



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Cobertura por Cuidados de Saúde Primários e Resultados em
Saúde no Internamento Hospitalar em Portugal continental**

L Curso de Especialização em Administração Hospitalar

FRANCISCO ROCHA

D e z e m b r o 2 0 2 2



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Cobertura por Cuidados de Saúde Primários e Resultados em Saúde no Internamento Hospitalar em Portugal continental

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a
orientação científica do Professor Doutor Carlos Costa

D e z e m b r o 2 0 2 2

RESUMO

Introdução: Os cuidados de saúde primários têm sido objeto de estudo ao longo das últimas décadas, nas áreas de políticas e de sistemas de saúde. A literatura aponta para a existência de um contributo dos cuidados de saúde primários para a melhoria dos resultados em saúde. As Condições Sensíveis a Cuidados de Ambulatório (CSCA) são um grupo de patologias onde os cuidados de saúde primários podem ter um forte impacto. O presente trabalho propôs-se a averiguar a existência de uma relação entre os cuidados de saúde primários com alguns resultados em saúde a nível do internamento hospitalar em Portugal.

Metodologia: Foi realizado um estudo ecológico, onde se analisou a população em internamento hospitalar entre 2014 e 2018, assim como aquela com internamentos por pneumonia bacteriana, infeção do trato urinário, doença pulmonar obstrutiva crónica e asma. Foi feita uma análise de correlação entre a proporção de utentes sem médico de medicina geral e familiar atribuído e os resultados em saúde episódios de internamento, duração do internamento, tipo de admissão e mortalidade.

Resultados: Verificou-se que o aumento de utentes sem médico de medicina geral e familiar atribuído está associado a um menor número de episódios de internamento por 100.000 habitantes e a um aumento da demora média de internamento. Para as condições sensíveis a cuidados de ambulatório verificou-se que a este aumento está associado uma maior demora média de internamento para a pneumonia bacteriana, infeção do trato urinário e doença pulmonar obstrutiva crónica. Nesta última, verificou-se igualmente que este aumento se associa a um menor número de episódios de internamento e menor número de episódios com admissão urgente.

Conclusão: O presente trabalho analisou a interação entre os cuidados de saúde primários e os resultados em saúde a nível hospitalar, para a população em geral e para algumas condições sensíveis a cuidados de ambulatório. A identificação e caracterização desta relação tem como intuito aumentar o conhecimento da relação dos cuidados de saúde primários com os resultados em saúde no internamento hospitalar em Portugal.

Palavras-Chave: Cuidados de Saúde Primários; Condições Sensíveis a Cuidados de Ambulatório; Internamento hospitalar; Resultados em saúde.

ABSTRACT

Background: Primary health care has been the subject of study over the last few decades in health policies and systems. The literature points to the contribution of primary health care to the improvement of health outcomes. Ambulatory care sensitive conditions are a group of conditions where primary health care can have a strong impact. The present work aimed to investigate the existence of a relationship between PHC and some health outcomes in hospital admissions in Portugal.

Methodology: An ecological study was carried out, which analysed the population hospitalized between 2014 and 2018, as well as hospital admissions due to bacterial pneumonia, urinary tract infection, chronic obstructive pulmonary disease and asthma. A correlation analysis was carried out between the proportion of patients without a general doctor assigned, with some health outcomes, such as episodes of hospitalization, length of stay, type of admission and mortality.

Results: It was found that the increase in patients without a general doctor is associated with a lower number of admissions per 100,000 inhabitants and an increase in the average length of stay. For the Ambulatory care sensitive conditions, it was found that this increase is associated with a longer average length of stay for bacterial pneumonia, urinary tract infection and chronic obstructive pulmonary disease. In the latter, it was also found that the increase is associated with a lower number of admissions and a lower number of urgent admissions.

Conclusion: The present work analysed the interaction between primary health care and health outcomes at the hospital level for the general population and some ambulatory care sensitive conditions. The purpose of identifying and characterizing this relationship is to increase knowledge of the relationship between primary health care and health outcomes in hospital admissions in Portugal.

Keywords: Primary Health Care; Ambulatory Care Sensitive Conditions; Hospitalization; Health outcomes.

Índice

Lista de figuras e quadros.....	iv
Lista de siglas e abreviaturas.....	v
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO	3
3. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	15
3.1. Pergunta de Investigação	15
3.2. Objetivo Geral.....	15
3.3. Objetivos Específicos.....	15
4. METODOLOGIA.....	17
4.1. Tipo de Estudo.....	17
4.2. População-alvo, critérios de inclusão e critérios de exclusão	17
4.3. Fonte de Dados	18
4.4. Variáveis em Estudo	18
4.5. Análise de dados	19
5. RESULTADOS	21
5.1. Caracterização da população em estudo.....	21
5.1.1. Análise dos resultados em saúde por ACES	22
5.1.2. Análise de correlação	27
5.2. Caracterização das condições sensíveis a cuidados ambulatoriais.....	28
5.2.1. Pneumonia Bacteriana	28
5.2.2. Infecção do Trato Urinário.....	31
5.2.3. DPOC.....	33
5.2.4. Asma	35
6. DISCUSSÃO	37
6.1. Discussão metodológica.....	37
6.1. Discussão dos resultados.....	38
7. CONCLUSÃO.....	45
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
9. ANEXOS.....	51

Lista de figuras e quadros

Figura 1. Modelo conceitual dos CSP e mortalidade.....	9
Quadro I. Condições sensíveis a cuidados ambulatoriais	13
Quadro II. Variáveis em estudo.....	19
Quadro III. Caracterização da população em estudo	21
Quadro IV. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES.....	22
Quadro V. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes.....	24
Quadro VI. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para a população geral	27
Quadro VII. Caracterização dos internamentos por pneumonia bacteriana.....	28
Quadro VIII. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para os episódios de pneumonia bacteriana.....	29
Quadro IX. Caracterização dos internamentos por ITU.....	31
Quadro X. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para os episódios de ITU.....	32
Quadro XI. Caracterização dos internamentos por DPOC	33
Quadro XII. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para os episódios de DPOC	34
Quadro XIII. Caracterização dos internamentos por asma.....	35
Quadro XIV. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para os episódios de asma	36
Quadro XV. Correspondência entre os ACES com concelhos e freguesias que os compõe	51
Quadro XVI. Codificação operacional dos ACES	59
Quadro XVII. População sem médico de MGF atribuído, por ACES.....	61
Quadro XVIII. População residente, por ACES.....	62
Quadro XIX. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes.....	63
Quadro XX. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes.....	65
Quadro XXI. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes.....	67
Quadro XXII. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes.....	69

Lista de siglas e abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
BDMH	Base de Dados da Morbilidade Hospitalar
CSCA	Condições Sensíveis a Cuidados Ambulatórios
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
GDH	Grupo de Diagnósticos Homogéneos
ITU	Infeção do Trato Urinário
MGF	Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
P4P	<i>Pay-for-Performance</i>
SMP	Serviço Médico à Periferia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários (CSP) têm sido objeto de estudo ao longo das últimas décadas, nas áreas de políticas e sistemas de saúde, organizações dos sistemas de saúde e avaliação de resultados em saúde. A literatura aponta para a sua existência como contributo para a melhoria dos resultados em saúde em sistemas cujos CSP sejam fortes e se encontrem bem implementados¹, como redução da mortalidade, melhoria da morbilidade e menores custos associados ao setor da saúde.

Os CSP ao assumirem o papel de porta de entrada para o sistema de saúde, apresentam várias vantagens. São acessíveis a todos os cidadãos, independentemente da sua condição social e local de residência, são menos dispendiosos, em comparação com os cuidados hospitalares quanto a equipamentos e recursos humanos, e, uma vez que apresentam uma organização mais simples, podem ser replicados numa larga escala, inclusivamente nos locais mais remotos, e por um preço relativamente baixo². O médico de medicina geral e familiar (MGF) é, tendencialmente, o primeiro contacto do utente com os cuidados de saúde, tendo uma visão global da sua saúde, dos estilos de vida, das suas diferentes comorbilidades e conseqüentes necessidades. Esta posição privilegiada permite atuar na prevenção primária, maximizando a sua saúde, e na prevenção secundária, terciária e quaternária, pelo seguimento das doenças crónicas e referenciação para cuidados especializados².

Nas últimas décadas, a literatura tem vindo a apontar para os benefícios que advêm do investimento nos CSP. Esta evidencia que os países, ou regiões, com mais médicos de família têm melhores resultados em saúde, tais como menor mortalidade por todas as causas e para doenças específicas. Aponta ainda que quem é seguido regularmente por um médico de MGF tem melhores resultados em saúde^{2,3}. Destaca-se ainda, uma comparação internacional que indica uma melhor saúde da população nos países onde o sistema de saúde apresenta uma maior orientação para os CSP^{2,3}.

Em Portugal, os CSP têm sido foco permanente das políticas de saúde de sucessivos governos, sendo importante conhecer que ganhos se têm vindo a obter através na aposta neste tipo de serviços, nomeadamente, que resultados em saúde estes possibilitaram alcançar.

O presente trabalho propôs-se a averiguar a existência de uma relação entre os CSP com alguns resultados em saúde a nível do internamento hospitalar em Portugal.

2. ENQUADRAMENTO

Cuidados de Saúde Primários

O tema, e o termo “cuidados de saúde primários” teve o seu início na década de 70 do século XX, com a sua introdução e maturação nas 28.^a, 29.^a e 30.^a Assembleias Mundiais de Saúde. Como grande impulsionador desta nova visão dos CSP, esteve o médico dinamarquês e Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Halfdan Mahler. Os conteúdos técnicos e políticos foram ganhando contornos, e na 30.^a Assembleia Mundial de Saúde foi proposto a todos os sistemas de saúde do mundo o compromisso de que todas as pessoas, famílias e comunidades pudessem ter acesso de uma forma equitativa a cuidados de saúde essenciais na proteção e promoção da saúde⁴.

A definição dos princípios e o aprofundamento técnico dos seus conceitos, implicações práticas e recomendações, foram acordadas e explicitadas em 1978, na Declaração e Recomendações da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, comumente denominada por “Declaração de Alma-Ata”⁴.

O conceito de CSP tem evoluído com o acumular de anos e experiência, tendo sido alvo de inúmeras redefinições e reinterpretações nas últimas décadas, levando a alguns constrangimentos quanto ao seu conceito e aplicação. De acordo com a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, os CSP são *“uma abordagem à saúde a toda a sociedade, que tem como objetivo garantir os maiores níveis de saúde e bem-estar possíveis e a sua distribuição equitativa, através no foco nas necessidades das pessoas, o mais precoce possível ao longo do continuum de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, e o mais próximo possível ao ambiente do dia a dia das pessoas”*⁵. Mais que uma tipologia de serviços de saúde, os CSP assumem um compromisso para com a justiça social, equidade e solidariedade na distribuição da saúde⁵.

Os CSP podem ser caracterizados pela conjugação das três vertentes que os compõem, interligadas entre si e indissociáveis, sendo elas os serviços de saúde, as políticas de saúde e a comunidade. Quanto aos serviços de saúde, engloba os locais e infraestruturas onde são prestados os cuidados de saúde, assim como, os profissionais que, de forma direta ou indireta, prestam ou contribuem para a prestação de cuidados de saúde. Quanto às políticas de saúde, tem-se as políticas multisectoriais, planos, programas e ações de saúde que têm como intuito guiar a abordagem aos

determinantes de saúde a montante da doença, a gestão da doença e coordenar a atuação dos CSP de acordo com as várias fases do ciclo de vida. Por fim, a comunidade, e os indivíduos que nela se inserem, não só com produto final da atuação dos CSP, mas com um papel crescente na participação social da comunidade como um todo, através da consciencialização dos autocuidados de saúde necessários para preservar a mesma, e atrasar o desenvolvimento da doença⁵.

A sua atuação aborda os determinantes de saúde da população e foca-se no tratamento holístico do indivíduo. Esta é feita através de uma abordagem compreensiva que engloba os aspetos físicos, mentais e sociais da saúde e do bem-estar. Os cuidados providenciados são realizados ao longo de toda a vida do utente, e não só em períodos específicos de doença. Alinhados com a estruturação dos sistemas de saúde onde se inserem, tendem a funcionar como porta de entrada no sistema de saúde, sendo capazes de dar uma resposta satisfatória a uma vasta maioria de necessidades de saúde da população e aos seus problemas de saúde.

Assim, os CSP estão incumbidos de manter a população saudável através de medidas de prevenção e atuação atempada nos seus determinantes e problemas de saúde, e também, gerir de forma coordenada as patologias crónicas, prevenindo a deterioração da saúde dos pacientes³.

Evolução histórica em Portugal

Em Portugal, a rede de centros de saúde teve o seu início em 1971-1973, antecipando alguns conceitos de serviços de saúde de proximidade, posteriormente elencados na Declaração de Alma-Ata⁴. O período pós-revolução de 1974, impulsionado pela revisão da Constituição da República Portuguesa⁶, cujo artigo 64.º dita que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde, através de um serviço nacional de saúde universal e geral, viu nos centros de saúde uma base essencial para a prestação generalizada de cuidados de saúde em todo o território nacional. Esta cobertura foi conseguida com o Serviço Médico à Periferia (SMP), prestada pelos jovens médicos recém-formados da universidade, tendo vigorado entre 1975 e 1982⁴.

Em 1982, o Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto, que regula as carreias médicas, dá luz à criação da carreira de clínica geral. Este define o médico de clínica geral como sendo um “profissional habilitado para prestar cuidados primários a indivíduos, famílias

e populações definidas, exercendo a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação sócio-económica”⁷. Esta nova figura do “médico de família” possibilitou descontinuar o SMP, ao mesmo tempo que a rede de postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência foi sendo integrada na rede de centros de saúde, através do Despacho Normativo n.º 97/83, constituindo assim os centros de saúde de “2.ª Geração”⁸.

No início da década de 90 do século XX, com a Lei de Bases da Saúde⁹ e com o Decreto-Lei n.º 11/93¹⁰, é criado o conceito de Grupos Personalizados de Centros de Saúde que, de certa forma, representam uma antecipação do conceito dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), criados posteriormente.

O ano de 1995 foi o início de uma série de vários projetos de ajuste e reestruturação do funcionamento dos centros de saúde, nomeadamente a criação do conceito de organização por equipas multidisciplinares, representando os primeiros passos para a constituição de Unidades de Saúde Familiares (USF)⁴. De destacar o “Projeto Alfa” e o regime remuneratório experimental¹¹, como dois marcos deste período, onde o primeiro estimulou soluções organizativas da iniciativa dos profissionais para um melhor aproveitamento das capacidades e meios existentes nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e o segundo possibilitou a remuneração dos profissionais de saúde associada à quantidade de trabalho e qualidade do desempenho profissional⁴.

Em 2005 inicia-se a reforma dos cuidados de saúde primários, com o Decreto-Lei n.º 88/05¹². Este foi um processo longo, com avanços e retrocessos, considerando-se ainda por terminar. Apesar disso, constitui um dos melhores exemplos de reformas de serviços públicos realizado em Portugal, nas últimas décadas. Como propósito, teve a otimização e sustentabilidade do SNS através da prestação de cuidados de saúde de melhor qualidade, alinhados com orientações técnicas e científicas atualizadas, e a melhoria da acessibilidade aos CSP, por parte de todos os cidadãos^{13,14}.

As principais novidades trazidas nesta reforma encontraram-se ao nível da orgânica do modelo estrutural dos CSP e respetivo modelo de financiamento. No que concerne à primeira, reconfiguraram-se, de forma faseada, os centros de saúde existentes. Inicialmente foram constituídas unidades funcionais autónomas e de dimensão reduzida, as USF, com a aposta em pequenas equipas, multidisciplinares, auto-organizadas e com elevado grau de autonomia e voluntárias, com o intuito de prestar cuidados de saúde à população. Proporcionou-se, deste modo, uma maior proximidade ao cidadão e uma maior qualidade do serviço prestado, através de um modelo de

contratualização interna e externa. Posteriormente, criaram-se os ACES, através do Decreto-Lei n.º 28/08, compostos por várias unidades funcionais, entre as quais as USF do tipo A e B e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), com a intenção de agregar recursos e estruturas de gestão, eliminar concorrências estruturais e viabilizar estratégias ao nível dos CSP, indo ao encontro das necessidades e expectativas das populações^{14,15}.

A novidade trazida pela reforma ao nível do financiamento passou pela introdução de um novo mecanismo de financiamento, em particular nas USF modelo B, que veio contrastar com o regime de salário fixo em vigor até à data. Com a reforma foi introduzido um regime de salário fixo, complementado por componentes de capitação e de *pay-for-performance* (P4P)¹⁶. Neste modelo misto de pagamento, o salário fixo oferece segurança financeira e reduz o risco de seleção de doentes, enquanto o P4P promove a eficiência, a contenção de custo, a continuidade dos serviços prestados e a prestação de práticas clínicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção da doença, associado a uma melhoria da qualidade dos serviços prestados¹⁷.

Tanto a reorganização da orgânica estrutural dos CSP, como o novo modelo de financiamento revelaram-se um exemplo de sucesso da reforma de um serviço público em Portugal. Quando se comparam os indicadores de desempenho antes e depois desta reforma, a principal melhoria situa-se a nível do acesso aos CSP, sendo exemplo, um maior número de cidadãos com médico de MGF atribuído, maior número de consultas nos CSP, maior número de grávidas acompanhadas durante o período de gravidez e maior número de consultas de saúde infantil realizadas. Comparando as USF modelo B implementadas com as restantes unidades funcionais de prestação de cuidados médicos e de enfermagem ainda existentes, USF modelo A e UCSP, verificou-se uma melhoria dos cuidados de saúde prestados, tendo como exemplo o melhor seguimento dos doentes diabéticos e hipertensos, uma melhor implementação dos rastreios oncológicos de base populacional, menor número de utilização de urgências por utente inscrito e um menor número de internamentos evitáveis¹⁴. A par deste, verificou-se uma melhor eficiência de gestão financeira, comprovada pela menor despesa com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica^{16,17}.

Os CSP assumem um vasto conjunto de funções, desde a componente técnica da atividade assistencial prestada, até ao papel estratégico que assume dentro dos sistemas de saúde³.

Da vasta abrangência das suas atuações, destacam-se dois componentes fundamentais para a boa implementação dos CSP, sendo estes o papel como porta de entrada nos cuidados de saúde e o modelo de proximidade com a população na prestação dos cuidados de saúde¹⁸.

O modelo de organização dos CSP tem sido alvo de intenso debate, tendo-se teorizado bastante quanto à sua orgânica e quanto ao seu modelo conceptual. Barbara Starfield³ descreve um modelo de organização dos CSP baseado em quatro pilares estruturantes para um modelo robusto e sustentável, sendo eles:

- Acessibilidade
- Continuidade de cuidados;
- Compreensividade;
- Coordenação.

Por acessibilidade considera-se a capacidade, facilidade e universalidade de aceder aos serviços prestados pelos CSP. Tem-se ainda o papel dos CSP como primeiro contacto nos cuidados de saúde. Este funciona como “porta de entrada” aos cuidados de saúde, onde os médicos de medicina geral e familiar, em conjunto com as equipas de multidisciplinares, avaliam e tratam os utentes¹⁷.

A continuidade de cuidados consiste no acompanhamento do utente ao longo do seu ciclo de vida. O acompanhamento do utente por um longo período, ao invés de um contacto pontual em situações agudas, permite que haja uma relação mais próxima e um trabalho consistente e prolongado ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. Este acompanhamento tem por base a relação médico-doente que vai sendo solidificada ao longo do tempo, com mútuos benefícios nos resultados obtidos. Assim, o médico de família assume ativamente a responsabilidade da promoção da saúde e gestão da doença dos seus utentes¹⁹. Este ponto revela uma alteração do paradigma clássico com alteração do foco na doença para o foco no doente^{3,18}. Existe, no entanto, dificuldade em definir de forma concreta e mensurável a continuidade dos cuidados, não havendo ainda uniformidade nas métricas utilizadas. Apesar disso, três características são consideradas como fundamentais para a definição da continuidade, a informacional,

a longitudinal e a interpessoal. Informacional baseia-se no facto de que o médico tem presente toda a informação clínica e não clínica essencial do doente, de modo a abordar de forma holística os seus utentes. Como longitudinal, entende-se o acompanhamento dos utentes ao longo do tempo, e não exclusivamente nos episódios agudos. Por interpessoal, entende-se a construção de uma relação médico doente sólida¹⁹.

Quanto à compreensividade, apresenta como premissa que todos os problemas de saúde da população deverão ser abordados e tratados nos CSP, excetuando os problemas de elevada diferenciação, que devem ser encaminhados para os cuidados especializados na patologia em questão. Neste modelo, parte das necessidades dos doentes são supridas ao nível dos CSP, recorrendo-se a cuidados ainda mais diferenciados, como cuidados hospitalares, apenas nas situações em que o médico dos CSP não detenha diferenciação técnica suficiente para resolver o problema do utente. Para o seu cumprimento é, no entanto, fulcral que haja a capacidade de resposta atempada, que possibilite a consulta e resolução dos problemas em tempo útil^{3,18}. Este ponto promove o conceito dos CSP como reguladores de acesso ao sistema de saúde, tendo um elevado contributo para a redução de recursos hospitalares^{3,18,20}. Pode ser alcançado através da organização de equipas multidisciplinares de médicos, enfermeiros e outros profissionais de apoio. Este ponto baseia-se na capacidade técnica que os CSP têm na abordagem e resolução de uma quantidade vasta de problemas de saúde, fruto da formação dos seus profissionais, com particular enfoque na formação dos seus médicos no diagnóstico e tratamento de patologias de vários sistemas funcionais. O leque de serviços de cuidados prestados deverá englobar a promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento. Estima-se que apenas um a dois problemas de saúde agudos, por cada mil, necessitassem de cuidados hospitalares especializados, sendo os restantes passíveis de resolução nos CSP³. Desde modo, uma boa organização dos CSP, em termos de qualidade e implementação, tem a capacidade de reduzir a referência para os cuidados de saúde hospitalares¹⁸.

Em relação à coordenação considera-se a capacidade organizativa dos CSP em se organizar com entidades terceiras, de modo a conseguir dar resposta às necessidades de saúde dos utentes que os próprios CSP não têm capacidade técnica ou de recursos para resolver. O enfoque da comunicação e coordenação interprofissionais e interorganizacional está nos sistemas informáticos de suporte, que devem ser capazes de dar a respostas apropriada às necessidades de comunicação e transferência de informação entre os CSP e os seus parceiros. A harmonização das operações entre os cuidados levará a um percurso dos doentes pelo sistema de saúde, com maior fluidez^{3,18}.

Assim, temos que este modelo dos cuidados de saúde primários de Starfield^{3,18} é a base para a avaliação da sua robustez. As suas valências primárias, acessibilidade, continuidade, compreensividade e coordenação, estão na agenda política de vários países, quer pela sua função de melhoria dos cuidados de saúde prestado, quer pelo seu contributo para a diminuição dos custos hospitalares.

Resultados em saúde e os CSP

Parte dos óbitos pode ser previsto tendo em conta as características da população e respetivas comorbilidades²¹. Contudo, cuidados de saúde apropriados e de forma atempada podem alterar este resultado, alterando diretamente o agravamento de uma ou mais patologias, ou alterando determinantes de saúde ou patologias que a longo prazo contribuem para o aparecimento de doenças mais graves²¹. A figura 1 retrata o contributo dos CSP na gestão da saúde da população.

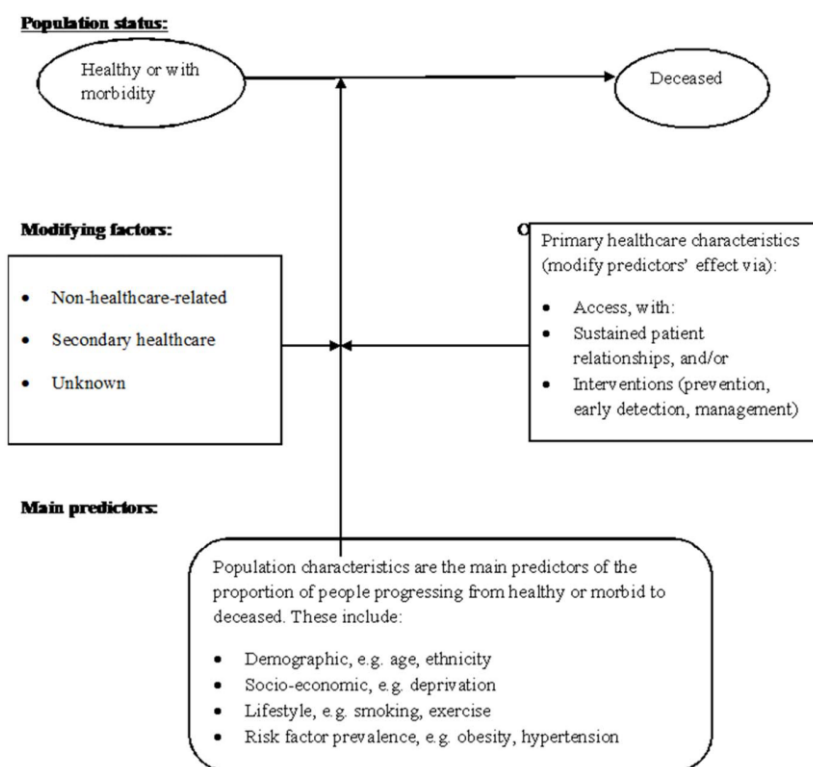


Figura 1. Modelo conceitual dos CSP e mortalidade²¹

Uma revisão recente aponta quatro mecanismos que justificam o impacto positivo dos CSP com os resultados em saúde²²:

- Confiança e boa comunicação;
- Doentes não terem de repetir consistentemente o seu histórico clínico;
- Sentimento de segurança;
- Facilidade no encaminhamento e navegação pelo sistema de saúde.

As métricas utilizadas para medir a cobertura dos CSP baseiam-se na população com médico de MGF atribuído. Esta é uma aproximação à realidade, uma vez que a atribuição de um médico de MGF a um utente não implica que este frequente regularmente as suas consultas. Esta métrica é frequentemente utilizada devido à dificuldade dos sistemas informáticos atuais em seguir o doente ao longo do seu percurso nas várias instituições de saúde.

No que toca à avaliação dos resultados em saúde, têm sido utilizados vários indicadores para avaliar a prestação dos cuidados pelos CSP.

Mortalidade

A mortalidade é um dos indicadores persistentemente utilizados na avaliação destes serviços. Está intimamente relacionada com a continuidade de cuidados, sendo menor quanto maior for a continuidade, no tempo e na frequência¹⁹. Numa revisão de literatura relativa à continuidade de cuidados, Gray *et al.* conclui que a mortalidade é menor com o aumento da continuidade dos cuidados²³. O estudo aponta para uma associação entre a continuidade da prestação de cuidados de saúde pelos CSP com a diminuição da mortalidade. No entanto, esta associação apresentou elevada variabilidade, consoante as diferentes características da população em análise, podendo inclusivamente não estar presente¹. Na sua revisão, não apontou que mecanismos poderão justificar as variações encontradas, sendo necessário aprofundar a investigação relativamente ao impacto que apresentam diferentes modelos de continuidade de cuidados em diferentes populações¹.

Na revisão de literatura de Baker²⁴, relativa à continuidade de cuidados e à mortalidade, os resultados obtidos foram semelhantes. Nove dos doze artigos analisados apresentaram um efeito protetor da continuidade dos cuidados com a mortalidade, dois artigos não encontraram associação estatisticamente significativa e um artigo apresentava resultados variáveis consoante a definição de continuidade de cuidados

utilizada²⁴. Os estudos abordaram vários tipos de mortalidade, como mortalidade por todas as causas, por doença cardíaca, por acidente vascular cerebral ou por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)²⁴. No entanto, nenhum artigo conseguiu quantificar, ou sugerir, uma dose-resposta de continuidade de cuidados necessária, e como a mortalidade varia consoante a variação da continuidade dos cuidados²⁴. Em contraste com Gray *et al.*²³, Baker apresenta vários potenciais mecanismos que justifiquem a diminuição da mortalidade, sendo eles o maior conhecimento dos doentes por parte do médico, maior confiança do doente no seu médico, com a melhoria da comunicação e aumento da adesão à terapêutica e por fim, o aumento da responsabilidade por parte do clínico, ao acompanhar os doentes por longos períodos²⁴. Porém, nenhuma destas justificações foi apontada de forma inequívoca, como sendo o motivo para a menor mortalidade verificada²⁴. Por sua vez, Sandvik *et al.* quantifica uma dose-resposta entre o aumento da continuidade dos cuidados com a diminuição da mortalidade, sendo o expoente máximo dos seus resultados os utentes com continuidade superior a quinze anos, onde existe uma redução de mortalidade por todas as causas, episódios de ida às urgências e internamento por doença aguda entre 25 e 30%¹⁹.

Nos Estados Unidos da América (EUA), um maior rácio de médicos de MGF por população está associado a uma menor mortalidade global, assim como, uma menor mortalidade por causas específicas, como doença cardíaca, neoplasia ou acidentes vasculares cerebrais^{3,25,26}. Esta análise revelou-se particularmente importante num país como os EUA, onde os médicos de MGF não estão organizados num sistema de prestação de CSP como o que se verifica num grande número de países europeus, onde se inclui Portugal.

Dado a dificuldade na obtenção de dados individualizados, parte considerável dos trabalhos de investigação utiliza desenhos de estudo observacionais com base populacional. Estes apresentam algumas limitações no que toca à extrapolação de resultados. Com o intuito de aprofundar a análise. Jerant *et al.* acompanhou uma coorte, onde avaliou a continuidade dos cuidados e os resultados obtidos ao longo de seis anos²⁷. Nesta população, confirmou uma associação entre o maior acompanhamento nos CSP, autorreportado, com uma diminuição da mortalidade.

Episódios de Urgência

O rápido crescimento na utilização dos serviços de urgência (SU) resultou numa utilização excessiva e conseqüente congestionamento deste tipo de serviços em vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico^{28,29}.

Os CSP têm impacto na utilização dos SU, nomeadamente, na redução do uso destes serviços, quando se encontram bem estabelecidos, com acesso universal e resposta atempada às necessidades de saúde da população²⁸. Estima-se que cerca de 15 a 40% dos episódios da atividade do SU são para problemas de saúde que poderiam ter sido tratados com qualidade e segurança fora dos hospitais²⁸.

Contudo, o efeito dos CSP na diminuição do recurso aos cuidados prestados pelos SU não é claro nem consensual. De vários estudos que abordam esta relação, os resultados são muito dispares, indo desde uma associação forte entre a prestação dos CSP com a redução de episódios de urgência em SU, até à inexistência de qualquer tipo de relação²⁸⁻³².

Outro tópico abordado na discussão da preterência dos CSP face ao SU, é o impacto financeiro. Os cuidados prestados nos SU de unidades hospitalares têm custos mais elevados, quando comparados com os cuidados urgentes prestados nos CSP. Para o SNS de Inglaterra (*National Health Service*) estudos recentes estimaram que cada episódio de urgência em SU hospitalar tem um custo médio de 124£, enquanto os episódios urgentes abordados em CSP apresentam um custo médio de 32£²⁸.

Internamento hospitalar

A continuidade do acompanhamento dos utentes pelos CSP pode estar relacionada com uma diminuição do número de internamentos hospitalares, tendo sido alvo de vários estudos e programas de intervenção³³. Diferentes estudos apontam uma redução do número de internamentos hospitalares entre 3 e 17%³³⁻³⁶, com o aumento da continuidade do acompanhamento dos utentes pelos CSP.

Porém, a evidência relativa a esta associação para a população geral é ainda pouco robusta, uma vez que parte significativa dos estudos que abordam esta temática tendem a focar-se em populações específicas, como população idosa, veteranos de guerra, regiões geográficas restritas, ou patologias específicas, com grande ênfase para as condições sensíveis a cuidados ambulatoriais (CSCA)^{33,36-38}.

Condições Sensíveis a Cuidados Ambulatoriais

As admissões hospitalares potencialmente evitáveis constituem outro indicador a que se recorre frequentemente para a avaliação da performance dos CSP, nomeadamente da qualidade do diagnóstico e acompanhamento dos doentes.³⁹ Estas admissões

hospitalares são denominadas de condições sensíveis a cuidados ambulatoriais ou também hospitalizações potencialmente evitáveis^{40,41}. As CSCA são um grupo de condições clínicas onde o acompanhamento e tratamento atempado dos doentes, por unidades de cuidados ambulatoriais ou cuidados de saúde primários, pode reduzir a necessidade de admissão hospitalar^{40,41}. Vários trabalhos encontraram uma associação positiva entre o papel dos CSP com um menor risco de hospitalização por CSCA³⁹. A redução de internamentos por CSCA deve-se à conjugação de vários fatores abrangidos pelos CSP, nomeadamente a promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento da doença, tratamento atempado da doença aguda e gestão ao longo do tempo das patologias crónicas^{3,40,42}.

Estas condições estão associadas à qualidade dos cuidados prestados pelos CSP, mas também ao acesso a este tipo de cuidados, nomeadamente através da frequência de consultas e no número de utentes por médico⁴³. Vários autores destacam que a relação entre os CSCA e a qualidade dos CSP é fortemente influenciada pelos rendimentos dos utentes, tipo de seguradora, etnia, más condições de saúde e diversos fatores socioeconómicos³⁹.

Uma das definições mais comumente utilizadas para as CSCA é a da *United States Agency for Healthcare Research and Quality*. Esta entidade analisa a validade dos indicadores de admissão das CSCA, nomeadamente a sua precisão, viés e validade³⁹. Contudo, existe ainda alguma disputa quando à metodologia utilizada, podendo originar alguma dificuldade em elencar que patologias podem ser enquadradas neste grupo⁴⁰. Apesar da não existência de um consenso, existe um grupo de patologias que são transversalmente aceites como sendo CSCA (quadro I).

Quadro I. Condições sensíveis a cuidados ambulatoriais^{40,42}

Condições agudas	Pneumonia bacteriana
	Infeção do trato urinário
	Desidratação
Condições crónicas	Hipertensão
	Angina
	Insuficiência cardíaca congestiva
	DPOC
	Asma em crianças ou idosos
Complicações de diabetes mellitus	

Para Portugal, um trabalho levado a cabo por investigadores nacionais, com coordenação da OMS, analisou as hospitalizações por CSCA e consultou os peritos nestas patologias, com o intuito de averiguar quais as que apresentam maior relevo no contexto nacional. Este trabalho considerou que a doença cardíaca hipertensiva, a DPOC e a insuficiência cardíaca constituem as CSCA de maior relevo e com maior potencial de intervenção, nomeadamente, através de uma melhor prestação pelos cuidados de saúde primários⁴⁴.

A diminuição do número de admissões hospitalares por CSCA pode ser utilizado na avaliação da performance dos CSP. Este indicador é utilizado uma vez que estas hospitalizações podem ser evitadas através de um controlo e monitorização próximos, tratamento e controlo de doença aguda e acompanhamento e gestão das doenças crónicas. A relação do doente com o seu médico de longa data permite que haja uma maior à-vontade para com o seu médico, possibilitando uma partilha mais fidedigna dos seus problemas de saúde. De salientar que alguns trabalhos indicam que a continuidade de cuidados com um médico, e não o modo como os CSP estão organizados, contribui para a diminuição de admissões evitáveis.

3. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

3.1. Pergunta de Investigação

Existe relação entre a proporção de utentes sem médico de MGF atribuído nos ACES, com alguns resultados de saúde em internamento hospitalar?

3.2. Objetivo Geral

Determinar a associação entre a proporção de utentes sem médico de MGF atribuído nos ACES, com resultados de saúde na população sujeita a internamento hospitalar, em Portugal continental, no período entre 2014-2018.

3.3. Objetivos Específicos

- Caracterizar da população em análise;
- Caracterizar o número de episódios de internamento, duração média de internamento, mortalidade e tipo de admissão dos doentes internados nos hospitais de Portugal continental;
- Realizar o ajustamento pelo risco de mortalidade da população em análise;
- Analisar o número de episódios de internamento, duração média de internamento, mortalidade e tipo de admissão dos doentes internados nos hospitais de Portugal continental ajustados às características dos doentes;
- Estudar a associação entre a percentagem de utentes sem médico de família, por ACES, o número de episódios de internamento, duração média de internamento, mortalidade e tipo de admissão dos doentes internados nos hospitais de Portugal continental.
- Analisar o número de episódios de internamento, duração média de internamento, mortalidade e tipo de admissão dos doentes internados nos hospitais de Portugal continental com diagnóstico principal de pneumonia

bacteriana, infeção do trato urinário (ITU), doença pulmonar obstrutiva crónica e asma;

- Estudar a associação entre a percentagem de utentes sem médico de família, por ACES, o número de episódios de internamento, duração média de internamento, mortalidade e tipo de admissão dos doentes internados nos hospitais de Portugal continental com diagnóstico principal de pneumonia bacteriana, ITU, DPOC e asma.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

O presente estudo é um estudo ecológico, considerando-se um tipo de estudo epidemiológico, longitudinal observacional e analítico.

4.2. População-alvo, critérios de inclusão e critérios de exclusão

O estudo tem como população-alvo os doentes internados nos hospitais de Portugal continental, e que tiveram alta entre 1 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2018. O período em análise escolhido pretende avaliar os dados mais recentes disponíveis. Esta população corresponde a 4.267.787 episódios de internamento.

Para o apuramento dos episódios a ter em consideração no presente estudo procedeu-se à análise interna da consistência e da congruência dos dados.

Este processo de seleção conduziu à exclusão de episódios obedecendo aos seguintes critérios:

1. Episódios com ACES não quantificável (concelho e freguesia não identificados; não pertencente a Portugal continental – 326.986 episódios);
2. Episódios com variáveis categóricas com valores residuais inferiores a 1% (sexo indeterminado – 12 episódios);
3. Episódios com dias de internamento menores que zero (8 episódios);
4. Episódios cuja idade do doente seja inferior ou igual a 17 anos (idade pediátrica) (792.622 episódios);

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão enumerados, obteve-se 3.148.159 episódios de internamento elegíveis para análise.

4.3. Fontes de Dados

O presente estudo utilizou como fontes de dados a base de dados da Morbilidade Hospitalar (BDMH) e a Área da Transparência do Portal do SNS. A BDMH contém o registo de todos os internamentos em hospitais públicos portugueses. Esta foi cedida pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), através da qual foi realizado o acesso à base de dados. Na BDMH estão contidas as informações relativamente ao internamento e às características sociodemográficas (sexo, idade e residência) e clínicas (tipo de admissão, dias de internamento e destino após alta) dos utentes.

A área da transparência é uma iniciativa levada a cabo pelo Ministério da Saúde, onde estão acessíveis um conjunto de dados provenientes das várias entidades com atividades no SNS. Nesta estão contidas as informações relativas ao número de utentes sem médico de MGF, por cada ACES, assim como a proporção que estes representam face ao número total de utentes do respetivo ACES.

4.4. Variáveis em Estudo

Como variável dependente foi considerada a proporção de utentes sem médico de MGF atribuído por ACES. Os ACES de residência foram obtidos recorrendo ao concelho e freguesia de residência dos episódios, agrupando-os no ACES correspondente. A proporção de utentes sem médico de MGF atribuído por ACES foi obtida recorrendo à informação disponibilizada pelo portal de transparência.

Foram consideradas como variáveis independentes o sexo, idade, tipo de admissão, duração do internamento inicial e mortalidade. Foram consideradas individualmente alguns diagnósticos principais considerados CSCA. De modo a selecionar as patologias em análise, recorreu-se aos códigos do Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDH). As patologias em análise foram a pneumonia bacteriana (GDH: 139), ITU (GDH: 463), DPOC (GDH: 140) e asma (GDH: 141).

As variáveis consideradas no presente estudo estão descritas no Quadro II.

Quadro II. Variáveis em estudo

Variável	Descrição da variável	Tipo de Variável	Definição operacional
Sexo	Sexo do doente	Categórica nominal	0 – Masculino 1 - Feminino
Idade	Idade à data de admissão (anos)	Numérica	18 - 999
Distrito	Distrito de residência	Categórica nominal	De acordo com BDMH
Concelho	Concelho de residência	Categórica nominal	De acordo com BDMH
Freguesia	Freguesia de residência	Categórica nominal	De acordo com BDMH
ACES de Residência	ACES correspondente ao local de residência	Categórica nominal	Anexo 1
Código ACES	Código correspondente ao ACES	Categórica ordinal	Anexo 2
% de utentes sem MGF	Percentagem de utentes sem médico de medicina geral e familiar por ACES	Numérica	Anexo 3
PopACES	População residente por cada ACES	Numérica	Anexo 4
Total episódios	Número total de episódios em análise	Numérica	≥ 1
Tipo de admissão	Tipo de admissão no hospital	Categórica nominal	0 – Outros 1 – Urgente
Duração do internamento inicial	Indica o número de dias de internamento inicial por IC	Numérica	0 - 999
Severidade	Indica a severidade do episódio	Categórica nominal	≤ 2 > 3
Mortalidade	Mortalidade como destino após alta de internamento (DSP = 20)	Categórica nominal	0 - Ausente 1 - Presente
Pneumonia bacteriana	Indica a presença da doença	Categórica nominal	0 - Ausente 1 - Presente
Infeção do trato urinário	Indica a presença da doença	Categórica nominal	0 - Ausente 1 - Presente
Doença pulmonar obstrutiva crónica	Indica a presença da doença	Categórica nominal	0 - Ausente 1 - Presente
Asma	Indica a presença da doença	Categórica nominal	0 - Ausente 1 - Presente

4.5. Análise de dados

Realizou-se uma caracterização inicial da população em estudo, através da análise dos dados referentes às características demográficas e clínicas da população. As variáveis em estudo foram analisadas através de uma análise estatística descritiva univariável.

Para as variáveis contínuas (idade e duração do internamento), utilizou-se a média, mediana, desvio padrão, máximo e mínimo. Para as variáveis categóricas (total de episódios, sexo, tipo de admissão e mortalidade) descreveu-se as frequências absoluta e relativa.

Efetuu-se um ajustamento pelo risco da população em estudo. Para alcançar a mortalidade esperada por GDH e nível de mortalidade, foi calculado a taxa de mortalidade observada, tendo todos os episódios de cada GDH e nível de mortalidade o mesmo valor esperado. Calculou-se o valor médio da mortalidade esperada, seguido pela divisão do valor de cada episódio por esta média.

Os resultados obtidos relativamente ao número de episódios, mortalidade e tipo de admissão por ACES foram padronizados por 100.000 habitantes, de acordo com a população de cada ACES.

Para a análise da associação entre as variáveis independentes, com a variável dependente, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Para os episódios com diagnóstico principal de pneumonia bacteriana, ITU, DPOC ou asma foram considerados os episódios com severidade 1 ou 2, como critério de aproximação aos episódios passíveis de tratamento nos CSP.

Foi realizada uma análise estatística descrita univariável. Para as variáveis contínuas (idade e duração do internamento), utilizou-se a média, mediana, desvio padrão, máximo e mínimo. Para as variáveis categóricas (total de episódios, sexo, tipo de admissão e mortalidade) descreveram-se as frequências absoluta e relativa. Os resultados obtidos relativamente ao número de episódios, mortalidade e tipo de admissão por ACES foram padronizados por 100.000 habitantes, de acordo com a população de cada ACES. Para a análise da associação entre as variáveis independentes, com a variável dependente, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

As análises realizadas consideraram um nível de significância estatística de 0,05. Para o tratamento e análise estatística dos dados foi utilizado o *software* IBM SPSS Statistics 26.0®.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização da população em estudo

Apresentam-se as principais características da população em estudo no Quadro III.

Quadro III. Caracterização da população em estudo

Variável em análise	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Estatística descritiva
Total episódios	-	3.148.159	100,00	-
Sexo	Masculino	1.364.235	43,34	-
	Feminino	1.783.924	56,66	
Idade (anos)	-	-	-	Média: 61,46 Mediana: 65,00 Desvio Padrão: 20,29 Min-Max: 18-110
	-	-	-	Média: 8,04 Mediana: 5,0 Desvio Padrão: 11,09 Min-Max: 1 – 365
Tipo de Admissão	Programada	1.062.202	33,74	-
	Urgente	2.085.957	66,26	
Mortalidade	Ausente	2.950.209	93,67	-
	Presente	197.950	6,33	

Para o período entre 2014 e 2018 foram analisados 3.148.159 episódios de internamento de adultos.

A população em estudo apresenta uma maior prevalência de indivíduos do gênero feminino (56,66%). A idade variou entre 18 e 110 anos, sendo que metade dos episódios são de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

A duração do internamento apresentou uma média de 7,05 dias, sendo que metade dos episódios apresentaram uma duração de internamento igual ou superior a 5 dias.

Os internamentos com origem numa admissão urgente representam 66,26% do total de episódios em análise, com os restantes episódios a corresponderem a internamentos de natureza programada. Relativamente ao destino do doente após a alta, 6,33% apresentam óbito como desfecho, estando os restantes 93,67% relacionados com outros destinos.

5.1.1. Análise dos resultados em saúde por ACES

Na análise individual por ACES, presentes no quadro IV, verifica-se que os episódios se distribuem por 55 ACES. Os ACES com maior número de episódios são o 25 (112.904), 26 (106.978) e 39 (102.765). Em oposição, os ACES com menos episódios são o 32 (11.685), o 55 (13.800) e o 31 (24.910).

Em relação à duração média de internamento, os ACES 55 (9,83 dias), 53 (9,50 dias) e 36 (9,48 dias) são os que apresentam uma maior duração de internamento. Já os ACES 9 (6,52 dias), 10 (6,66 dias) e 20 (6,71 dias), apresentam a menor duração de internamento.

No que toca ao número de episódios com admissão urgente, os ACES 25 (75.271), 35 (71.109) e 26 (69.610) apresentam o maior número de episódios. Os ACES 32 (8.017), 55 (10.750) e 31 (16.628) apresentam o menor número de episódios urgentes.

Relativamente à mortalidade, os ACES com maior número de episódios com mortalidade como desfecho são os ACES 26 (7.049), 25 (6.962) e 35 (6.487), enquanto os ACES 32 (863), 55 (1.365) e 31 (1.604) apresentam o menor número de episódios com mortalidade como desfecho.

Quadro IV. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES

Código ACES	Total Episódios	Duração média de internamento (dias)	Admissão Urgente	Mortalidade
1	42.522	7,86	32.832	2.999
2	87.043	7,18	58.598	4.597
3	38.855	6,96	22.784	2.145
4	51.096	6,92	24.381	2.494
5	33.180	7,72	17.311	2.045
6	42.802	6,86	24.861	2.325
7	39.787	8,00	28.530	2.793
8	24.952	8,27	18.768	1.938
9	48.975	6,52	28.235	2.423

10	32.887	6,66	18.982	1.898
11	31.960	7,75	18.952	1.835
12	55.351	7,42	30.688	2.559
13	73.536	6,97	39.038	2.942
14	47.137	6,94	26.654	2.172
15	45.388	8,53	27.646	2.685
16	39.425	8,01	22.784	2.057
17	40.653	7,55	23.923	2.379
18	56.014	7,52	33.232	3.220
19	49.433	7,33	31.470	3.023
20	47.056	6,71	27.625	2.230
21	40.769	6,79	25.267	2.013
22	82.752	7,39	51.698	4.714
23	66.534	7,47	40.949	3.287
24	56.862	8,09	40.479	3.664
25	112.904	8,08	75.271	6.962
26	106.978	7,87	69.610	7.049
27	45.266	7,86	25.198	2.255
28	89.504	8,58	64.047	6.359
29	38.120	8,85	25.519	2.570
30	91.827	7,02	64.014	4.999
31	24.910	7,77	16.628	1.604
32	11.685	8,32	8.017	863
33	53.338	9,11	36.540	3.927
34	75.823	8,92	57.598	4.855
35	96.391	9,37	71.109	6.487
36	65.981	9,48	45.316	4.060
37	59.360	8,05	39.121	3.631
38	53.518	9,39	36.224	3.297
39	102.765	8,84	67.749	6.029
40	94.303	8,45	62.658	5.114
41	75.930	7,95	52.597	4.747
42	94.540	8,40	63.590	6.230
43	66.122	8,71	45.581	5.402
44	65.095	8,21	43.547	4.530
45	55.161	7,34	39.276	3.806
46	56.102	8,74	38.573	3.863
47	84.723	7,97	61.150	6.243
48	77.309	8,60	60.380	6.174
49	35.356	9,12	24.564	3.042
50	50.141	7,73	33.878	3.036

51	29.938	7,40	20.398	2.382
52	38.691	7,75	27.388	2.774
53	60.176	9,50	46.643	5.175
54	47.433	9,39	37.336	4.683
55	13.800	9,83	10.750	1.365

No quadro V estão presentes os resultados em saúde por ACES após ajustamento pelo risco e padronização de acordo com o número de habitantes de cada ACES.

Quadro V. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes

Código ACES	Total Episódios	Duração média de internamento (dias)	Admissão Urgente	Mortalidade
1	45.662	8,25	35.257	3.220
2	36.963	6,75	24.883	1.952
3	35.289	5,78	20.693	1.948
4	28.152	6,92	13.433	1.374
5	26.083	9,26	13.608	1.608
6	29.618	6,52	17.203	1.609
7	34.894	9,12	25.022	2.450
8	33.038	8,85	24.850	2.566
9	35.081	5,67	20.225	1.736
10	35.119	5,66	20.270	2.027
11	34.942	6,59	20.720	2.006
12	35.424	6,97	19.640	1.638
13	35.659	6,21	18.930	1.427
14	39.517	5,83	22.345	1.821
15	31.242	9,30	19.030	1.848
16	39.611	8,09	22.891	2.067
17	26.555	6,95	15.627	1.554
18	26.921	7,07	15.972	1.548
19	27.183	7,62	17.305	1.662
20	29.909	6,10	17.559	1.417
21	26.381	6,51	16.350	1.303
22	35.907	7,24	22.433	2.045
23	35.772	8,00	22.016	1.767
24	49.225	6,96	35.043	3.172
25	30.124	8,73	20.083	1.858
26	30.619	7,56	19.924	2.018

27	61.678	7,00	34.334	3.073
28	33.410	8,92	23.907	2.374
29	25.405	10,62	17.007	1.713
30	37.264	6,74	25.977	2.029
31	44.321	6,22	29.585	2.854
32	79.687	7,48	54.672	5.885
33	37.675	8,93	25.810	2.774
34	24.913	11,87	18.925	1.595
35	32.768	10,12	24.173	2.205
36	25.840	10,04	17.747	1.590
37	23.492	9,66	15.482	1.437
38	28.123	10,05	19.035	1.733
39	26.531	8,93	17.491	1.557
40	24.103	9,13	16.015	1.307
41	30.589	7,87	21.189	1.912
42	27.986	8,48	18.824	1.844
43	31.620	8,45	21.797	2.583
44	27.744	8,29	18.560	1.931
45	32.745	7,19	23.315	2.259
46	25.115	9,27	17.268	1.729
47	40.802	7,57	29.449	3.007
48	41.359	8,52	32.302	3.303
49	31.952	9,21	22.199	2.749
50	35.053	7,04	23.684	2.122
51	35.086	6,66	23.906	2.792
52	39.874	6,28	28.225	2.859
53	26.845	9,41	20.808	2.309
54	29.379	9,39	23.125	2.901
55	24.727	10,32	19.262	2.446

Após o ajustamento pelo risco e padronização por 100.000 habitantes, os ACES com maior número de episódios foram os 32 (79.687), 27 (61.678) e 24 (49.225). O ACES 32 passou de ACES com menor número de episódios, para ACES com maior número de episódios (11.685 vs 79.687). Já os ACES com menor número de episódios foram os 37 (23.492), 40 (24.103), e 55 (24.727). O ACES com maior número de episódios por 100.000 habitantes apresenta um valor de 3,39 vezes em relação ao ACES com menor número de episódios.

No que diz respeito à duração média de internamento, os ACES 34 (11,87 dias), 29 (10,62 dias) e 55 (10,32 dias) foram os que apresentam uma maior duração de internamento. Já os ACES 10 (5,66 dias), 9 (5,67 dias) e 3 (5,78 dias), apresentam a menor duração de internamento. Comparando a média do ACES com maior duração de internamento face ao ACES com menor média, a diferença foi de 2,1 vezes.

Quanto ao número de episódios com admissão urgente, os ACES 32 (54.672), 1 (35.257) e 24 (35.043) apresentam o maior número de episódios. Os ACES 4 (13.433), 5 (13.608) e 37 (15.482) apresentaram o menor número de episódios urgentes. O ACES 32 passou de ACES com menor número de episódios com admissão urgente, para ACES com o maior número destes episódios (8.017 vs 54.672). Verificou-se uma diferença de 4,07 vezes entre os ACES com maior e menor admissões urgentes por 100.000 habitantes

Relativamente à mortalidade por 100.000 habitantes, os ACES com maior número de episódios com mortalidade como desfecho foram os ACES 32 (5.885), 48 (3.303) e 1 (3.220), enquanto os ACES 21 (1.303), 40 (1.307) e 4 (1.374) apresentam o menor número de episódios com mortalidade como desfecho. O ACES com maior mortalidade por 100.000 habitantes apresentou um número 4,52 vezes superior em relação ao ACES com menor número de episódios com mortalidade como desfecho.

5.1.2. Análise de correlação

De forma a averiguar a existência de relação entre a proporção de utentes sem médico de MGF atribuído com os resultados em saúde, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, comparando-se a variável dependente (proporção de utentes sem médico de MGF, por ACES) com o número de episódios, a duração média de internamento, a admissão de forma urgente e a mortalidade durante o internamento, ajustados pelo risco e padronizados por 100.000 habitantes. Os resultados estão presentes no Quadro VI.

Quadro VI. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para a população geral

	Coeficiente de Correlação	<i>p-value</i>
Total Episódios	- 0,315	0,019
Duração média de internamento (dias)	0,446	0,001
Admissão Urgente	- 0,144	0,294
Mortalidade	- 0,030	0,828

Na análise realizada verificou-se uma correlação negativa fraca entre o número de episódios de internamento por 100.000 habitantes com a proporção de utentes sem médico de MGF (- 0,315). Quanto à duração do internamento, verificou-se uma correlação moderada da duração média de internamento com o aumento da proporção de utentes sem médico de MGF (0,446).

5.2. Caracterização das condições sensíveis a cuidados ambulatoriais

5.2.1. Pneumonia Bacteriana

No quadro VII estão representadas as principais características da população cujo diagnóstico principal de internamento foi pneumonia bacteriana.

Quadro VII. Caracterização dos internamentos por pneumonia bacteriana

Variável em análise	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Estatística descritiva
Total episódios	-	84.150	100,00	-
Sexo	Masculino	44.347	52,7	-
	Feminino	39.803	47,3	
Idade (anos)	-	-	-	Média: 74,82 Mediana: 79,00 Desvio Padrão: 15,89 Min-Max: 18-109
	-	-	-	Média: 9,27 Mediana: 8,0 Desvio Padrão: 7,59 Min-Max: 1 – 312
Tipo de Admissão	Programada	1.509	1,79	-
	Urgente	82.641	98,21	
Mortalidade	Ausente	73.556	87,41	-
	Presente	10.594	12,59	

Foram analisados 84.150 episódios, verificando-se uma maior proporção de indivíduos do sexo masculino. A média de idades (74,82 vs 61,46 anos) e a duração de internamento (9,27 vs 8,04 dias) foram superiores, comparativamente ao global de episódios.

Verificou-se que a admissão foi maioritariamente do tipo urgente (98,21%) e que a mortalidade representou 12,59% do desfecho dos episódios em observação, sendo aproximadamente o dobro do valor verificado na globalidade dos episódios de internamento (6,33%).

No Anexo 5 estão presentes os resultados em saúde por ACES, para os episódios em observação.

Dos episódios em análise, os ACES com maior número de episódios foram o 1 (2.788), 32 (2.602) e 24 (1.834). Em oposição, os ACES com menos episódios foram o 4 (223), o 5 (256) e o 17 (320). A diferença entre o ACES com maior número de episódios 100.000 habitantes e o menor, foi de 8,71 vezes.

Em relação à duração média de internamento, os ACES 54 (12,44 dias), 53 (11,58 dias) e 38 (11,38 dias) foram os que apresentaram uma maior duração de internamento. Já os ACES 13 (7,45 dias), 15 (7,76 dias) e 12 (7,90 dias), apresentaram a menor duração de internamento. A média do ACES com maior duração de internamento foi cerca 1,57 vezes face ao ACES com menor média de duração de internamento.

No que toca ao número de episódios com admissão urgente, os ACES 1 (2.782), 32 (2.596) e 24 (1.823) apresentaram o maior número de episódios. Os ACES 4 (193), 5 (230) e 17 (307) apresentaram o menor número de episódios urgentes. O ACES com maior número de admissões urgentes por 100.000 habitantes apresentou um número 14 vezes superior em relação ao ACES com menor número de admissões urgentes.

Relativamente à mortalidade, os ACES com maior número de episódios com mortalidade como desfecho foram os ACES 32 (509), 1 (352) e 48 (309), enquanto os ACES 4 (11), 12 (17) e 5 (20) apresentaram o menor número de episódios com mortalidade como desfecho. Verificou-se uma diferença de 20 vezes entre os ACES com maior e menor mortalidade por 100.000 habitantes.

Quadro VIII. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para os episódios de pneumonia bacteriana

	Coefficiente de Correlação	p-value
Total Episódios	- 0,091	0,511
Duração média de internamento (dias)	0,472	< 0,001
Admissão Urgente	- 0,090	0,512
Mortalidade	0,050	0,716

Verificou-se uma correlação moderada entre a duração do internamento (0,472) com o aumento da proporção de utentes sem médico de MGF (Quadro VII). Para as restantes

variáveis em análise, não se obteve uma correlação com valores estatisticamente significativos.

5.2.2. Infeção do Trato Urinário

No quadro IX estão representadas as principais características da população com internamento por ITU.

Quadro IX. Caracterização dos internamentos por ITU

Variável em análise	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Estatística descritiva
Total episódios	-	55.237	100,00	-
Sexo	Masculino	20.594	37,3	-
	Feminino	34.643	62,7	
Idade (anos)	-	-	-	Média: 71,80 Mediana: 77,00 Desvio Padrão: 18,17 Min-Max: 18-106
	-	-	-	Média: 8,27 Mediana: 7,0 Desvio Padrão: 7,93 Min-Max: 1 – 303
Tipo de Admissão	Programada	1.899	3,44	-
	Urgente	52.472	96,56	
Mortalidade	Ausente	53.338	94,99	-
	Presente	1.899	5,01	

Foram analisados 55.237 episódios, verificando-se uma maior proporção de indivíduos do sexo feminino. A média de idades (71,80 vs 61,46 anos) desta população foi superior, face ao global de episódios.

Verificou-se que a admissão foi maioritariamente do tipo urgente (96,56%) e que a mortalidade representou 5,01% do desfecho dos episódios em observação, inferior ao valor verificado na globalidade dos episódios de internamento (6,33%).

No Anexo 6 estão podem ser consultados os resultados em saúde por ACES, para os episódios em observação.

Dos episódios em análise, os ACES com maior número de episódios foram o 48 (1.655), 32 (1.534) e 47 (1.288). Em oposição, os ACES com menos episódios foram o 20 (161),

o 21 (187) e o 4 (203). A diferença entre o ACES com maior número de episódios 100.000 habitantes e o menor, foi de 10,28 vezes.

Em relação à duração média de internamento, os ACES 54 (11,79 dias), 53 (11,20 dias) e 33 (10,69 dias) foram os que apresentaram uma maior duração de internamento. Já os ACES 45 (6,66 dias), 5 (6,74 dias) e 47 (6,88 dias), apresentaram a menor duração de internamento. A média do ACES com maior duração de internamento foi cerca 1,77 vezes face ao ACES com menor média de duração de internamento.

No que toca ao número de episódios com admissão urgente, os ACES 48 (1.615), 32 (1.479) e 47 (1.246) apresentaram o maior número de episódios. Os ACES 4 (140), 20 (143) e 21 (169) apresentaram o menor número de episódios urgentes. O ACES com maior número de admissões urgentes por 100.000 habitantes apresentou um número 11,53 vezes superior em relação ao ACES com menor número de admissões urgentes.

Relativamente à mortalidade, os ACES com maior número de episódios com mortalidade como desfecho foram os ACES 48 (86), 54 (66) e 32 (55), enquanto os ACES 4 (2), 5 (3), 20 (3) e 12 (3) apresentaram o menor número de episódios com mortalidade como desfecho. Verificou-se uma diferença de 28,6 vezes entre os ACES com maior e menor mortalidade por 100.000 habitantes.

Quadro X. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para os episódios de ITU

	Coefficiente de Correlação	p-value
Total Episódios	0,169	0,217
Duração média de internamento (dias)	0,464	< 0,001
Admissão Urgente	0,174	0,203
Mortalidade	0,254	0,062

Verificou-se uma correlação moderada entre a duração do internamento (0,464) com o aumento da proporção de utentes sem médico de MGF (Quadro X). Para as restantes variáveis em análise, não se obteve uma correlação com valores estatisticamente significativos.

5.2.3. DPOC

No quadro XI está presente a caracterização da população com internamento por DPOC.

Quadro XI. Caracterização dos internamentos por DPOC

Variável em análise	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Estatística descritiva
Total episódios	-	22.902	100,00	-
Sexo	Masculino	14.068	61,4	-
	Feminino	8.834	38,8	
Idade (anos)	-	-	-	Média: 72,57 Mediana: 75,00 Desvio Padrão: 12,83 Min-Max: 18-103
Duração Internamento	-	-	-	Média: 8,15 Mediana: 7,0 Desvio Padrão: 6,91 Min-Max: 1 – 294
Tipo de Admissão	Programada	843	3,56	-
	Urgente	22.059	96,44	
Mortalidade	Ausente	22.087	96,44	-
	Presente	815	3,56	

Foram analisados 22.902 episódios com DPOC como diagnóstico principal de internamento, verificando-se uma maior proporção de indivíduos do sexo masculino. A média de idades (72,57 vs 61,46 anos) desta população foi superior, face ao global de episódios.

Verificou-se que a admissão foi maioritariamente do tipo urgente (96,44%) e que a mortalidade representou 3,56% do desfecho dos episódios em observação, inferior ao valor verificado na globalidade dos episódios de internamento (6,33%).

No Anexo 7 estão podem ser consultados os resultados em saúde por ACES, para os episódios em observação.

Dos episódios em análise, os ACES com maior número de episódios são o 48 (1.655), 32 (1.534) e 47 (1.288). Em oposição, os ACES com menos episódios são o 20 (161),

o 21 (187) e o 4 (203). A diferença entre o ACES com maior número de episódios 100.000 habitantes e o menor, foi de 10,28 vezes.

Em relação à duração média de internamento, os ACES 54 (11,79 dias), 53 (11,20 dias) e 33 (10,69 dias) foram os que apresentaram uma maior duração de internamento. Já os ACES 45 (6,66 dias), 5 (6,74 dias) e 47 (6,88 dias), apresentaram a menor duração de internamento. A média do ACES com maior duração de internamento foi cerca 1,77 vezes face ao ACES com menor média de duração de internamento.

No que toca ao número de episódios com admissão urgente, os ACES 48 (1.615), 32 (1.479) e 47 (1.246) apresentaram o maior número de episódios. Os ACES 4 (140), 20 (143) e 21 (169) apresentaram o menor número de episódios urgentes. O ACES com maior número de admissões urgentes por 100.000 habitantes apresentou um número 11,53 vezes superior em relação ao ACES com menor número de admissões urgentes.

Relativamente à mortalidade, os ACES com maior número de episódios com mortalidade como desfecho foram os ACES 48 (86), 54 (66) e 32 (55), enquanto os ACES 4 (2), 5 (3), 20 (3) e 12 (3) apresentaram o menor número de episódios com mortalidade como desfecho. Verificou-se uma diferença de 28,6 vezes entre os ACES com maior e menor mortalidade por 100.000 habitantes.

Quadro XII. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para os episódios de DPOC

	Coefficiente de Correlação	p-value
Total Episódios	- 0,270	0,047
Duração média de internamento (dias)	0,433	< 0,001
Admissão Urgente	- 0,266	0,050
Mortalidade	- 0,141	0,304

Verificou-se uma correlação moderada entre a duração do internamento (0,464) com o aumento da proporção de utentes sem médico de MGF (Quadro XII). Já o número de episódios (- 0,270) e a admissão urgente (- 0,266) apresentaram uma relação negativa fraca. Para a mortalidade, não se obteve uma correlação com valores estatisticamente significativos.

5.2.4. Asma

As principais características da população com internamento por asma são apresentadas no quadro XIII.

Quadro XIII. Caracterização dos internamentos por asma

Variável em análise	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Estatística descritiva
Total episódios	-	4.248	100,00	-
Sexo	Masculino	1.029	24,2	-
	Feminino	3.219	75,8	
Idade (anos)	-	-	-	Média: 57,96
	-	-	-	Mediana: 59,00
	-	-	-	Desvio Padrão: 19,24
	-	-	-	Min-Max: 18-99
Duração Internamento	-	-	-	Média: 7,27
	-	-	-	Mediana: 6,00
	-	-	-	Desvio Padrão: 5,49
	-	-	-	Min-Max: 1 – 89
Tipo de Admissão	Programada	245	5,77	-
	Urgente	4.003	94,23	
Mortalidade	Ausente	4.220	99,34	-
	Presente	28	0,66	

Os internamentos por asma correspondem a 4.248 episódios, tendo-se observado uma maior proporção de indivíduos do sexo feminino. A média de idades (57,96 vs 61,46 anos) desta população foi inferior, face ao global de episódios.

Verificou-se que a admissão foi maioritariamente do tipo urgente (94,23%) e que a mortalidade representou 0,66% do desfecho dos episódios em observação, inferior ao valor verificado na globalidade dos episódios de internamento (6,33%) e o menor número das CSCA em análise.

No Anexo 8 estão podem ser consultados os resultados em saúde por ACES, para os episódios em observação.

Dos episódios em análise, os ACES com maior número de episódios foram os 33 (104), 25 (86) e 28 (82). Em oposição, os ACES com menos episódios são os 31 (11), o 19

(14), o 6 (16) e o 14 (16). A diferença entre o ACES com maior número de episódios 100.000 habitantes e o menor, foi de 9,45 vezes.

Em relação à duração média de internamento, os ACES 49 (10,43 dias), 3 (10,00 dias) e 8 (9,76 dias) foram os que apresentaram uma maior duração de internamento. Já os ACES 20 (4,62 dias), 16 (5,17 dias) e 22 (5,35 dias), apresentaram a menor duração de internamento. A média do ACES com maior duração de internamento foi cerca 2,25 vezes face ao ACES com menor média de duração de internamento.

No que toca ao número de episódios com admissão urgente, os ACES 33 (1.615), 1 (1.479) e 28 (1.246) apresentaram o maior número de episódios. Os ACES 31 (9), 19 (13) e 6 (15) apresentaram o menor número de episódios urgentes. O ACES com maior número de admissões urgentes por 100.000 habitantes apresentou um número 179,4 vezes superior em relação ao ACES com menor número de admissões urgentes.

Relativamente à mortalidade, verificou-se uma incidência reduzida, tendo-se verificado valores com variação entre 0 a 2 episódios por 100.000 habitantes.

Quadro XIV. Relação entre a variável dependente com os resultados em saúde, para os episódios de asma

	Coefficiente de Correlação	p-value
Total Episódios	- 0,041	0,769
Duração média de internamento (dias)	- 0,042	0,759
Admissão Urgente	- 0,023	0,868
Mortalidade	0,006	0,967

Para a população em análise, não se verificou qualquer correlação entre a variável dependente, com as restantes variáveis em análise (quadro XIV).

6. DISCUSSÃO

6.1. Discussão metodológica

Para a realização do presente trabalho foi utilizada a BDMH da ACSS, que contém os episódios de internamento de todos os hospitais públicos de Portugal continental. Os principais motivos para a utilização da referida base de dados foram a utilização frequente deste tipo de base de dados em estudos de investigação epidemiológica e a facilidade de acesso à mesma, através da ENSP. Para a seleção das CSCA recorreu-se aos códigos GDH nos quais os episódios foram agrupados.

As limitações associadas à utilização deste tipo de base de dados estão extensamente documentadas na literatura^{36,45}. Uma vez que é constituída apenas por dados administrativos, a sua utilização para análises de fatores clínicos pode não ser adequada. Outra limitação neste tipo de bases de dados reside na dificuldade de identificar corretamente todos os episódios com os diagnósticos principais pretendidos⁴⁵. De modo a minimizar o efeito de uma possível perda de um elevado número de episódios, recorreu-se a episódios que apresentam uma elevada correspondência entre os sistemas de classificação de doentes GDH e *Disease Staging*.

Os dados da BDMH correspondem ao intervalo temporal entre 2014 e 2018. Contudo, dada a indisponibilidade de informação área da transparência do portal do SNS, os dados relativos à proporção de utentes sem médico de MGF atribuído são relativos ao período entre 2016 e 2018. Ao longo deste período, os valores não sofreram variações significativas, mantendo-se estáveis no período disponível. Perante a sua estabilidade, e apesar de não haver dados relativos aos anos 2014 e 2015, utilizaram-se os dados disponíveis, extrapolando-se os seus valores para os anos em análise.

Apesar das limitações apontadas, o número de episódios observados (3.148.159) permitiu obter uma amostra com dimensão robusta, contribuindo para a validade dos resultados obtidos no presente trabalho.

Sendo o presente trabalho um estudo observacional, a falácia ecológica é uma precaução a ter em conta neste tipo de desenhos de estudo. Estudos semelhantes relatam esta como uma das principais limitações⁴⁶. Embora se tenha encontrado correlação com algumas variáveis, não se pode afirmar a existência de uma relação de causalidade entre a cobertura dos utentes por MGF com os resultados obtidos.

Por fim, parte significativa da pesquisa que aborda a relação entre os CSP, os cuidados hospitalares e os resultados em saúde é baseada no contexto norte-americano e britânico, pelo que poderá não corresponder na sua totalidade ao contexto português ⁴⁷.

6.1. Discussão dos resultados

O presente trabalho propôs-se a conhecer a relação entre a proporção de utentes sem médico de MGF atribuído, por ACES, com o número de episódios de internamento hospitalar, a duração de internamento, os internamentos urgentes e a mortalidade decorrente do internamento. Analisou-se a totalidade de internamentos em Portugal continental decorridos entre o ano 2014 e 2018, sendo elegíveis para análise 3.148.159 episódios.

População geral

Dos episódios em análise obteve-se uma correlação negativa fraca entre a cobertura de utentes por médico de MGF e o total de episódios de internamento. O resultado obtido exprime uma relação onde o aumento da população sem médico de MGF atribuído, por ACES, está associado a um menor número de episódios de internamento hospitalar, por todas as causas.

Os resultados não vão ao encontro do expetável, onde se esperava que com o aumento da cobertura por CSP, houvesse uma redução dos internamentos hospitalares. Num estudo observacional recente, Wensing *et al.* aponta para uma redução do risco de internamento hospitalar para a população geral entre 2,45 e 9,74%, com o aumento da continuidade de utilização dos CSP³³. No entanto, a literatura não é clara relativamente ao impacto da cobertura pelos CSP, nos episódios de internamento para a população geral^{33,48}. A generalidade dos trabalhos realizados foca-se em populações específicas, como população idosa ou veteranos de guerra, regiões geográficas restritas, ou patologias específicas, com grande ênfase para as CSCA, havendo pouca informação relativamente ao impacto dos CSP na população em geral^{33,36,37}. A justificação para o resultado encontrado não é clara, havendo várias possíveis explicações que podem justificar os resultados obtidos, que deverão ser aprofundadas num trabalho posterior. Alguns trabalhos apontam para a existência de uma maior indução de procura dos cuidados de saúde hospitalares com o aumento da cobertura por CSP¹⁸, que poderá ser justificada pelo acompanhamento mais próximo do utente e pelo encaminhamento para

cuidados dirigidos de forma mais atempada. Outra justificação para o resultado obtido poderá ser a de que as regiões com elevada proporção de utentes sem ACES podem igualmente ter falhas na oferta de cuidados de saúde hospitalares, condicionando a admissão de utentes nos hospitais. Nesta situação, poderão os utentes estar a ser desviados para instituições hospitalares do sector privado, ou poderão estar a ver as suas condições de saúde degradar-se com maior intensidade. Esta última poderá levar à necessidade de tratamentos de maior duração e, inerentemente, a maior duração do tempo de internamento, indo ao encontro com os resultados obtidos e apresentados de seguida.

Relativamente à duração média do tempo de internamento, obteve-se uma correlação moderada face ao aumento da proporção de utentes sem médico de MGF. Isto é, o aumento do número de pessoas sem médico de MGF atribuído levou a internamentos mais prolongados. Este resultado vai ao encontro de trabalhos prévios, onde estes apontam que a variação do tempo de internamento hospitalar é explicada pela continuidade do acompanhamento pelos cuidados de saúde primários^{49,50}.

Não foi encontrada correlação entre a cobertura por médico de MGF e as admissões urgentes e a mortalidade. Quanto às admissões urgentes, a evidência científica existente é conflituante relativamente ao principal fator impactante nas admissões urgentes e no recurso aos serviços de urgência, ou seja, se são as características dos CSP que determinam a utilização dos SU ou, em contraponto, se são as características dos utentes a determiná-la⁴⁷. No entanto, a utilização dos serviços de urgência não está diretamente relacionada com a admissão urgente em internamento hospitalar, uma vez que parte significativa dos episódios de urgência têm como desfecho a alta para o domicílio e não o internamento.

Relativamente à mortalidade, os resultados não vão de encontro ao esperado. Era exetável um aumento de mortalidade com a menor cobertura por médicos de MGF. Numa revisão de literatura relativa à continuidade de cuidados e a mortalidade, Baker²⁴ refere que a literatura existente aponta para resultados inconclusivos. Nove dos doze artigos analisados apresentaram um efeito protetor da continuidade dos cuidados com a mortalidade, dois artigos não encontraram associação estatisticamente significativa e um artigo apresentava resultados variáveis consoante a definição de continuidade de cuidados utilizada²⁴. Os estudos abordaram vários tipos de mortalidade, como mortalidade por todas as causas, por doença cardíaca, por acidente vascular cerebral ou por DPOC²⁴. De modo a investigar o impacto da cobertura por CSP na mortalidade, seria interessante analisar não só a mortalidade intra-hospitalar, mas também, a

mortalidade no geral, visto que, os utentes ao não terem acesso aos CSP poderão estar a ser diagnosticados e tratados tardiamente, e poderão estar a falecer noutros locais que não nos hospitais, não sendo analisados no presente trabalho.

Condições Sensíveis a Cuidados Ambulatórios

A par da análise aos episódios da população geral, selecionou-se para o estudo populações específicas cujo diagnóstico de internamento fosse uma patologia considerada CSCA, de acordo com a literatura^{40,42}. As patologias selecionadas foram a pneumonia bacteriana, a ITU, a DPOC e a asma. Das doenças escolhidas, analisaram-se as que apresentam graus de gravidade menor, pela classificação de doentes GDH, tendo-se considerado quês são estas as gravidades que potencialmente poderiam ser tratadas nos CSP.

Verificou-se uma correlação moderada entre a proporção de utentes com médico de MGF com a duração do internamento para a pneumonia bacteriana, ITU e para a DPOC, indo de encontro ao descrito pela literatura^{40,46}.

Para a DPOC verificou-se ainda uma correlação negativa fraca entre a cobertura por médico de MGF com o número de episódios de internamento e com a admissão urgente, não indo de encontro ao esperado para esta população^{40,51,52}.

A asma foi a única patologia para a qual não foi encontrado qualquer tipo de relação. Estes resultados poderão ser justificados pela evolução tipicamente benigna dos doentes com esta patologia, levando inclusivamente a um valor reduzido de episódios de internamento.

Ao contrário do presente na literatura, não se verificou qualquer tipo de relação na análise da mortalidade intra-hospitalar^{40,46}. Este achado poderá ser justificado pela análise realizada, em que foram analisados apenas os episódios de menor gravidade, sendo a probabilidade de mortalidade inferior face aos episódios de maior gravidade.

Quanto às admissões urgentes, excetuando a DPOC, também não se verificou qualquer relação nas CSCA em análise, não indo ao encontro no descrito na literatura^{28,31,38,47,53}.

Nesta análise era esperado a obtenção de uma correlação entre a proporção de utentes sem médicos de MGF com um maior número de episódios de internamento, maior

duração de internamento e maior mortalidade³⁶. Os resultados obtidos poderão ter sido condicionados pela análise exclusivamente dos episódios de gravidade menor. Em futuros trabalhos, seria relevante analisar a totalidade dos episódios, de modo a avaliar a relação dos CSP com a totalidade de episódios das CSCA selecionadas.

Um grande conjunto de evidência sugere que um maior acesso aos CSP está associado a uma menor probabilidade de hospitalização por CSCA. Outros estudos encontraram uma associação positiva entre o recurso aos CSP e a probabilidade de hospitalização por CSCA, levantando a questão de que se as hospitalizações por CSCA são um marcador de outros fatores, como determinantes sociais e demográficos de saúde ou outras comorbidades, para além da estrutura e acesso aos CSP⁴⁶.

Outros fatores não abordados no presente trabalho

No presente estudo foi escolhido o número de episódios de internamento, a duração de internamento, os episódios de urgência e a mortalidade, como sendo os resultados de saúde em análise. Outras variáveis de relevo que poderiam ter sido alvo de análise, e que poderão ser alvo de trabalhos futuros são a mortalidade geral por ACES, e não apenas a mortalidade intra-hospitalar, assim como, a análise dos episódios de internamento evitáveis. Apesar de requererem bases de dados diferentes da utilizada no presente trabalho, seria interessante averiguar a existência de alguma relação com estas variáveis.

O número de médicos de MGF por 100.000 habitantes ou a percentagem de utentes com médico de MGF atribuído, são medidas que traduzem a oferta dos CSP à população. No entanto, o que se considera como médicos dos CSP varia entre país. Como exemplo, temos os EUA, onde são considerados, não só, os médicos de MGF, mas também os médicos internistas e os médicos pediatras gerais. Esta diferença é devido ao local e organização dos cuidados prestados, e não, devido à especialidade do médico prestador. Esta característica pode influenciar o modo como os estudos são efetuados, visto partirem de uma base de prestadores diferente.³

Não descurando a importância da atribuição de um médico de MGF, esta métrica em si pode-se revelar insuficiente. Mais que a atribuição de um médico de MGF, os benefícios para a saúde advêm da continuidade dos cuidados, visto que a atribuição de um médico de MGF não é garante de que os utentes sejam efetivamente utilizadores destes cuidados. A continuidade dos cuidados e o acesso atempado são métricas que têm

vindo a ser utilizadas nos estudos de avaliação do impacto dos CSP na utilização dos cuidados de saúde hospitalares.

Uma das limitações que se levantam quando se considera a cobertura por médico de MGF como utilização dos CSP, é a sua efetiva utilização. A atribuição de um médico de MGF não significa que este é utilizado. A utilização contínua e prolongada dos CSP, superior a 15 anos, está associada a uma redução de até 15% dos episódios de internamento hospitalar, serviço de urgência e mortalidade¹⁹. Existem vários motivos para a não utilização, como a dificuldade do acesso atempado a este, não haver necessidade de saúde, ou então, por estar a ser acompanhado por outro profissional numa outra entidade. Quanto ao último ponto, é cada vez maior a duplicação de cuidados entre CSP e cuidados hospitalares, assim como, duplicação de cuidados de saúde no sector público e no sector privado, podendo levar a um enviesamento dos resultados obtidos. Ainda em relação ao sector privado de saúde, outro fator em ter em atenção, é a não partilha de registos com os cuidados de saúde públicos. Estas situações poderão ser consideradas como vieses tanto para os doentes sem médico de MGF, mas também para os utentes com médico de MGF e que recorrem igualmente a um médico do setor privado para fazer o seu acompanhamento periódico³⁹. Quanto à caracterização da interação dos médicos de MGF, seria igualmente interessante perceber se existe diferença entre os médicos que apresentam um maior número de doentes atribuídos, daqueles que apresentam um menor número, assim como, a caracterização dos doentes que são atribuídos. Outra métrica frequentemente descurada, é a função do enfermeiro de família, que poderia igualmente ser caracterizada.

Ainda relativamente à utilização dos médicos de MGF oficialmente atribuído, está a questão dos utentes institucionalizados. Estes doentes, residentes em instituições como Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, em instituições pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou outras instituições com funções semelhantes às referidas, são frequentemente acompanhados pelos médicos da instituição onde se encontram, com utilização incerta dos cuidados do seu médico de MGF. Esta é uma situação já referenciada noutros trabalhos, e que poderá ser alvo de aprofundamento, uma vez que poderá ter impacto nos resultados obtidos¹⁹.

Recentemente, os trabalhos têm analisado a continuidade efetiva da utilização dos CSP, ao invés da cobertura pelos CSP. Esta está associada a melhores resultados em saúde, com particular ênfase em determinadas populações, como os idosos e utentes que tenham patologias consideradas CSCA^{22-24,34,38}.

A continuidade do cuidado está igualmente associada à satisfação dos utentes, bem como à qualidade de vida sentida no dia-a-dia dos utentes com condições de saúde crónicas³³. A continuidade pode permitir a deteção e tratamento precoce de eventos agudos e também, melhorar a relação entre o médico e o utente, aumentando a aceitação de intervenções e medidas de prevenção, como vacinação ou reajustes da terapêutica com o avançar do tempo. No entanto, a literatura aponta que alguns destes mecanismos podem aumentar, ao invés de reduzir, a utilização de cuidados de saúde hospitalares, sendo ainda necessário um aprofundamento desta relação.⁵⁴

A continuidade dos cuidados abrange ainda vários aspetos como a consistência da continuidade dos cuidados com um profissional de saúde ao longo do tempo, a qualidade das relações interpessoais entre profissionais de saúde e utentes e a disponibilização de informações sobre o utente⁵⁴. Assim, para futuros trabalhos, a análise deverá partir da real utilização individual dos CSP por parte dos utentes, ao invés da simples atribuição de médico de MGF.

O acesso aos CSP é outra das dimensões de maior relevo na avaliação da qualidade da prestação dos CSP. Das várias vantagens do acesso facilitado aos CSP, destaca-se a redução da utilização dos serviços de urgência hospitalar⁴⁸. As questões relativas ao acesso aos CSP abrangem um largo conjunto de temáticas, como a capacidade de marcar uma consulta em 48 horas, a escolha do médico, horários alargados ou a capacidade de comparecer sem agendamentos. A facilidade de acesso aos CSP, e a qualidade deste acesso em modo de urgência ou consulta de agudos, é um fator que cada vez mais é estudado para determinar até que ponto os CSP desviam os pacientes dos serviços de urgência^{28,47,53}.

A prestação de cuidados de saúde, em todas as suas vertentes, são apenas parte dos fatores determinantes dos resultados em saúde. Alguns autores apontam que os avanços da ciência e das tecnologias de saúde são o maior responsável da melhoria dos resultados de saúde⁵⁵. Em contraponto, outros autores, acreditam que o retorno marginal da assistência médica é eclipsado por políticas sociais mais amplas, como melhorias transversais na educação, transporte e condições de vida⁵⁵.

Shi *et al.* aponta que tanto os CSP como a desigualdade de rendimentos apresentam uma influência significativa na esperança média de vida, mortalidade total, mortalidade por acidente vascular cerebral e mortalidade pós-neonatal³. Outro estudo, verificou que as áreas com maior densidade de médicos não obtiveram menores taxas de mortalidade. No entanto, a presença de rendimentos mais elevados foi um dos

preditores mais consistentes para a menor mortalidade. A importância do rendimento sugere que uma série de fatores sociodemográficos relacionados com este, incluindo contextos ambientais, comportamento de saúde e literacia, podem desempenhar um papel maior do que o tratamento médico na redução da mortalidade⁵⁵.

Além disso, a evidência aponta para a existência de disparidades de base social e demográfica no acesso aos CSP. Minorias raciais/étnicas, indivíduos mais pobres e indivíduos menos educados apresentam maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde^{27,47}. Vários autores sugerem que as alavancas para reduzir o uso desnecessário dos serviços de urgência não estão nos CSP, mas no nível dos determinantes sociais, como rendimento, emprego, saúde, educação, barreiras à habitação, privação de ambientes de vida saudáveis e níveis de criminalidade^{47,56}. Assim, seria útil realizar a caracterização sociodemográfica destes episódios, de modo a averiguar a existência de impacto das características não clínicas.

Outra questão pertinente para análise futura são os fatores geográficos, uma vez que as características geográficas poderão ter implicação nos resultados em saúde. Shi *et al.* verificou que nos EUA, os condados não urbanos com um maior número de médicos de MGF apresentam menos 2% de mortalidade por todas as causas, menos 4% de mortalidade por doenças cardíacas e menos 3% de mortalidade por cancro do que condados não urbanos com um número menor de médicos de MGF. No entanto, nas áreas urbanas, esta relação não se verificou. O autor apontou como possível justificação a desigualdade de rendimento e as maiores diferenças raciais nas áreas urbanas^{3,57}.

No presente trabalho constatou-se que, frequentemente, os ACES de regiões do interior do país constavam nos ACES com piores valores nos resultados em saúde em análise. Esta variável não foi, no entanto, explorada no presente trabalho, devendo ser alvo de um aprofundamento em análises futuras, de modo a clarificar o papel da geografia nos resultados em saúde.

7. CONCLUSÃO

Os CSP são um dos pilares dos sistemas de saúde, tendo ganho um relevo crescente nas últimas décadas. Quando bem implementados, estruturados e organizados dentro dos sistemas de saúde, geram resultados em saúde positivos, associados a aspetos financeiros mais favoráveis, quando comparados com os cuidados de saúde hospitalares.


O presente trabalho procurou averiguar a relação entre os CSP e alguns resultados em saúde a nível do internamento hospitalar. Para tal, foi realizada uma análise de correlação entre a proporção de utentes sem médico de MGF atribuído, por ACES, com os resultados em saúde seleccionados, sendo eles o número de episódios de internamento, a duração do internamento, as admissões urgentes e a mortalidade intra-hospitalar. Foram ainda analisadas algumas patologias consideradas CSCA de forma isolada, uma vez que, de acordo com a literatura, o efeito dos CSP nestas patologias poderá ser mais notório. As patologias escolhidas foram a pneumonia bacteriana, a ITU, a DPOC e a asma.

Constatou-se que o aumento de utentes sem médico de MGF atribuído está associado a um menor número de episódios de internamento por 100.000 habitantes e com um aumento da demora média de internamento.

Para as CSCA verificou-se que o aumento de utentes sem médico de MGF atribuído está associado a uma maior demora média de internamento para a pneumonia bacteriana, ITU e DPOC. Nesta última, verificou-se igualmente que um aumento de utentes sem médico de MGF atribuído está associado a um menor número de episódios de internamento e menor número de episódios com admissão urgente.

Este trabalho contribui para o aumento do conhecimento relativamente à interação entre os CSP e os resultados em saúde a nível hospitalar, quer a nível geral, quer para algumas patologias consideradas CSCA, em Portugal. Num período em que existe uma crescente dedicação política na atribuição de um médico de MGF a todos os cidadãos elegíveis, torna-se imperativo conhecer os ganhos em saúde em que estas políticas se traduzem, de maneira que o decisor possa ajustar ou alterar a atuação presente, bem como dispor de dados que permitam um melhor planeamento de políticas de saúde, com impacto positivo na saúde dos utentes, assim como na qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sawicki OA, Mueller A, Klaaßen-Mielke R, Glushan A, Gerlach FM, Beyer M, et al. Strong and sustainable primary healthcare is associated with a lower risk of hospitalization in high risk patients. *Sci Rep.* 2021 Dec 1;11(1).
2. Perelman J. Cuidados de saúde primários com qualidade | Um investimento rentável. <https://www.student.actamedicaportuguesa.com/index.php/2017/04/15/cuidados-de-saude-primarios-com-qualidade-um-investimento-rentavel/>. 2017.
3. Barbara Starfield, Leiyu Shi, James Macinko. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502.
4. Silva Miguel L, Brito de Sá A. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir Contribuição para o Plano Nacional de Saúde. 2011.
5. World Health Organization. Primary health care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>. 2021.
6. Parlamento.pt.  Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional. 2005; Available from: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
7. Decreto-Lei n.º 310/82 de 3 de Agosto do Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. *Diário da República n.º 177/1982, Série I de 1982-08-03, páginas 2283 - 2298 Portugal; 1982.*
8. Despacho Normativo n.º 97/83 de 22 de abril do Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado. *Diário da República n.º 93/1983, Série I de 1983-04-22 Portugal; 1983.*
9. Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. *Diário da República n.º 195/1990, Série I Portugal;*
10. Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro do Ministério da Saúde. *Diário da República n.º 12/1993, Série I-A Portugal;*
11. Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de maio do Ministério da Saúde. Portugal: *Diário da República n.º 103/1998, Série I-A;*
12. Decreto-Lei n.º 88/2015 de 28 de maio do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. *Diário da República n.º 103/2015, Série I Portugal;*
13. Pisco L. A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE. *Cadernos de Economia.* :60–6.
14. Correia L, Heleno V. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal : portuguesa , moderna e inovadora. 2017;701–12.
15. Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde. *Diário da República n.º 38/2008, Série I Portugal;*
16. Perelman J, Lourenço A, Russo G, Miraldo M. Pagamento pelo desempenho nos cuidados de saúde primários. Coimbra: Almedina; 2016.

17. Pedro Pita Barros. *Economia da Saúde - Conceitos e Comportamentos*. 3th ed. Almedina;
18. de Foo C, Surendran S, Jimenez G, Ansah JP, Bruce Matchar D, Choon G, et al. Primary Care Networks and Starfield's 4Cs: A Case for Enhanced Chronic Disease Management. *Public Health* [Internet]. 2021;18:2926. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph>
19. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*. 2021 Aug 26;BJGP.2021.0340.
20. Delnoij D, van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? Vol. 5, *Journal of Health Services Research. & Policy*. 2000.
21. Levene LS, Bankart J, Khunti K, Baker R. Association of Primary Care Characteristics with Variations in Mortality Rates in England: An Observational Study. *PLoS One*. 2012 Oct 24;7(10).
22. Palmer W, Hemmings N, Rosen R, Keeble E, Williams S, Paddison C, et al. Improving access and continuity in general practice: Evidence review. 2018.
23. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors - A matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018 Jun 1;8(6).
24. Baker R, Bankart MJ, Freeman GK, Haggerty JL, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: *British Journal of General Practice*. 2020 Sep 1;70(698):E600–11.
25. Gulliford MC. Availability and Structure of Primary Medical Care Services and Population Health and Health Care Indicators in England. *J Public Health Med*. 2002;252–4.
26. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Serv Res*. 2004 Jun 11;4:1–8.
27. Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary care attributes and mortality: A national person-level study. *Ann Fam Med*. 2012;10(1):34–41.
28. Pinchbeck EW. Convenient primary care and emergency hospital utilisation. *J Health Econ*. 2019 Dec 1;68.
29. Berchet C. Emergency Care Services Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. *OECD Health Working Papers*. 83.
30. Cowling TE, Majeed A, Harris MJ. Patient experience of general practice and use of emergency hospital services in England: regression analysis of national cross-sectional time series data. *BMJ Qual Saf*. 2018 Aug;27(8):643–54.

31. Cowling TE, Cecil E v., Soljak MA, Lee JT, Millett C, Majeed A, et al. Access to Primary Care and Visits to Emergency Departments in England: A Cross-Sectional, Population-Based Study. *PLoS One*. 2013 Jun 12;8(6):e66699.
32. Ismail SA, Gibbons DC, Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: *British Journal of General Practice*. 2013 Dec;63(617):e813–20.
33. Wensing M, Szecsenyi J, Laux G. Continuity in general practice and hospitalization patterns: an observational study. *BMC Fam Pract*. 2021 Dec 1;22(1).
34. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL. Higher primary care physician continuity is associated with lower costs and hospitalizations. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):492–7.
35. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ (Online)*. 2017;356.
36. Sawicki OA, Mueller A, Klaaßen-Mielke R, Glushan A, Gerlach FM, Beyer M, et al. Strong and sustainable primary healthcare is associated with a lower risk of hospitalization in high risk patients. *Sci Rep [Internet]*. 2021 Dec 23;11(1):4349. Available from: <http://www.nature.com/articles/s41598-021-83962-y>
37. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2007 Nov 20;177(11):1362–8.
38. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2007 Nov 20;177(11):1362–8.
39. Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: A systematic review. *Eur J Public Health*. 2013 Jun;23(3):356–60.
40. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review. *Fam Pract*. 2014 Oct 1;31(5):502–16.
41. Mercier G, Georgescu V, Plancque E, Duflos C, le Pape A, Quantin C. The effect of primary care on potentially avoidable hospitalizations in France: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2020 Mar 31;20(1).
42. Rocha JVM, Nunes C, Santana R. Avoidable hospitalizations in Brazil and Portugal: Identifying and comparing critical areas through spatial analysis. *PLoS One*. 2019 Jun 1;14(7).
43. Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res*. 2007;7.
44. OMS - Health Services Delivery Programme. Ambulatory care sensitive conditions in Portugal. 2016.

45. Costa C, Lopes S, Santana R. Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2008;7(May 2017):7–28.
46. Oh NL, Potter AJ, Sabik LM, Trivedi AN, Wolinsky F, Wright B. The association between primary care use and potentially-preventable hospitalization among dual eligibles age 65 and over. *BMC Health Serv Res*. 2022 Dec 1;22(1).
47. Harris MJ, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: An observational, cross-sectional, ecological study. *British Journal of General Practice*. 2011;61(593).
48. van der Pol M, Olajide D, Dusheiko M, Elliott R, Guthrie B, Jorm L, et al. The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Scotland: Longitudinal analysis. *BMC Fam Pract*. 2019 Feb 22;20(1).
49. Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Førde OH. Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2011;11.
50. Kjekshus LE. Primary health care and hospital interactions: Effects for hospital length of stay. *Scand J Public Health*. 2005 Mar 5;33(2):114–22.
51. Gao J, Moran E, Li YF, Almenoff PL. Predicting Potentially Avoidable Hospitalizations [Internet]. 2013. Available from: www.lww-medicalcare.com
52. Walraven C van, Jennings A, Taljaard M, Dhalla I, English S, Mulpuru S, et al. Incidence of potentially avoidable urgent readmissions and their relation to all-cause urgent readmissions Carl. *Can Med Assoc J*. 2011;183(14):1067–72.
53. Gunther S, Taub N, Rogers S, Baker R. What aspects of primary care predict emergency admission rates? A cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1).
54. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ (Online)*. 2017;356.
55. Chen BK, Jindal D, Yang YT, Hair N, Yang CY. Associations Between Physician Supply Levels and Amenable Mortality Rates: An Analysis of Taiwan Over Nearly 4 Decades. *Health Serv Insights*. 2020;13.
56. Busby J, Purdy S, Hollingworth W. Opportunities for primary care to reduce hospital admissions: A cross-sectional study of geographical variation. *British Journal of General Practice*. 2017 Jan 1;67(654):e20–8.
57. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US counties: a comparison between urban and non-urban areas. *Public Health*. 2005 Aug;119(8):699–710.

9. ANEXOS

Anexo 1

Quadro XV. Correspondência entre os ACES com concelhos e freguesias que os compõe

ACES	Concelho	Freguesia
ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso	Boticas	Todas
	Chaves	Todas
	Montalegre	Todas
	Ribeira de Pena	Todas
	Valpaços	Todas
	Vila Pouca de Aguiar	Todas
	ACES Alto Ave - Guimarães/Vizela/Terras de Basto	Cabeceiras de Basto
	Fafe	Todas
	Guimarães	Todas
	Mondim de Basto	Todas
	Vizela	Todas
ACES Ave / Famalicão	Vila Nova de Famalicão	Todas
ACES do Cávado I - Braga	Braga	Todas
ACES Cavado II - Gerês / Cabreira	Amares	Todas
	Póvoa de Lanhoso	Todas
	Terras de Bouro	Todas
	Vieira do Minho	Todas
	Vila Verde	Todas
ACES do Cávado III - Barcelos / Esposende	Barcelos	Todas
	Esposende	Todas
ACES Douro I - Marão e Douro Norte	Alijó	Todas
	Mesão Frio	Todas
	Murça	Todas
	Peso da Régua	Todas
	Sabrosa	Todas
	Santa Marta de Penaguião	Todas
	Vila Real	Todas
ACES Douro II - Douro Sul	Armamar	Todas
	Lamego	Todas
	Moimenta da Beira	Todas
	Penedono	Todas
	São João da Pesqueira	Todas
	Sernancelhe	Todas
	Tarouca	Todas
	Tabuaço	Todas
ACES Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca	Arouca	Todas
	Santa Maria da Feira	Todas
ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte	Oliveira de Azeméis	Todas
	São João da Madeira	Todas

	Vale de Cambra	Todas
ACES Grande Porto I - Santo Tirso / Trofa	Santo Tirso	Todas
	Trofa	Todas
ACES Grande Porto II - Gondomar	Gondomar	Todas
ACES Grande Porto III - Maia / Valongo	Maia	Todas
	Valongo	Todas
ACES Grande Porto IV - Póvoa do Varzim / Vila do Conde	Póvoa de Varzim	Todas
	Vila do Conde	Todas
ACES Grande Porto V - Porto Ocidental	Porto	Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde
		Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória
		Lordelo do Ouro e Massarelos
		Ramalde
ACES Grande Porto VI - Porto Oriental	Porto	Bonfim
		Campanhã
		Paranhos
ACES Grande Porto VII - Gaia	Vila Nova de Gaia	Santa Marinha e São Pedro da Afurada
		Avintes
		Canidelo
		Mafamude e (Vilar do Paraíso)
		Oliveira do Douro
ACES Grande Porto VIII - Espinho / Gaia	Espinho	Todas
	Vila Nova de Gaia	Arcozelo
		Canelas
		Sandim, Olival, Lever e Crestuma
		Grijó e Sermonde
		Gulpilhares e Valadares
		Madalena
		Pedroso e Seixezelo
		Serzedo e Perozinho
		São Félix da Marinha
		Vilar do Paraíso (e Mafamude)
		ACES do Tâmega I - Baixo Tâmega
Baião	Todas	
Celorico de Basto	Todas	
Cinfães	Todas	
Marco de Canaveses	Todas	
Resende	Todas	

ACES do Tâmega II - Vale do Sousa Sul	Castelo de Paiva	Todas
	Paredes	Todas
	Penafiel	Todas
ACES do Tâmega III - Vale do Sousa Norte	Felgueiras	Todas
	Lousada	Todas
	Paços de Ferreira	Todas
ULS Alto Minho	Arcos de Valdevez	Todas
	Caminha	Todas
	Melgaço	Todas
	Monção	Todas
	Paredes de Coura	Todas
	Ponte da Barca	Todas
	Ponte de Lima	Todas
	Valença	Todas
	Viana do Castelo	Todas
	Vila Nova de Cerveira	Todas
	ULS Matosinhos	Matosinhos
ULS do Nordeste	Alfândega da Fé	Todas
	Bragança	Todas
	Carrazeda de Ansiães	Todas
	Freixo de Espada à Cinta	Todas
	Macedo de Cavaleiros	Todas
	Miranda do Douro	Todas
	Mirandela	Todas
	Mogadouro	Todas
	Torre de Moncorvo	Todas
	Vila Flor	Todas
	Vimioso	Todas
	Vinhais	Todas
	Vila Nova de Foz Côa	Todas
	ACES Baixo Mondego	Cantanhede
Coimbra		Todas
Condeixa-a-Nova		Todas
Figueira da Foz		Todas
Mealhada		Todas
Mira		Todas
Montemor-o-Velho		Todas
Mortágua		Todas
Penacova		Todas
Soure	Todas	
ACES Baixo Vouga	Albergaria-a-Velha	Todas
	Águeda	Todas
	Anadia	Todas
	Aveiro	Todas
	Estarreja	Todas
Ílhavo	Todas	

	Murtosa	Todas
	Oliveira do Bairro	Todas
	Ovar	Todas
	Sever do Vouga	Todas
	Vagos	Todas
ACES Cova da Beira	Belmonte	Todas
	Covilhã	Todas
	Fundão	Todas
ACES Dão-Lafões	Aguiar da Beira	Todas
	Carregal do Sal	Todas
	Castro Daire	Todas
	Mangualde	Todas
	Nelas	Todas
	Oliveira de Frades	Todas
	Penalva do Castelo	Todas
	Santa Comba Dão	Todas
	São Pedro do Sul	Todas
	Sátão	Todas
	Tondela	Todas
	Vila Nova de Paiva	Todas
	Viseu	Todas
	Vouzela	Todas
ACES Pinhal Interior Norte	Alvaiázere	Todas
	Ansião	Todas
	Arganil	Todas
	Castanheira de Pêra	Todas
	Figueiró dos Vinhos	Todas
	Góis	Todas
	Lousã	Todas
	Miranda do Corvo	Todas
	Oliveira do Hospital	Todas
	Pampilhosa da Serra	Todas
	Pedrógão Grande	Todas
	Penela	Todas
	Tábua	Todas
	Vila Nova de Poiares	Todas
ACES Pinhal Litoral	Batalha	Todas
	Leiria	Todas
	Marinha Grande	Todas
	Pombal	Todas
	Porto de Mós	Todas
ACES Beira Interior Sul (ULS Castelo Branco)	Castelo Branco	Todas
	Idanha-a-Nova	Todas
	Penamacor	Todas
	Vila Velha de Ródão	Todas
	Oleiros	Todas

ACES Pinhal Interior Sul (ULS Castelo Branco)	Proença-a-Nova	Todas
	Vila de Rei	Todas
ULS Guarda	Almeida	Todas
	Celorico da Beira	Todas
	Figueira de Castelo Rodrigo	Todas
	Fornos de Algodres	Todas
	Gouveia	Todas
	Guarda	Todas
	Manteigas	Todas
	Mêda	Todas
	Pinhel	Todas
	Sabugal	Todas
	Seia	Todas
	Trancoso	Todas
	Vila Nova de Foz Côa	Todas
	ACES Lisboa Norte	Lisboa
Avenidas Novas		
Benfica		
Campolide		
Carnide		
Lumiar		
Santa Clara		
São Domingos de Benfica		
ACES Lisboa Central	Lisboa	Areeiro
		Arroios
		Beato
		Campo de Ourique (Santa Isabel)
		Estrela
		Marvila
		Misericórdia
		Olivais
		Parque das Nações
		Penha de França
		Santa Maria Maior
		Santa António
São Vicente		
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	Oeiras	Todas
	Lisboa	Ajuda
		Alcântara
		Belém
		Campo de Ourique
ACES Cascais	Cascais	Todas
ACES Amadora	Amadora	Todas

ACES Sintra	Sintra	Todas
ACES Loures / Odivelas	Loures	Todas
	Odivelas	Todas
ACES Estuário do Tejo	Alenquer	Todas
	Arruda dos Vinhos	Todas
	Azambuja	Todas
	Benavente	Todas
	Vila Franca de Xira	Todas
ACES Almada / Seixal	Almada	Todas
	Seixal	Todas
ACES Arco Ribeirinho	Alcochete	Todas
	Barreiro	Todas
	Moita	Todas
	Montijo	Todas
ACES Arrábida	Palmela	Todas
	Sesimbra	Todas
	Setúbal	Todas
ACES Oeste Norte	Alcobaça	Todas
	Bombarral	Todas
	Caldas da Rainha	Todas
	Nazaré	Todas
	Óbidos	Todas
	Peniche	Todas
ACES Oeste Sul	Cadaval	Todas
	Lourinhã	Todas
	Sobral de Monte Agraço	Todas
	Mafra	Todas
	Torres Vedras	Todas
ACES Médio Tejo	Abrantes	Todas
	Alcanena	Todas
	Constância	Todas
	Entroncamento	Todas
	Ourém	Todas
	Ferreira do Zêzere	Todas
	Mação	Todas
	Sardoal	Todas
	Torres Novas	Todas
	Tomar	Todas
	Vila Nova da Barquinha	Todas
ACES Lezíria	Almeirim	Todas
	Alpiarça	Todas
	Cartaxo	Todas
	Chamusca	Todas
	Coruche	Todas
	Golegã	Todas
	Rio Maior	Todas

	Salvaterra de Magos	Todas
	Santarém	Todas
ULS do Norte Alentejano	Alter do Chão	Todas
	Arronches	Todas
	Avis	Todas
	Campo Maior	Todas
	Castelo de Vide	Todas
	Crato	Todas
	Elvas	Todas
	Fronteira	Todas
	Gavião	Todas
	Marvão	Todas
	Monforte	Todas
	Nisa	Todas
	Ponte de Sor	Todas
	Portalegre	Todas
	Sousel	Todas
ACES Alentejo Central	Alandroal	Todas
	Arraiolos	Todas
	Borba	Todas
	Estremoz	Todas
	Évora	Todas
	Montemor-o-Novo	Todas
	Mora	Todas
	Mourão	Todas
	Portel	Todas
	Redondo	Todas
	Reguengos de Monsaraz	Todas
	Vendas Novas	Todas
	Viana do Alentejo	Todas
	Vila Viçosa	Todas
ULS do Litoral Alentejano	Alcácer do Sal	Todas
	Grândola	Todas
	Odemira	Todas
	Santiago do Cacém	Todas
	Sines	Todas
ULS do Baixo Alentejo	Aljustrel	Todas
	Almodôvar	Todas
	Alvito	Todas
	Barrancos	Todas
	Beja	Todas
	Castro Verde	Todas
	Cuba	Todas
	Ferreira do Alentejo	Todas
	Mértola	Todas
	Moura	Todas

	Ourique	Todas
	Serpa	Todas
	Vidigueira	Todas
ACES Algarve I - Central	Albufeira	Todas
	Faro	Todas
	Loulé	Todas
	Olhão	Todas
	São Brás de Alportel	Todas
ACES Algarve II - Barlavento	Aljezur	Todas
	Lagoa	Todas
	Lagos	Todas
	Monchique	Todas
	Portimão	Todas
	Silves	Todas
	Vila do Bispo	Todas
ACES Algarve III - Sotavento	Alcoutim	Todas
	Castro Marim	Todas
	Tavira	Todas
	Vila Real de Santo António	Todas

Anexo 2

Quadro XVI. Codificação operacional dos ACES

Variável	Descrição da variável	Tipo de Variável	Definição operacional
			1 - ACeS Alto Trás-os-Montes – Alto Tâmega e Barroso
			2 - ACeS Alto Ave – Guimarães, Vizela e Terras de Basto
			3 - ACeS Ave / Famalicão
			4 - ACeS Cávado I – Braga
			5 - ACeS Cávado II – Gerês / Cabreira
			6 - ACeS Cávado III – Barcelos / Esposende
			7 - ACeS Douro I – Marão e Douro Norte
			8 - ACeS Douro II – Douro Sul
			9 - ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca
			10 - ACeS Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte
			11 - ACeS Grande Porto I – Santo Tirso / Trofa
			12 - ACeS Grande Porto II – Gondomar
			13 - ACeS Grande Porto III – Maia / Valongo
			14 - ACeS Grande Porto IV – Póvoa do Varzim / Vila do Conde
			15 - ACeS Grande Porto V – Porto Ocidental
			16 - ACeS Grande Porto VI – Porto Oriental
			17 - ACeS Grande Porto VII – Gaia
			18 - ACeS Grande Porto VIII – Espinho / Gaia
			19 - ACeS Tâmega I – Baixo Tâmega
			20 - ACeS Tâmega II – Vale do Sousa Sul
			21 - ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte
			22 - ULS Alto Minho
			23 - ULS Matosinhos
			24 - ULS Nordeste
			25 - ACeS Baixo Mondego
			26 - ACeS Baixo Vouga
			27 - ACeS Cova da Beira
			28 - ACeS Dão Lafões
			29 - ACeS Pinhal Interior Norte
			30 - ACeS Pinhal Litoral
			31 - ACeS Beira Interior Sul (ULS Castelo Branco)
			32 - ACeS Pinhal Interior Sul (ULS Castelo Branco)
			33 - ULS Guarda
			34 - ACeS Lisboa Norte
			35 - ACeS Lisboa Central
			36 - ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras
			37 - ACeS Cascais
			38 - ACeS Amadora
			39 - ACeS Sintra
			40 - ACeS Loures-Odivelas
			41 - ACeS Estuário do Tejo
			42 - ACeS Almada-Seixal
			43 - ACeS Arco Ribeirinho
			44 - ACeS Arrábida
			45 - ACeS Oeste Norte
			46 - ACeS Oeste Sul
			47 - ACeS Médio Tejo
			48 - ACeS Lezíria
			49 - ULS do Norte Alentejo
			50 - ACES Alentejo Cental
			51 - ULS Alentejo Litoral
			52 - ULS Baixo Alentejo
			53 - ACeS Algarve I - Central
			54 - ACeS Algarve II - Barlavento
			55 - ACeS Algarve III – Sotavento

Código ACES

Código correspondente ao ACES

Categórica ordinal

Anexo 3

Quadro XVII. População sem médico de MGF atribuído, por ACES

Código ACES	População sem MGF Atribuído (%)
1	4,47
2	0,94
3	3,08
4	1,69
5	2,43
6	2,08
7	1,64
8	6,24
9	1,45
10	1,44
11	1,15
12	0,9
13	1,35
14	2,05
15	1,71
16	2,52
17	2,61
18	1,71
19	6,95
20	2,03
21	2,45
22	0,75
23	1,82
24	0,94
25	2,66
26	1,77
27	2,95
28	3,59
29	3,72
30	5,14
31	4,94
32	0,45
33	3,93
34	12,39
35	16,12
36	8,58
37	16,13
38	24,27
39	22,62
40	13,68
41	24,87
42	14,6
43	24,9
44	25,7
45	10,66
46	20,62
47	11,23
48	13,25
49	5,27
50	0,75
51	13,5
52	1,99
53	11,08
54	31,48
55	2,15

Anexo 4

Quadro XVIII. População residente, por ACES

Código ACES	População sem MGF Atribuído (%)
1	88.688
2	250.521
3	132.655
4	181.501
5	106.007
6	152.119
7	100.019
8	70.584
9	160.465
10	110.169
11	107.606
12	166.226
13	231.709
14	142.005
15	133.283
16	98.545
17	166.404
18	221.345
19	174.860
20	172.888
21	160.980
22	235.163
23	173.825
24	134.318
25	347.038
26	363.944
27	82.461
28	257.596
29	125.042
30	256.693
31	70.255
32	16.293
33	144.462
34	228.833
35	272.376
36	240.892
37	210.567
38	177.849
39	383.507
40	362.267
41	250.733
42	334.463
43	215.584
44	232.301
45	171.893
46	210.733
47	218.574
48	188.809
49	109.558
50	157.192
51	94.807
52	119.794
53	226.421
54	161.450
55	53.151

Anexo 5

Quadro XIX. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes

Código ACES	Total Episódios	Duração média de internamento (dias)	Admissão Urgente	Mortalidade
1	2.788	9,60	2.782	352
2	1.015	8,47	1.009	85
3	631	9,07	624	88
4	223	8,77	193	11
5	256	8,90	230	20
6	820	9,32	814	62
7	1.497	9,80	1.491	184
8	1.663	9,16	1.659	242
9	583	8,20	574	50
10	709	8,31	698	111
11	798	10,05	793	83
12	378	7,90	371	17
13	577	7,45	568	38
14	670	9,28	658	72
15	429	7,76	423	27
16	740	7,90	727	60
17	320	8,73	307	44
18	349	9,25	340	39
19	1.089	8,39	1.075	131
20	685	8,14	672	91
21	693	8,16	681	94
22	1.232	8,50	1.223	118
23	623	7,97	616	26
24	1.834	10,51	1.823	235
25	841	8,39	822	76
26	908	10,07	835	123
27	851	9,32	817	73
28	835	8,97	826	81
29	849	8,49	781	88
30	1.353	8,47	1.337	131
31	882	9,83	871	171
32	2.602	9,53	2.596	509
33	1.175	11,07	1.167	145
34	816	9,17	799	64
35	1.023	9,79	1.009	115

36	773	9,81	759	88
37	497	7,91	470	37
38	517	11,38	503	58
39	423	10,90	407	53
40	566	8,97	552	50
41	753	8,80	742	74
42	463	10,63	450	61
43	842	10,84	828	159
44	1.133	9,31	1.094	192
45	1.119	7,97	1.111	158
46	643	10,56	636	140
47	1.505	8,24	1.500	226
48	1.638	9,50	1.631	309
49	1.132	10,83	1.125	219
50	1.048	7,94	1.039	116
51	1.003	8,45	1.000	179
52	1.018	7,95	1.013	193
53	864	11,58	862	189
54	867	12,44	864	167
55	933	11,11	931	196

Anexo 6

Quadro XX. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes

Código ACES	Total Episódios	Duração média de internamento (dias)	Admissão Urgente	Mortalidade
1	1.033	7,56	1.015	25
2	319	7,06	306	8
3	363	7,85	341	21
4	203	6,74	140	2
5	247	7,15	180	3
6	350	8,02	334	11
7	875	7,70	842	37
8	837	8,42	825	50
9	275	7,53	239	11
10	364	8,55	343	14
11	399	8,50	374	29
12	288	7,39	277	3
13	315	6,94	294	7
14	500	7,20	451	18
15	323	8,00	298	5
16	406	7,43	390	14
17	363	8,14	344	14
18	364	8,19	346	16
19	258	7,21	238	10
20	161	7,26	143	3
21	187	8,04	169	7
22	537	7,90	506	9
23	535	6,89	469	10
24	806	8,22	772	37
25	699	7,13	676	20
26	537	9,62	490	30
27	623	8,62	552	10
28	569	8,73	556	15
29	640	7,61	596	9
30	1.000	7,31	971	25
31	390	8,29	340	6
32	1.534	7,65	1.479	55
33	305	10,69	285	8
34	1.032	7,31	1.001	10
35	1.024	9,01	999	26

36	570	8,76	540	10
37	428	7,41	392	5
38	359	9,55	324	8
39	311	10,64	280	8
40	552	8,42	525	10
41	619	8,31	597	17
42	424	9,71	398	16
43	737	9,76	703	37
44	432	7,84	404	14
45	874	6,66	855	33
46	480	8,85	466	20
47	1.288	6,88	1.246	38
48	1.655	8,91	1.615	86
49	623	9,32	604	31
50	476	6,92	464	11
51	554	7,15	541	45
52	397	7,68	393	30
53	418	11,20	402	35
54	705	11,79	687	66
55	367	10,40	357	28

Anexo 7

Quadro XXI. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes

Código ACES	Total Episódios	Duração média de internamento (dias)	Admissão Urgente	Mortalidade
1	1.509	8,37	1.506	44
2	301	7,26	300	7
3	308	8,42	308	18
4	83	7,99	67	1
5	95	7,31	83	1
6	254	8,11	254	7
7	661	9,23	659	16
8	745	9,03	744	44
9	269	6,96	266	6
10	247	7,08	246	15
11	257	9,24	255	10
12	271	7,44	268	4
13	203	6,57	193	5
14	374	8,43	370	20
15	417	7,66	411	8
16	341	7,38	332	7
17	156	9,29	150	6
18	174	8,57	170	5
19	288	7,56	285	19
20	290	6,35	289	14
21	230	6,57	228	7
22	347	7,31	346	7
23	284	7,13	276	4
24	386	9,83	379	28
25	136	8,29	129	2
26	170	9,11	152	7
27	226	9,23	144	8
28	271	7,92	264	10
29	132	8,02	114	2
30	436	6,55	406	11
31	151	8,49	131	3
32	423	9,09	417	12
33	353	9,00	335	11
34	237	7,91	222	2
35	292	8,11	280	8

36	132	10,64	123	4
37	94	7,01	84	2
38	134	9,39	124	3
39	100	10,55	92	2
40	149	8,14	138	2
41	131	8,41	126	3
42	92	9,39	83	3
43	122	8,55	117	9
44	106	9,10	92	2
45	291	5,93	284	15
46	100	10,29	93	6
47	243	8,35	241	14
48	225	8,77	224	7
49	118	8,98	115	11
50	144	7,15	137	7
51	182	7,58	182	15
52	246	7,72	243	23
53	174	8,42	165	8
54	200	12,13	198	20
55	166	9,69	158	9

Anexo 8

Quadro XXII. Total de episódios, duração média de internamento, admissão urgente e mortalidade, por ACES, por 100.000 habitantes

Código ACES	Total Episódios	Duração média de internamento (dias)	Admissão Urgente	Mortalidade
1	81	7,78	81	0
2	29	5,54	29	0
3	20	10,00	19	1
4	44	8,15	30	0
5	25	7,67	22	0
6	16	7,46	15	0
7	75	8,53	74	1
8	41	9,76	41	0
9	49	6,95	49	0
10	23	5,64	23	0
11	22	7,04	22	0
12	41	7,26	41	0
13	39	7,07	37	0
14	16	7,00	15	0
15	64	6,80	64	0
16	55	5,17	52	0
17	55	7,59	55	0
18	37	7,13	37	0
19	14	6,38	13	0
20	23	4,62	22	1
21	22	5,94	22	0
22	37	5,35	37	0
23	57	5,53	56	1
24	29	7,64	28	0
25	86	8,54	78	0
26	45	7,49	39	0
27	70	7,02	44	0
28	82	8,72	81	1
29	42	8,28	34	0
30	39	5,75	33	0
31	11	6,75	9	0
32	68	8,45	61	0
33	104	7,37	100	1
34	55	7,02	50	0
35	58	6,99	55	0

36	42	7,73	40	0
37	21	6,40	20	0
38	44	6,38	42	1
39	33	7,32	28	0
40	35	7,49	34	0
41	41	6,24	38	0
42	27	7,57	26	0
43	25	7,44	23	0
44	29	6,28	27	0
45	41	6,31	38	0
46	46	8,40	45	2
47	21	6,76	21	0
48	77	7,22	76	1
49	21	10,43	21	0
50	29	7,17	24	1
51	21	6,00	21	0
52	36	6,12	36	1
53	63	7,87	62	1
54	65	7,35	65	0
55	58	7,84	56	2