planeamento Familiar:
  - Proporção de grávidas com ecografia do 1º Trimestre;
  - Proporção de grávidas com ecografia do 2º Trimestre;
  - Proporção de grávidas com ecografia do 3º Trimestre;
  - Índice de realização de exames laboratoriais do 1º Trimestre de gravidez;
  - Índice de realização de exames laboratoriais do 2º Trimestre de gravidez;
  - Índice de realização de exames laboratoriais do 3º Trimestre de gravidez;
  - Proporção de mulheres em idade fértil (MIF), com acompanhamento adequado em planeamento familiar (PF).
- Saúde Infantil:
  - Proporção de crianças com 1 A, com acompanhamento adequado;
  - Proporção de crianças com 2 A, com acompanhamento adequado;
  - Proporção de crianças com 7 A, com consulta médica e Programa Nacional de Vacinação (PNV);
  - Proporção de crianças com 14 A, com consulta médica e PNV.
- Rastreio Oncológico:
  - Proporção de mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos com mamografia nos últimos 2 anos;
  - Proporção de mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos com rastreio do cancro do colo do útero;
  - Proporção de utentes com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos com rastreio do cancro colo retal.
- Capacidade de resposta dos serviços de saúde:
  - Taxa de utilização global de consultas médicas;
  - Proporção de consultas médicas iniciadas pelo utente realizadas nos primeiros 15 dias úteis;
  - Proporção de consultas médicas realizadas no dia do agendamento;
  - Proporção de consultas médicas “do dia” efetuadas em UFs diferentes.

O tempo em análise definido foi o correspondente ao ano de 2019 (janeiro 2019 – dezembro 2019), a fim de evitar quaisquer constrangimentos provocados pela pandemia COVID-19, na prestação e utilização dos CSP.

O tratamento estatístico dos dados recolhidos da plataforma BI-CSP foi feito com recurso ao Software SPSS versão 27.0 para Windows e foi considerado um nível de significância de 5% ( $p\text{-value} < 0.05$ ).

Através de estatística inferencial, aferiu-se se as diferenças observadas entre os dois ACeS eram estatisticamente significativas. Para isso, nas variáveis em que se constatou a normalidade dos dados, utilizou-se o teste T para amostras independentes. Quando este pressuposto não se confirmou, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney. A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk e a variação da igualdade das variâncias foi verificada através do teste de Levene (Anexo 1).

## RESULTADOS

A amostra em estudo é constituída por 42 UFs, das quais 83,3% (n=35) pertencem ao ACeS BM e 16,7% (n=7) ao ACeS BIS.

Tabela 1. Distribuição de Unidades Funcionais por ACeS

|      |     |            |
|------|-----|------------|
| ACeS | BM  | 35 (83,3%) |
|      | BIS | 7 (16,7%)  |

ACeS=Agrupamento de Centros de Saúde.

BM=Baixo Mondego

BIS=Beira Interior Sul

Tabela 2. Resultados da análise estatística das variáveis da categoria controlo e seguimento de doenças crónicas

|   | ACeS BM            | ACeS BIS           | p-value |
|---|--------------------|--------------------|---------|
| Proporção hipertensos c/ PA em cada semestre                  | 54,397844649000810 | 52,681478981428576 | 0.741   |
| Proporção hipertensos c/ idades [18;65[A, c/ PA ≤ 140/90 mmHg | 28,950621281924800 | 22,684409851305738 | 0.088   |
| Proporção diabéticos c/ última HbA1c ≤ 8,0%                   | 63,458047514827850 | 55,624060847009100 | 0.095   |
| Proporção diabéticos < 65A c/ HbA1c ≤ 6.5%                    | 27,096288604891140 | 24,035665059325016 | 0.285   |
| Proporção diabéticos c/ uma HbA1c por semestre                | 65,573311381715570 | 56,877284248603885 | 0.145   |
| Proporção diabéticos c/ microalbuminúria no último ano        | 66,801321926561870 | 62,575861899921010 | 0.389   |
| Proporção diabéticos c/ PA ≥ 140/90 mmHg                      | 13,369397217928900 | 15,354713313897000 | 0.820   |
| Proporção diabéticos c/ exame oftalmológico último ano        | 47,708340851996410 | 13,532558883587994 | 0.000   |
| Proporção diabéticos c/ exame dos pés no último ano           | 76,720183486238500 | 67,659137577002100 | 0.218   |

Analisando a tabela 2, é possível constatar que, embora o ACeS BM apresente melhores resultados no seguimento e controlo de doentes hipertensos e diabéticos, esses resultados não refletem uma diferença estatisticamente significativa em relação aos alcançados pelo ACeS BIS (p-value > 0.05), exceto num parâmetro de seguimento da Diabetes Mellitus (DM): exame oftalmológico no último ano. Neste critério de

seguimento existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois ACeS (p-value < 0.05), com o ACeS BIS a apresentar piores resultados.

*Tabela 3. Resultados da análise estatística das variáveis da categoria Saúde Materna e Planejamento Familiar*

|   | ACeS BM            | ACeS BIS           | p-value |
|---|--------------------|--------------------|---------|
| Proporção grávidas com ecografia do 1º Trimestre    | 64,268350558861370 | 51,793719508005200 | 0.136   |
| Proporção grávidas com ecografia do 2º Trimestre    | 70,731707317073200 | 42,857142857142900 | 0.0310  |
| Proporção grávidas com ecografia do 3º Trimestre    | 51,613531491634085 | 45,381337899314060 | 0.492   |
| Índice realização exames laboratoriais 1º Trimestre | 74,927710843373500 | 57,065217391304300 | 0.003   |
| Índice realização exames laboratoriais 2º Trimestre | 49,967331266710030 | 27,451333993397043 | 0.000   |
| Índice realização exames laboratoriais 3º Trimestre | 37,423347109127880 | 24,981498895393200 | 0.006   |
| Proporção MIF c/ acompanhamento adequado em PF      | 32,913344041542960 | 27,385767190551213 | 0.242   |

Pela análise da tabela 3 verifica-se, mais uma vez, que os resultados apresentados pelo ACeS BM superam, em todos os pontos analisados o ACeS BIS, sendo essas diferenças estatisticamente significativas apenas no que diz respeito à realização de exames laboratoriais nos 3 trimestres e à realização da ecografia morfológica (p-value < 0.05). Relativamente ao seguimento de MIF na consulta de PF, apesar de o ACeS BM apresentar melhor acompanhamento, isso não se reflete numa diferença estatisticamente significativa em relação ao ACeS BIS.

*Tabela 4. Resultados da análise estatística das variáveis da categoria Saúde Infantil*

|   | ACeS BM            | ACeS BIS           | p-value |
|---|--------------------|--------------------|---------|
| Proporção crianças c/ 1 A, c/ acompanhamento adequado | 71,153846153846100 | 57,142857142857100 | 0.040   |
| Proporção crianças c/ 2 A, c/ acompanhamento adequado | 74,661543108745400 | 59,989795102546630 | 0.024   |
| Proporção crianças c/ 7 A, c/ consulta médica e PNV   | 78,000000000000000 | 67,415730337078600 | 0.161   |
| Proporção crianças c/ 14 A, c/ consulta médica e PNV  | 58,938103917718166 | 51,193895211224570 | 0.319   |

Relativamente ao acompanhamento em saúde infantil, e de acordo com a tabela 4, o ACeS BM mantém resultados superiores ao ACeS BIS, porém apenas são estatisticamente significativos nas crianças mais pequenas até aos 2 anos (p-value < 0.05). No seguimento de crianças com 7 e 14 anos não se verifica diferença estatisticamente significativa entre os dois ACeS (p-value > 0.05).

*Tabela 5. Resultados da análise estatística das variáveis da categoria Rastreio Oncológico*

|   | ACeS BM            | ACeS BIS           | p-value |
|---|--------------------|--------------------|---------|
| Proporção mulheres c/ [50;70[A c/ mamografia nos últimos 2 anos | 64,181552747282510 | 63,374467736667360 | 0.860   |
| Proporção mulheres c/ [25;60[A c/ rastreio cancro colo do útero | 47,329442606968380 | 42,352737064649900 | 0.262   |
| Proporção utentes c/ [50;75[A c/ rastreio cancro colo retal     | 46,474988287151340 | 37,412329952639965 | 0.051   |

No que à atividade preventiva diz respeito, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois ACeS (p-value >0.05), embora o ACeS BM mantenha resultados superiores relativamente ao ACeS BIS.

*Tabela 6. Resultados da análise estatística das variáveis da categoria Capacidade de Resposta*

|  | ACeS BM            | ACeS BIS           | p-value |
|--|--------------------|--------------------|---------|
| Taxa utilização global de consultas médicas  | 70,923977590596010 | 69,817473451243790 | 0.536   |
| Proporção consultas médicas iniciadas pelo utente realizadas nos primeiros 15 dias úteis | 89,109792284866500 | 79,213857428381100 | 0.010   |
| Proporção consultas médicas realizadas no dia do agendamento                             | 45,207376530090160 | 38,654940731596800 | 0.233   |
| Proporção consultas médicas “do dia” efetuadas em UF diferente                           | 42,910677618069800 | 2,616047216461960  | 0.000   |

Analisando a tabela 6, concluímos que as diferenças estatisticamente significativas entre o ACeS BM e o ACeS BIS residem nos tempos de espera para consulta iniciada pelo utente, que são maiores no ACeS BIS, bem como na acessibilidade dos utentes à UF de inscrição, cujos resultados sugerem ser menor no ACeS BM.

## DISCUSSÃO

### **Controlo e seguimento de doenças crónicas**

O facto de Portugal ter uma população cada vez mais envelhecida, faz com que as doenças crónicas representem uma sobrecarga cada vez maior para os serviços de saúde.<sup>18</sup> Neste sentido, no que diz respeito à gestão da doença crónica, procurou-se determinar se existiam diferenças significativas no seguimento e controlo da Hipertensão Arterial (HTA) e da DM.

A HTA é um importante fator de risco cardiovascular, que afeta cerca de 71% dos portugueses, com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, cujo controlo se reveste da maior relevância para a diminuição da incidência de doenças cerebrovasculares<sup>18</sup>, que representam a principal causa de morte no país.<sup>10</sup> De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia, todos os doentes hipertensos devem ser avaliados com uma periodicidade de 3 a 12 meses, uma vez atingida a PA alvo.<sup>19</sup> Face a estas recomendações, é prática comum nos CSP portugueses o seguimento destes doentes com uma periodicidade de 6 meses, através de uma consulta médica, análises laboratoriais e medição da PA. Relativamente ao alvo tensional a atingir para considerar a doença como controlada, este é definido na norma de orientação clínica (NOC): Abordagem Terapêutica da HTA como valores inferiores a 140/90 mmHg, desde que sejam tolerados e não estejam contraindicados.<sup>20</sup> Assim, por forma a avaliar estes dois pressupostos requeridos para uma adequada gestão dos doentes hipertensos, compararam-se os resultados obtidos nas variáveis: “Proporção de hipertensos com idades entre [18;65[A, com PA < 140/90 mmHg” e “Proporção de hipertensos com PA em cada semestre” entre os dois ACeS. Embora o ACeS BM apresente resultados superiores em ambas as variáveis estudadas, isso não se traduz numa diferença significativa quando comparado com os resultados do ACeS BIS, permitindo-nos assim inferir que o seguimento e controlo de doentes hipertensos é equiparável entre os dois ACeS.

A DM tem uma incidência na população portuguesa da faixa etária dos 65 aos 74 anos de cerca de 23.8%,<sup>18</sup> com uma taxa de mortalidade associada superior aos valores médios da União Europeia (UE).<sup>10</sup> No seguimento da DM, além da avaliação clínica e analítica com o doseamento da HbA1c semestral para aferir o controlo da doença<sup>21</sup>, é também importante o rastreio das principais complicações desta condição. Assim, para um seguimento efetivo, está preconizado que os doentes diabéticos sejam rastreados para:



- Nefropatia Diabética, através do doseamento da albuminúria/proteinúria e creatininémia anual;
- Retinopatia Diabética, através de retinografia anual;
- Pé Diabético, através do exame objetivo do pé anual.

O controlo glicémico, avaliado pela HbA1c, é atingido para valores de HbA1c < 6.5, que devem ser ajustados individualmente.<sup>22</sup> Estes ajustes são objetivados na NOC Insulinoterapia na Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), onde é referido que para a maioria dos indivíduos o objetivo será uma HbA1c ≤ 7; no caso dos mais jovens com pouco tempo de DM e sem comorbilidades será < 6.5 e para os mais idosos com hipoglicemias graves ou doença micro/ macrovascular ou esperança de vida reduzida será <8.<sup>23</sup> Neste sentido, para avaliar a gestão da DM ao nível dos CSP analisámos 7 variáveis:

- Proporção diabéticos c/ última HbA1c ≤ 8,0%;
- Proporção diabéticos < 65 A, c/ HbA1c ≤ 6,5 %;
- Proporção diabéticos c/ uma HbA1c por semestre;
- Proporção diabéticos c/ microalbuminúria último ano;
- Proporção diabéticos c/ PA ≥ 140/90 mmHg;
- Proporção diabéticos c/ exame oftalmológico último ano;
- Proporção utentes diabéticos c/ avaliação risco úlcera pé.

Desta análise resultou apenas uma variável com diferença estatisticamente significativa entre o ACeS BM e o ACeS BIS: Proporção diabéticos com exame oftalmológico último ano. Como já anteriormente referido, sendo a Retinopatia Diabética uma complicação major da diabetes e a principal causa de cegueira evitável na população entre os 20 e os 64 anos de idade<sup>14,24,25</sup>, é determinado na NOC: Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética de 27/01/2011 bem como no Processo Assistencial Integrado (PAI) da DMT2, que todos os diabéticos devem ser avaliados anualmente com o objetivo de identificar a retinopatia diabética.<sup>24,25</sup> Enquanto o rastreio do pé diabético e da nefropatia diabética se encontram à distância de um exame objetivo completo e cuidado e de uma análise laboratorial, respetivamente, o rastreio da retinopatia diabética exige meios técnicos e humanos extraordinários. De acordo com o PAI DMT2, o diagnóstico de retinopatia diabética deve ser preferencialmente realizado numa unidade móvel ou fixa, com recurso a retinografia com câmara não midriática, executada por um técnico paramédico sujeito a treino prévio.<sup>25</sup> Deste modo, a diferença estatística verificada entre os dois ACeS, ao nível deste parâmetro, pode ser justificada pela disponibilidade e acessibilidade a estas unidades, não sendo atribuível à atuação dos CSP em si, mas quando muito à sua articulação com os cuidados de saúde hospitalares,

através das unidades de recursos assistenciais partilhados ou mesmo à disponibilidade de cuidados hospitalares que cubram as necessidades da população diabética. De acordo com o relatório anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas - em 2019, o rastreio da retinopatia diabética estava implementado em 81.5% dos ACeS a nível nacional. Na Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, apenas 6 ACeS tinham este rastreio implementado, representando uma cobertura de 75% dos ACeS, inferior à cobertura nacional, bem como à cobertura da ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo. A ARS Centro registou a mais elevada taxa de adesão entre as várias ARSs, com 75.9%, tendo identificado 335 casos positivos. Dos casos positivos, apenas 76.3% foram referenciados para consulta, um número bastante aquém das ARSs com dados disponíveis, cuja referenciação ocorreu em 100% dos casos.<sup>14</sup> Assim, esta diferença pode não refletir uma pior prestação dos CSP no interior, mas sim uma menor acessibilidade e disponibilidade de cuidados de saúde hospitalares neste território.

### **Saúde Materna e Planeamento Familiar**

O acompanhamento adequado das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo contribuiu, de forma decisiva, para a redução das altas taxas de morbi mortalidade materna, fetal e infantil em Portugal.<sup>18</sup> Assim a equidade no acesso a estes cuidados é de extrema relevância.

De acordo com o esquema de vigilância da gravidez de baixo risco, todas as grávidas devem realizar pelo menos 3 ecografias:

- Ecografia do 1º trimestre entre as 11 e as 13 semanas + 6 dias;
- Ecografia do 2º trimestre entre as 20 e as 22 semanas + 6 dias;
- Ecografia do 3º trimestre entre as 30 e as 32 semanas + 6 dias.<sup>26,27</sup>

Ao rastreio ecográfico, acresce o rastreio analítico, também ele a realizar nos 3 trimestres da gravidez.<sup>26,28</sup> Assim, para identificar potenciais diferenças no acompanhamento de gestantes entre o litoral e o interior, procedeu-se ao estudo de seis variáveis representativas do rastreio analítico e ecográfico:

- Proporção de grávidas com ecografia 1º trimestre;
- Proporção de grávidas com ecografia 2º trimestre;
- Proporção de grávidas com ecografia 3º trimestre;
- Índice de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre da gravidez;
- Índice de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre da gravidez;
- Índice de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre da gravidez.

Esta análise evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre o ACeS BM e o ACeS BIS, em quatro das variáveis estudadas:

- Proporção de grávidas com ecografia 2º trimestre;
- Índice de realização de exames laboratoriais do 1º trimestre da gravidez;
- Índice de realização de exames laboratoriais do 2º trimestre da gravidez;
- Índice de realização de exames laboratoriais do 3º trimestre da gravidez.

Face a estes resultados podemos concluir que a vigilância da gravidez de baixo risco apresenta piores resultados no ACeS BIS. A ecografia morfológica a realizar entre as 20 e as 22 semanas tem como principal objetivo “a identificação de malformações fetais, sobretudo as incompatíveis com a vida ou associadas a elevada morbilidade pós-natal; anomalias passíveis de tratamento intrauterino ou que requeiram tratamento ou investigação pós-natal”.<sup>27</sup> A menor proporção de grávidas com ecografia do 2º Trimestre no ACeS BIS, pode ser justificada pelo menor acesso a recursos técnicos e humanos neste território, sendo que, de acordo com dados fornecidos pelo ACeS BIS, em 2019, todas as grávidas de baixo risco da região realizavam a ecografia do 2º Trimestre numa clínica convencionada em Coimbra. Podemos assim considerar que as restrições geográficas no acesso ao rastreio ecográfico constituem uma barreira à sua realização, facto que poderá justificar os piores resultados apresentados pelo ACeS BIS.

Os exames laboratoriais realizados durante a gravidez têm como objetivo “rastrear, prevenir ou tratar situações passíveis de colocar em risco a saúde materna, fetal ou perinatal”.<sup>28</sup> As diferenças encontradas na realização dos rastreios analíticos transversais aos 3 trimestres podem estar relacionadas com uma grande limitação deste estudo. Uma vez que os dados recolhidos da plataforma BI-CSP se baseiam nos registos realizados no S-Clínico e estes nem sempre são completos, acabamos por ter acesso apenas à informação que é registada, o que nem sempre corresponde à totalidade da informação. É o que acontece na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, onde existe a possibilidade de requisitar que estes rastreios analíticos sejam efetuados no Hospital Amato Lusitano ou no Centro de Saúde de S. Tiago, ficando disponíveis para consulta nos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTS) do processo clínico e não sendo muitas vezes transcritos para o S.Clínico.

Apesar de o seguimento da gravidez apresentar resultados estatisticamente inferiores no ACeS BIS, o acompanhamento das MIF em PF é estatisticamente semelhante entre os dois ACeS.

## **Saúde Infantil**

É o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que estabelece a calendarização das consultas em idades-chave do crescimento e desenvolvimento da criança, conciliando estes momentos com o esquema de vacinação previsto no PNV.

Assim, no primeiro ano estão preconizadas 6 consultas de vigilância:

- 1ª semana;
- 1º mês;
- 2 meses;
- 4 meses;
- 6 meses;
- 9 meses.<sup>29</sup>

Entre 1 e 3 anos, 5 consultas:

- 12 meses;
- 15 meses;
- 18 meses;
- 2 anos;
- 3 anos.<sup>29</sup>

Entre os 4 e os 9 anos, 4 consultas:

- 4 anos;
- 5 anos;
- 6 ou 7 anos;
- 8 anos.<sup>29</sup>

Entre os 10 e os 18 anos, 3 consultas:

- 10 anos;
- 12 ou 13 anos;
- entre os 15 e os 18 anos.<sup>29</sup>

Tendo em conta que na base de dados utilizada não estavam disponíveis indicadores que nos permitissem avaliar todas as consultas programadas, optou-se por escolher um indicador representativo de cada intervalo etário acima enunciado:

- Proporção crianças com 1 A, com acompanhamento adequado;
- Proporção de crianças com 2 A, com acompanhamento adequado;

- Proporção de crianças com 7 A, com consulta médica de vigilância e PNV atualizado;
- Proporção de crianças com 14 A, com consulta médica de vigilância e PNV atualizado.

Após análise destas quatro variáveis concluímos que o ACeS BIS se encontrava aquém, no acompanhamento adequado de crianças com 1 e 2 anos. Os piores resultados obtidos nos primeiros anos de vida podem dever-se ao acompanhamento mais regular e completo, requerido neste período, com maior número de consultas e maior número de vacinas recomendadas.

### **Rastreio Oncológico**

Atualmente as doenças oncológicas constituem a segunda causa de morte mais frequente em Portugal e a primeira antes dos 65 anos de idade.<sup>14</sup> Neste sentido a deteção de neoplasias em estadios precoces, através de rastreios populacionais, é de extrema importância para minimizar a progressão da doença e possibilitar uma abordagem terapêutica com intuito curativo.

Assim, de acordo com o Despacho n.º 8254 de 2017, estão preconizados em Portugal os rastreios oncológicos de base populacional da mama feminina, do colo do útero e do cólon e reto.<sup>30</sup> Dentro do panorama europeu, Portugal apresenta taxas de rastreio do cancro da mama e do colo do útero acima da média europeia e uma taxa de rastreio do cancro colo retal sobreponível.<sup>10</sup>

O rastreio do cancro da mama feminina, destina-se a mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos inclusive e é feito com recurso a uma mamografia com dupla leitura, a cada 2 anos.<sup>30</sup>

O rastreio do cancro do colo do útero, consiste na pesquisa de ácidos nucleicos dos serotipos oncogénicos do vírus do papiloma humano em citologia vaginal, a realizar de 5 em 5 anos, em mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos inclusive.<sup>30</sup>

O rastreio do cancro colo retal é feito através da pesquisa de sangue oculto nas fezes pelo método imunoquímico, de 2 em 2 anos, em todos os utentes com idades entre 50 e 74 anos inclusive.<sup>30</sup>

No âmbito do rastreio oncológico, podemos concluir que não existem diferenças entre os dois ACeS estudados, sendo a atividade preventiva de igual qualidade em ambos os territórios.

## **Capacidade de Resposta**

Por último, avaliou-se a capacidade de resposta dos serviços de saúde através do estudo do acesso a consultas médicas; dos tempos de resposta a consultas iniciadas pelo utente e da acessibilidade à unidade funcional de inscrição. Verificou-se que o ACeS BIS apresenta melhores resultados no atendimento imediato do doente, com menor número de consultas “do dia” efetuadas em UF diferente, mas maiores tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para consultas médicas. Estes resultados podem encontrar explicação no facto de o ACeS BM apresentar um maior número de respostas como “Consulta Aberta do Centro de Saúde”, por exemplo ao fim de semana, com possibilidade de acesso por parte de utentes de diferentes UFs, complementando a atividade da UF de inscrição. Relativamente aos TMRG superiores no ACeS BIS, poderão dever-se ao facto de a população deste ACeS ser mais envelhecida, com um índice de envelhecimento de 250,1 (superior à ARS Centro e ao ACeS BM)<sup>31,32</sup>, levando a uma maior procura de cuidados de saúde – vão mais vezes ao médico e têm tempos de contacto superiores, visto que na maior parte das vezes são doentes que requerem uma abordagem complexa por serem portadores de multi patologia - com consequente aumento dos TMRG.

## CONCLUSÃO

Este estudo evidencia que a dicotomia litoral/interior tem pouca expressão ao nível dos CSP portugueses, embora possamos apontar algumas áreas de atuação com diferenças dignas de registo. Atividades que requerem articulação e cooperação com os cuidados mais diferenciados, apresentam piores resultados nos cuidados de saúde localizados no interior, por este território ser dotado de menos resposta especializada, por razões demográficas e consequente tentativa de gestão racional dos recursos disponíveis, com a localização dos hospitais em áreas de maior densidade populacional.

Outra importante área em que os CSP do interior apresentam desvantagem é na capacidade de resposta, dado servirem populações mais envelhecidas com múltiplas patologias simultâneas que requerem um maior número de contactos e mais prolongados.

Sai também fortalecida deste estudo a necessidade de registos completos por parte de todos os profissionais de saúde por forma a permitir uma análise mais fidedigna do estado da saúde em Portugal.

Assim, a identificação de iniquidades na prestação de cuidados de saúde e das populações mais carentes constitui o primeiro passo para que se implementem políticas que visem combater estas desigualdades e promover a saúde global das populações. Uma vez que, por os recursos serem limitados não há a possibilidade de ter um hospital em todos os municípios, os CSP representam a melhor forma de tratar a equidade, fortalecendo a sua articulação com os cuidados diferenciados, aumentando a literacia em saúde da sua população e reforçando os seus meios técnicos e humanos.

## REFERÊNCIAS

1. Biscaia AR, Fehn AC, Pereira A. O médico de família português: uma narrativa. *Cad. Saúde Pública* 2019;35(1):e00127118.
2. Assitência MdSe. Decreto-Lei nº 35311. Lisboa: Diário do Governo; 1946.
3. Unidas OdN. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas; 1948.
4. Assitência MdSe. Decreto-Lei nº 413/71. Lisboa: Diário do Governo; 1971.
5. Simões JAR. Ética e Cuidados de Saúde Primários. 2015.
6. Gonçalves PNDFM. Cuidados de Saúde Primários: Importância e Perspectivas. Porto: Universidade do Porto; 2015.
7. Constituinte A. Constituição da República Portuguesa. Lisboa; 1976.
8. República Ad. Lei 56/79. Lisboa; 1979.
9. República Ad. Lei 48/90. Lisboa; 1990.
10. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Brussels:OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
11. Costa C, Tenedório JA, Santana P. Disparities in Geographical Access to Hospitals in Portugal. *ISPRS Int. J. Geo-Inf.* 2020;9(10):567.
12. Saúde Md. Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020. Lisboa; 2015.
13. Starfield B. Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs. *Humanity & Society.* 2009;33(1-2):56-73.
14. Saúde Md. Relatório Anual do acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Lisboa; 2019.
15. Teixeira MLF. Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde: a associação com a multimorbilidade. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2020.
16. Saúde Md. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - ACES BM Lisboa: Ministério da Saúde; 2019 [Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/Pages/default.aspx>].



17. Saúde Md. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - ACES BIS Lisboa: Ministério da Saúde; 2019 [Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20007/Pages/default.aspx>].
18. Saúde Md. Retrato da Saúde. Lisboa; 2018.
19. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39:3021-3104.
20. Saúde D-Gd. NOC 026/2011, de 29/09/2011, atualizada a 19/03/2013: Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Lisboa.
21. Saúde D-Gd. NOC 033/2011, de 30/09/2011, atualizada a 06/12/2012: Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada A1c. Lisboa.
22. Saúde D-Gd. NOC 001/2011, de 07/01/2011: Terapêutica da Diabetes Mellitus Tipo 2: metformina. Lisboa.
23. Saúde D-Gd. NOC 025/2011, de 29/09/2011, atualizada a 27/01/2014: Insulinoterapia na Diabetes Mellitus Tipo 2. Lisboa.
24. Saúde D-Gd. NOC 006/2011, de 27/01/2011: Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética. Lisboa.
25. Saúde D-Gd. Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus Tipo 2. Lisboa; 2013.
26. Saúde D-Gd. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa; 2015.
27. Saúde D-Gd. NOC 023/2011, de 29/09/2011, atualizada a 21/05/2013: Exames Ecográficos na Gravidez de Baixo Risco. Lisboa.
28. Saúde D-Gd. NOC 037/2011, de 30/09/2011, atualizada a 20/12/2013: Exames Laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco. Lisboa.
29. Saúde D-Gd. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa; 2013.
30. Saúde GdSdEAed. Despacho nº 8254/2017. Lisboa; 2017.
31. Centro ARS. Perfil Local de Saúde AceS BIS. Portugal; 2016.
32. Centro ARS. Perfil Local de Saúde AceS BM. Portugal; 2016.

## ANEXOS

### Anexo 1. Verificação dos pressupostos para a utilização da estatística paramétrica

| Variável  | Teste Shapiro-Wilk p-value | Paramétrico ou Não paramétrico | Teste estatístico utilizado                 |
|---|----------------------------|--------------------------------|---|
| Proporção hipertensos c/ PA em cada semestre                  | 0.509                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção hipertensos c/ idades [18;65[A, c/ PA ≤ 140/90 mmHg | 0.685                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção diabéticos c/ última HbA1c ≤ 8,0%                   | 0.304                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção diabéticos < 65A c/ HbA1c ≤ 6.5%                    | 0.987                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção diabéticos c/ uma HbA1c por semestre                | 0.212                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção diabéticos c/ microalbuminúria no último ano        | 0.219                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção diabéticos c/ PA ≥ 140/90 mmHg                      | 0.000                      | Não Paramétrico                | Teste U de Mann-Whitney                     |
| Proporção diabéticos c/ exame oftalmológico último ano        | 0.435                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção diabéticos c/ exame dos pés no último ano           | 0.005                      | Não Paramétrico                | Teste U de Mann-Whitney                     |
| Proporção grávidas com ecografia do 1º Trimestre              | 0.084                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção grávidas com ecografia do 2º Trimestre              | 0.021                      | Não Paramétrico                | Teste U de Mann-Whitney                     |
| Proporção grávidas com ecografia do 3º Trimestre              | 0.378                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Índice realização exames laboratoriais 1º Trimestre           | 0.006                      | Não Paramétrico                | Teste U de Mann-Whitney                     |
| Índice realização exames laboratoriais 2º Trimestre           | 0.146                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Índice realização exames laboratoriais 3º Trimestre           | 0.417                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção MIF c/ acompanhamento adequado em PF                | 0.371                      | Paramétrico                    | Teste T Student para amostras independentes |

|  |       |                 |   |
|--|-------|-----------------|---|
| Proporção crianças c/ 1 A, c/ acompanhamento adequado                                    | 0.006 | Não Paramétrico | Teste U de Mann-Whitney                     |
| Proporção crianças c/ 2 A, c/ acompanhamento adequado                                    | 0.231 | Paramétrico     | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção crianças c/ 7 A, c/ consulta médica e PNV                                      | 0.000 | Não Paramétrico | Teste U de Mann-Whitney                     |
| Proporção crianças c/ 14 A, c/ consulta médica e PNV                                     | 0.145 | Paramétrico     | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção mulheres c/ [50;70[A c/ mamografia nos últimos 2 anos                          | 0.126 | Paramétrico     | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção mulheres c/ [25;60[A c/ rastreio cancro colo do útero                          | 0.945 | Paramétrico     | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção utentes c/ [50;75[A c/ rastreio cancro colo retal                              | 0.191 | Paramétrico     | Teste T Student para amostras independentes |
| Taxa utilização global de consultas médicas  | 0.405 | Paramétrico     | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção consultas médicas iniciadas pelo utente realizadas nos primeiros 15 dias úteis | 0.003 | Não Paramétrico | Teste U de Mann-Whitney                     |
| Proporção consultas médicas realizadas no dia do agendamento                             | 0.659 | Paramétrico     | Teste T Student para amostras independentes |
| Proporção consultas médicas “do dia” efetuadas em UF diferente                           | 0.000 | Não Paramétrico | Teste U de Mann-Whitney                     |