



O ESTADO DE
SAÚDE DOS
PORTUGUESES.
UMA PERSPECTIVA
ESPACIAL

Autores:

Paula Santana

Universidade de Geografia/Instituto de Estudos Geográficos

Artur Vaz

Espírito Santo Saúde

Marta Fachada

Instituto de Estudos Geográficos

Resumo:

A investigação sobre as desigualdades em saúde e o estado de saúde tem conhecido uma multiplicidade de abordagens, reflectida em estudos que têm implícita uma grande variedade de factores considerados responsáveis ou estreitamente associados com a saúde. Pode, todavia, concluir-se que existe sempre uma conexão forte e dinâmica entre as condições socioeconómicas e a saúde, condições essas que percorrem toda a vida do indivíduo, desde a infância até à morte. Tem vindo a ser demonstrada, na generalidade dos países, uma associação forte entre a pobreza e os baixos níveis de saúde. Não obstante e independentemente do suporte material de que cada indivíduo dispõe, a base espacial de referência, integrando as circunstâncias sociais e económicas nas quais as pessoas vivem e onde desenvolvem as suas actividades profissionais e sociais - ou seja, o indivíduo inserido na comunidade e os atributos dessa mesma comunidade (factores ambientais, as características da comunidade, a qualidade e quantidade de oferta de serviços públicos de saúde, etc.), desempenham um papel indiscutível nesta relação dialéctica, podendo marcar pela positiva ou pela negativa o estado de saúde, assim esbatendo a relação individual entre classe social e estado de saúde que tem sido evidenciada cientificamente,

É intenção, neste texto, verificar se existem desigualdades geográficas no estado de saúde em Portugal¹, apesar dos ganhos substanciais em

Portuguese Health
Status. A spatial
perspective

saúde verificados nos últimos anos. Para além deste objectivo principal pretende-se conhecer, igualmente, as razões explicativas das desigualdades no estado de saúde (distribuição da população, oferta de recursos de saúde, condições de habitabilidade da residência, características sociais e económicas dos indivíduos e das áreas de residência, e.o.) e qual a evolução do estado de saúde da população portuguesa durante a década de noventa. Por fim, e de acordo com os resultados encontrados, são identificadas algumas políticas de intervenção que poderão vir a alterar o quadro actual, suportando diminuições nas variações encontradas.

Foi aplicado um modelo matemático - multiatributivo ou atributivo de múltiplas utilidades (multi-attribut utility model - MAU) que trabalhou 48 variáveis recolhidas, fundamentalmente, em bases de dados do Instituto Nacional de Estatística e do Ministério da Saúde, para os anos de 1991 e 2001, nos concelhos de Portugal Continental.

Algumas conclusões deste estudo revelam que o estado de saúde varia na razão directa da urbanização/litoralização dos municípios, em ambos os períodos de análise. Ou seja, no início da década de noventa, os municípios com melhor estado de saúde localizavam-se próximo do litoral ocidental (entre Setúbal e Viana do Castelo). Pelo contrário, os que apresentavam estados de saúde mais baixos foram encontrados em áreas rurais periféricas, localizadas no interior do país. Apesar das variações globalmente positivas que ocorreram no estado de saúde ao longo da década de noventa, fundamentalmente nas áreas em maior desvantagem no início desse período e à custa, essencialmente, de acréscimos verificados nos indicadores sociais e de saúde utilizados pelo modelo, os concelhos que se encontravam com piores estados de saúde em 1991 continuam a apresentar os piores estados de saúde em 2001, sendo o inverso, genericamente, verdadeiro. Em 2001 piorou o estado de saúde, relativa e absoluta, em alguns concelhos, nomeadamente a sul do Rio Tejo.

Palavras chave:

Estado de saúde; avaliação do estado de saúde; iniquidade em saúde; geografia da saúde.

Abstract

Research on health inequities and health status evaluation results from a broad of multiple approaches, reflected in multiples texts and papers using and stressing different factors and variables identified as direct causes or in association with ill-health. However, there is a clear assumption about the importance of the relationship between socio-economic conditions and ill-health, those conditions accompanying individuals all along their lives. Authors in several countries have demonstrated a strong association between poverty and low health status. Nevertheless and independently of the material support (income level) each individual can have or acquire, the space basis framework has a very important role in such dialectic relationship, with clear positive or negative impact on individual health status. This space framework includes and integrates social and economic circumstances in which people live and perform their professional and social activities (i.e. the individual considered within the community and the attributes of such community – environmental factors, community's characteristics, type, quality and quantity of available health services, etc.). Sometimes, the influence of the place is so strong that it can eliminate or reduce the impact of social class on health status.

This paper main objective is to identify if there are any substantial geographical health status differences among the Portuguese population², despite the remarkable improvement of national health gains during the last 30 years. The paper also present the main reasons to explain health variations across the country (population distribution, health services offer, housing conditions, social and economic characteristics of individuals and leaving areas, etc.) and to evaluate the evolution of population health status during the 90's. Finally, some policies are identified as adequate and effective tools to reduce such variations and to increase general health status.

The authors had used a multi-attribute utility model to evaluate 48 variables (indicators and proxies) collected, basically, from the national statistical data basis (INE) and from the Health Ministry data, regarding 1991 and 2001 period, for all the municipalities of continental Portugal.

This research demonstrates a clear and direct relationship between population health status and the coastal location and urbanization of municipalities. In the beginning of the 90's, municipalities with a higher score of health status were those located in the western coastal line of Portugal (Setubal - Viana do Castelo). Those showing lower health status scores belong to the rural municipalities of the country. Despite the general improvement of health status scores all over the country during the decade (more obvious in municipalities with lower health status scores, as a result of more expressive improvement of social and health related indicators) those municipalities with lower health status scores in 1991 keep their ranking position in 2001. The inverse is, in general, also true, with coastal and urban municipalities maintaining their top positions at the end of the research period. Between 1991 and 2001 some few municipalities had seen their health status scores reduced (in absolute or relative terms).

Key words:

Health status; health status evaluation; health inequities; health variations; health geography.

Notas

¹ Apenas foram estudados os concelhos de Portugal Continental

² Excluding Azores and Madeira Islands.

INTRODUÇÃO

É longa a lista de autores que nos últimos anos tem desenvolvido investigação sobre o estado de saúde e sobre as desigualdades em saúde, com recurso à utilização de uma substancial variedade de indicadores que têm vindo a ser identificados como determinantes da saúde (National Institute of Public Health, 1997; Dunn e Haynes, 2000; Benzeval e Judge, 2001; Macintyre e outros, 2003). Por um lado, têm sido considerados os atributos individuais ou seja, as variáveis demográficas, de género, grupo étnico e, por outro, os atributos da comunidade que influenciam, potenciando, os atributos individuais dos que residem, trabalham ou utilizam determinado espaço (Macintyre e outros, 1993). A profissão, o rendimento e a educação são exemplos da combinação das características da comunidade (oferta de emprego, capacidade de atracção de investidores, oferta de serviços de ensino, por exemplo) com as individuais (capacidade individual para executar tarefas ou desempenhar papéis, etc) e constituem-se como atributos de grande impacto na saúde (ou doença) da população, influenciando-a directa e/ou indirectamente. A literatura vem revelando, há já algumas décadas, que na generalidade dos países se encontra uma correspondência entre a pobreza e os baixos níveis de saúde (Townsend e Davidson., 1982; Townsend e outros 1988; Ben-Sholmo e Davey Smith, 1991; Kaplan e outros, 1996; Power, 1998; Kennedy e outros, 1998, Haynes e Gale, 2000; Macintyre e Ellaway, 2000; Macintyre e outros, 2003. Os autores defendem que existe sempre uma forte e dinâmica conexão entre as condições socioeconómicas (materiais e psicossociais) e a saúde, argumentando, alguns, que o impacto dessas determinantes percorre a vida do indivíduo. Por exemplo, Power (1998) adverte para a influência do curso de vida (factores materiais e outros que ocorrem ao longo dos diferentes estádios de desenvolvimento do indivíduo, desde a sua concepção) nas necessidades em saúde na idade adulta. Vários autores (Kunst, 1997; Kunst e outros, 1998; Die-Roux e outros, 2001; Santana e Nogueira, 2003) comprovam que os grupos menos favorecidos apresentam estados percebidos de doença mais significativos ou frequentes e mortalidade mais elevada sendo, paradoxalmente, também estes os grupos que apresentam situações de maior desvantagem relativamente ao acesso aos serviços de saúde (quantidade, tipo e qualidade) (Whiteleg, 1982; Santana, 2000; Santana, 2002).

Nos últimos anos (Shaw e outros, 2000; Kaplan e outros, 1996; Gatrell, 1998; Macintyre e outros, 1993) tem sido defendido o argumento de que não existe uma relação directa entre pobreza absoluta e baixos níveis de saúde, defendendo-se que a organização social e os atributos do ambiente físico e social do país e da área de residência (factores ambientais, características da comunidade, qualidade e quantidade de oferta de serviços públicos de saúde, e.o) actuam e marcam, pela positiva ou pela negativa, o estado de saúde, atenuando a relação individual e determinista que alguns autores tinham identificado entre classe social e estado de saúde. Saliente-se o trabalho de Gatrell (1998), aplicado à cidade de Dundee o qual cria um novo pressuposto assente na possibilidade de, em áreas de maior pobreza e privação, poderem verificar-se melhores estados de saúde se estas se localizarem nas proximidades ou forem rodeadas por áreas menos pobres ou de menor privação. O contrário também é verdadeiro. Aqui, o conceito de pobreza ou privação aparece com um carácter marcadamente relativo, pelo que o impacto da pobreza ou privação na saúde não é sempre o mesmo, dependendo dos aspectos espaciais, salientando-se a importância da coesão social e do capital social na saúde da população. Neste sentido, destaque para os trabalhos publicados no Reino Unido, em especial por Macintyre e seus colaboradores (Macintyre e outros, 1993; 2000; 2003) que há alguns anos vem identificando o papel do local de residência como influenciador da saúde da população. Estes autores consideram que o estado de saúde da população deve ser analisado tendo em conta o efeito das características físicas, históricas, culturais, de organização social da comunidade, região e país onde reside a população. Não obstante este facto, é reconhecido que um aumento no rendimento e nas condições de vida podem estar, e estão, frequentemente associadas a uma melhoria no estado de saúde da população.

Já no século XIX os reformadores sociais e os médicos de saúde pública consideravam que o local de residência influenciava a saúde. Macintyre et al. (2000) conclui que, no fim do século XX, à semelhança do que acontecia em 1840, são relevantes os estudos que tenham por base a observação tanto do local de residência como do estatuto socioeconómico, em virtude de terem sido encontradas diferenças notáveis em saúde e longevidade entre regiões e entre cidades e áreas vizinhas da Grã Bretanha. Trata-se de entender qual a razão que faz com que aumentem as desigualdades em saúde entre as áreas geográficas. Será que a questão se concentra nas características do local ou nas do indivíduo? O que importa saber é como é que as circunstâncias do ambiente físico e social dos lugares podem influenciar, do mesmo modo, a saúde de todos os seus residentes ou se, porventura, há grupos com maior sensibilidade à promoção da saúde ou aos efeitos adversos que o local pode exercer sobre a saúde dessa população (poluição, oferta de serviços públicos de má qualidade, etc.).

Nos últimos vinte anos, em Portugal, Lucas (1987), Pereira (1995), Giraldes (1996), Santana (2000, 2002, 2004), Santana e Campos (1997) Ferreira e Santana (2003) Nogueira e Santana (2004) contribuíram para que se começasse a estudar a questão das desigualdades em saúde, atribuindo peso fundamental às questões de ordem socioeconómica e às desigualdades espaciais na oferta e utilização dos serviços de saúde. Tem-se

verificado que existem desigualdades em saúde entre diferentes grupos socioeconómicos, sendo os grupos mais pobres os que cumulativamente se encontram em piores condições de trabalho, de habitação e alimentação inadequada, habitando em locais onde a probabilidade de contacto com serviços de saúde de qualidade é difícil e a continuidade dos cuidados nem sempre é garantida, em consequência da falta de acesso (Santana, 1995).

É intenção, neste texto, perceber até que ponto, existem ainda em Portugal desigualdades regionais no estado de saúde, apesar dos ganhos substanciais em saúde nos últimos trinta anos. Para além deste objectivo principal pretende-se conhecer, igualmente, as razões explicativas das desigualdades no estado de saúde (distribuição da população, oferta de recursos de saúde, condições de habitabilidade da residência, características sociais e económicas dos indivíduos e das áreas de residência) e qual foi a evolução do estado de saúde na década de noventa. Tendo em conta estes objectivos, dividiu-se o texto em três partes principais: 1. definição do problema e identificação da necessidade de conhecer as variações no estado de saúde da população portuguesa; 2. avaliação do estado de saúde na década de noventa; 3. propostas para atenuar as variações espaciais do estado de saúde.

1. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE (ES) DA POPULAÇÃO

A maior parte dos instrumentos de avaliação do estado de saúde consegue apenas medir desvios relativamente a um estado de saúde (ES) percebido pelo próprio ou fornecem, concretamente, indicações sobre a ausência de saúde (de uma forma mais redutora) através da morte ou enfermidade (Bowling, 1995). Existem múltiplas influências relativamente aos resultados em saúde e, por isso, é necessário considerar um conjunto vasto de determinantes que contribuem para explicar o ES, numa perspectiva integrada, matricial e holística. Ou seja, existe uma multiplicidade de factores correspondentes a áreas diversas da vida colectiva e individual que explicam (de forma directa ou indirecta) o estado de saúde colectivo de uma comunidade. Em síntese, pode dizer-se que o estado de saúde resulta de e agrega circunstâncias de natureza biológica, física, psíquica, funcional e social, como tem vindo a ser concluído por vários autores em Portugal nos últimos dez anos (Vaz e outros, 1994, Santana 1998, Santana e outros, 2003).

Na avaliação do ES, o primeiro aspecto que deve ser considerado é a selecção dos indicadores que o influenciam e explicam e, em seguida, avaliar o impacte (peso) de cada um na saúde da população. No início da década de noventa foi realizado um estudo em Portugal (Vaz e outros, 1994) que correspondeu ao desenvolvimento de um modelo da avaliação do estado de saúde da população (MAESP), no qual se incluíram 51 variáveis agregados em cinco conjuntos de “famílias” que foram identificadas como estando directa ou indirectamente relacionados com a saúde da população (cfr. Vaz e outros, 1994). Alguns anos mais tarde, este mesmo modelo de avaliação do estado de saúde das populações foi aplicado para identificar as variações espaciais na Região Centro (Santana, 1998) e em Portugal Continental (Santana e outros, 2003). O modelo que foi seguido em todas estas investigações tem, subjacente, cinco objectivos essenciais: 1. ser competente para avaliar o estado de saúde de populações a vários níveis de desagregação geográfica; 2. ter capacidade para comparar estados de saúde em diferentes momentos; 3. ser económico ou seja, não necessitar de sistemas dedicados de recolha de informação, utilizando as estatísticas oficiais de rotina produzidas pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Estatística; 4. constituir-se como uma ferramenta de planeamento local e regional, através da avaliação dos impactes no estado de saúde; 5. ser um instrumento de apoio à tomada de decisões políticas intersectoriais com relevância na saúde da população.

1.1 Metodologia do Modelo de Avaliação do Estado de Saúde das Populações (MAESP)

A metodologia adoptada tem, subjacente, três aspectos fundamentais: 1. Definição dos indicadores que determinam e influenciam o estado de saúde de uma comunidade; 2. Selecção de unidades de medida apropriadas; 3. Determinação da influência relativa de cada um dos indicadores no estado de saúde. Cada um destes aspectos ou questões é, simultaneamente, uma fase na construção do Modelo. No final obtém-se o Modelo de Avaliação do Estado de Saúde das Populações (MAESP), de acordo com a concepção do Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro (Vaz e outros, 1994)

1.1.1 Indicadores incluídos no MAESP

Os indicadores incluídos neste estudo, apresentados no quadro 1 e descritos nas páginas 6 a 13, têm vindo a ser identificados ao longo das últimas décadas como responsáveis de forma directa ou indirecta pela saúde (ou doença) da população. Destaque para alguns trabalhos apresentados em Portugal (Giraldes, 1978; Lucas, 1987; Vaz e outros, 1993; Pereira, 1995; Giraldes, 1996; Santana 1995; Santana, 2002; Santana e outros, 2003) e no estrangeiro (Towsend and Davidson, 1982; Towsend e outros, 1988; Macintyre e outros, 1993; Gatrell, 1998; Whithead, 1998; Macintyre e outros, 2003).

Em 1993, alguns dos autores deste texto foram responsáveis pela arquitectura de um modelo que, utilizando um conjunto diversificado de indicadores, permitiu a avaliar o ES dos Portugueses no início da década de noventa nas sub-regiões de Alto-Douro e Trás-os-Montes. Durante os últimos dez anos esse modelo tem sido aplicado em diversos estudos nacionais, como foi referido anteriormente. Apesar das alterações socioeconómicas e políticas ocorridas nos últimos dez anos, consideraram os autores do presente texto utilizar não só os mesmos indicadores como também as mesmas ponderações¹. Este facto resultou de, por um lado a literatura mais recente continuar a apoiar essa decisão, ou seja continuam a ser identificadas associações fortes entre os indicadores seleccionados em 1993 e os resultados em saúde e, por outro lado, o MAESP² está adaptado à situação portuguesa e validado. Por fim, poderá ainda argumentar-se que a avaliação do estado de saúde no tempo só é possível utilizando os mesmos indicadores em dois momentos distintos, e esse é um dos objectivos principais deste estudo.

Por todas as razões antes aduzidas foi seguida de perto a metodologia do MAESP. A lista de indicadores incluídos (quadro 1) foi submetida à apreciação de um painel de especialistas portugueses (médicos, economistas da saúde, administradores, geógrafos, autarcas e decisores da área da saúde) que sugeriram, ao longo do processo de construção do modelo, várias alterações. No final, foi possível apurar uma longa lista de variáveis ou indicadores correlacionados directa ou indirectamente com a saúde. O MAESP integrava 51 indicadores/factores, agrupados em 6 “famílias”: i) indicadores de saúde; ii) indicadores demográficos; iii) indicadores de oferta e utilização dos serviços de saúde; iv) indicadores sociais e; v) indicadores económicos (quadros 1 e 2). Foram, desde logo, afastados do modelo inicial as situações catastróficas, em termos de saúde, de carácter esporádico e conjuntural como desastres naturais, catástrofes ecológicas ou situações epidémicas.

Quadro 1

Modelo de Avaliação do Estado de Saúde das Populações (MAESP)		
Factores	Índices de Ponderação	
I) Saúde		2,65
1. Mortalidade	1,85	
1) Taxa de Mortalidade Perinatal	0,50	
2) Taxa de Mortalidade Neonatal	0,25	
3) Taxa de Mortalidade Infantil	0,40	
4) Taxa de Mortalidade 1-4 anos	0,35	
5) Taxa de Mortalidade por causas	0,35	
2. Outros Indicadores de Saúde	0,80	
6) Partos sem Assistência	0,31	
7) Incidência da Tuberculose	0,18	
8) Incidência das doenças de notificação obrigatória	0,31	
II) Demográficos		1,40
9) Taxa de mortalidade geral	0,50	
10) Taxa de fecundidade	0,05	
11) População com mais de 65 anos	0,50	
12) População com menos de 15 anos	0,25	
13) Relação Homens/Mulheres	0,10	
III) Oferta de Cuidados de Saúde		2,05
1. Recursos Humanos de Saúde	0,75	
14) Médicos Especialistas	0,17	
15) Clínicos Gerais nos CSP	0,30	
16) Médicos de Saúde Pública nos CSP	0,16	
17) Enfermeiros nos CSP	0,12	
2. Camas Hospitalares e de CSP	0,35	
18) Camas hospitalares	0,20	
19) Camas dos CSP	0,15	
3. Outros Serviços de Saúde	0,25	
20) Farmácias	0,15	
21) Laboratórios Privados de Análises Clínicas	0,05	
22) Equipamentos Privados de Radiologia	0,05	
4. Acessibilidade Geográfica aos Serviços de Saúde	0,70	
23) Acessibilidade aos CSP	0,40	
24) Acessibilidade aos hospitais	0,15	
25) Acessibilidade a outros serviços de saúde	0,10	
26) Investimento em Saúde	0,05	
IV) Utilização dos Serviços de Saúde		2,20
1. Cuidados de Saúde Primários	1,32	
27) Consultas dos CSP	0,65	
28) Consultas de Saúde Materna (Obstetrícia)	0,15	
29) Consultas de Saúde Infantil (Juvenil e Pediatria)	0,15	
30) Consultas de Planeamento Familiar	0,12	
31) Doentes Saídos do Internamento	0,12	
32) Dias de Internamento	0,14	
2. Cuidados de Saúde Hospitalares	0,51	
33) Consultas dos CS Hospitalares	0,18	
34) Urgências	0,10	
35) Doentes Saídos do Internamento	0,10	
36) Dias de Internamento	0,13	
3. Gastos e Consumos	0,37	
37) Embalagens de medicamentos	0,04	
38) Meios Complementares de Diagnóstico e terapêutica	0,03	
39) Gastos Públicos do SNS (transferências para os CSP)	0,30	
V) Sociais		0,90
1. Escolaridade	0,35	
40) Taxa de Analfabetismo	0,15	
41) População com mais de 4 anos de escolaridade	0,20	
2. Infraestruturas	0,55	
42) Alojamentos com água	0,35	
43) Alojamentos com electricidade	0,18	
44) Telefones Residenciais por habitante	0,02	
VI) Económicos		0,80
45) População do sector secundário	0,08	
46) População do Sector Primário	0,03	
47) Taxa de Desemprego	0,20	
48) Índice de Poder de Compra Regional Concelhio	0,50	
TOTAL		10

Fonte: OMNIA (1993), Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Proceder-se-á de seguida à apresentação e descrição sucinta das “famílias” e dos respectivos indicadores que as compõem. Essa apresentação obedecerá às seguintes fases: descrição sucinta da família; indicadores excluídos; nome de cada um dos indicadores que integram a família; definição do indicador; justificação sucinta da sua inclusão no modelo; unidade de medida e fonte(s) de informação.

1) Indicadores de Saúde

Este grupo inclui os factores que reflectem não somente os resultados dos serviços de saúde mas também o impacto dos estilos de vida das comunidades e das políticas sociais e de desenvolvimento das estruturas básicas. Contudo, é difícil determinar a contribuição destas circunstâncias para a evolução das diferentes taxas de mortalidade. De qualquer forma, este conjunto de factores integra o que poderá considerar-se como indicadores directos do estado de saúde das populações.

Foram afastados do modelo alguns indicadores importantes, nomeadamente, as taxas de morbilidade por falta de informação fidedigna, a mortalidade materna por insignificância dos valores ao nível concelhio, a actividade física/prática desportiva, o consumo de tabaco e de álcool, hábitos alimentares e comportamentos sexuais, segurança alimentar e alguns indicadores clínicos, por inexistência de dados disponíveis. Assim, esta primeira família é composta por nove indicadores³:

Taxa de mortalidade perinatal: refere-se aos fetos mortos com 28 ou mais semanas de gestação e de óbitos de crianças com menos de sete dias de idade, por cada 1.000 nados-vivos e fetos mortos de 28 e mais semanas. A mortalidade perinatal, segundo vários autores, está associada a vários factores, de entre os quais, as condições degradadas de existência, que originam muitas vezes a falta de assistência às grávidas e o parto fora do hospital. A unidade de medida utilizada foi a permilagem. As fontes de informação utilizadas foram fornecidas (dados não publicados) pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

Taxa de Mortalidade Infantil: representa o número de óbitos de crianças de menos de 1 ano por cada 1.000 nados-vivos⁴. Muitos autores associam a taxa de mortalidade infantil com factores económicos e sociais de carácter individual e, ainda, com a oferta e consumo de cuidados e bens de saúde. A unidade de medida utilizada foi a permilagem. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País disponíveis no INE.

Taxa de mortalidade neonatal: corresponde ao número de óbitos de crianças falecidas com menos de 28 dias, por cada 1.000 nados-vivos. Ajustificação para a inclusão deste indicador no modelo é semelhante à dos dois anteriormente indicadores. A unidade de medida utilizada foi a permilagem. Os dados são fornecidos pelo INE (dados não publicados).

Taxa de Mortalidade Específica de 1 a 4 anos: representa os óbitos de crianças com menos de 5 anos, por cada 100.000 crianças com idade inferior a 5 anos. Também neste indicador a justificação para a sua inclusão no modelo é idêntica à dos três últimos. A unidade de medida é uma relação entre as ocorrências verificadas por 100.000 habitantes pertencentes ao mesmo grupo etário. As fontes de informação utilizadas foram fornecidas pelo INE (dados não publicados).

Taxa de Mortalidade Específica por Causas de Morte associadas à pobreza: exprime o número de óbitos devidos a causa de morte que têm vindo a ser associadas a níveis altos de privação social e económica (baixo rendimento e/ou acesso aos serviços de saúde, e.o.) em cada 100 óbitos. Neste caso, foram seleccionadas cinco causas de morte associadas a baixos níveis de desenvolvimento: sintomas, sinais e afecções mal definidas, pneumonia e gripe, bronquite crónica, enfisema e asma, doença crónica do fígado, cirrose hepática e doenças transmissíveis. A importância relativa destas causas de morte na mortalidade geral, é reveladora da vulnerabilidade da população de algumas áreas geográficas, com consequências em padrões de mortalidade elevados. Tal como na morbilidade, certas causas parecem estar mais relacionadas com desvantagens sociais e económicas dos indivíduos e das comunidades, pelo que se podem constituir como indicadores de grande utilidade quando se pretende avaliar variações espaciais deste tipo de fenómenos. É o que se passa com o conjunto das 5 causas seleccionadas para avaliação desse factor. A unidade de medida usada foi a percentagem. Foram utilizadas como fontes os dados fornecidos pelo INE (não publicados).

Partos sem Assistência: refere-se ao número de partos realizados sem assistência médica e/ou enfermagem com especialidade em saúde materna e obstétrica e/ou parteira, por cada 100 partos. Este factor reflecte quer dificuldades de acesso aos cuidados de saúde por parte das populações quer práticas culturais que caracterizam uma situação de saúde deficiente. A unidade de medida utilizada foi a percentagem. São utilizados os dados dos Elementos Estatísticos de Saúde (Direcção Geral da Saúde - DGS) e os dados fornecidos pelo INE (dados não publicados).

Incidência da Tuberculose Pulmonar: trata-se do número de novos casos de tuberculose durante um ano, por 100.000 habitantes. A incidência da tuberculose está negativamente correlacionada com o desenvolvimento das infra-estruturas básicas, melhoria das condições de habitação e educação e, genericamente, com a melhoria das condições de vida das comunidades. São utilizados os dados dos Elementos Estatísticos de Saúde (DGS) e das Estatísticas da Saúde (INE).

Incidência de Doenças de Notificação Obrigatória: reflecte a incidência das doenças de notificação obrigatória por 100.000 habitantes. A integração deste indicador no modelo encontra a sua justificação na própria obrigatoriedade de notificação, decorrente da perigosidade comunitária das patologias envolvidas, pelo que conhecer a sua expressão e comportamento é importante para a caracterização do estado de saúde das populações envolvidas. São utilizados os dados dos Elementos Estatísticos de Saúde (DGS) e das Estatísticas da Saúde (INE).

II) Indicadores Demográficos

O grupo dos indicadores demográficos tem a intenção de, para além de caracterizar as populações, traduzir a sua diversidade quer em termos de padrões de morbilidade e mortalidade quer em termos de utilização e necessidade de serviços de saúde (sexo e idade). Este grupo de indicadores integra variáveis que estão indirectamente relacionadas com o estado de saúde de uma comunidade. Assim, factores como a idade ou o sexo determinam, segundo estudos sobre a matéria, uma diferente utilização dos serviços de saúde e nesse sentido são responsáveis por padrões diversos de consumo de cuidados de saúde, o que indirectamente constitui uma forma de medir o estado de saúde de uma população. É sabido que existem dois picos na evolução da procura associadas à idade, independentemente do sexo, situados entre os 0 e os 14 anos e depois dos 65 anos de idade. Tal facto permitirá determinar, indirectamente, de acordo com a estrutura etária das populações, maiores ou menores necessidades de cuidados de saúde, correspondentes a um estado de saúde pior ou melhor, respectivamente. O mesmo pode dizer-se relativamente à distribuição das populações por sexo. A população feminina consome, tradicionalmente, mais cuidados de saúde, embora apresente uma taxa de mortalidade mais baixa.

Foram afastados do MAESP alguns indicadores, nomeadamente a esperança de vida à nascença, devido à impossibilidade de obter os dados desagregados ao nível concelhio, e a taxa de natalidade geral, por redundância com outros indicadores (taxa de fecundidade). Desta forma, são cinco as variáveis que constituem este grupo:

Taxa de Mortalidade Geral: refere-se ao número de óbitos por cada 1.000 habitantes num ano. De acordo com o painel de peritos que definiu a bateria de indicadores, a utilização da taxa de mortalidade geral é mais operacional ao nível das pequenas populações do que a utilização das taxas de mortalidade específica por causas de morte. Por outro lado, o facto do INE não fornecer dados desagregados por concelho por causa de morte, sexo e idade por motivo de confidencialidade, impossibilita a padronização por causas de morte para os concelhos do Continente. Depois, a utilização de taxas de mortalidade substitui, com um mínimo de desvantagens, o recurso a informação relativa à morbilidade, difícil de obter e de reduzido significado operacional em pequenas populações. O carácter um pouco “grosseiro” deste indicador é, no modelo, afinado pela inclusão de indicadores demográficos (idade e sexo) e da sua respectiva utilidade. A unidade de medida é a permilagem. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País disponibilizadas pelo INE.

Taxa de Fecundidade: indica o número de nados vivos por cada 1.000 mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos, num determinado ano. Este indicador constitui-se como um importante indicador na avaliação da vitalidade e capacidade de renovação das populações. A unidade de medida é uma permilagem. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País e os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001 disponibilizados pelo INE.

População com mais de 65 anos: valor percentual da população com mais de 65 anos em relação ao total de população residente. É reconhecido que a idade constitui um factor muito importante, quer no que concerne à aquisição de doenças quer no que se refere ao consumo de cuidados de saúde. A unidade de medida é a percentagem. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001 disponibilizados pelo INE.

População com menos de 15 anos: relação entre a população com idades entre os 0 e os 14 anos e o total da população residente. A justificação para a inclusão deste indicador no modelo é semelhante à referida para o indicador anterior. A unidade de medida é a percentagem. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001 disponibilizados pelo INE.

Relação Homens/Mulheres: obtém-se dividindo o número de mulheres pelo de homens. A generalidade dos autores e estudos referem que as mulheres têm maiores necessidades de saúde, o que determina um padrão de utilização dos serviços mais intensivo, pelo que interessa conhecer a estrutura de sexo das populações com vista à explicação das necessidades e consumo de serviços de saúde. A unidade de medida é uma razão. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001 disponibilizados pelo INE.

III) Indicadores de Oferta de Cuidados de Saúde

Este terceiro grupo de indicadores reúne informação acerca da quantidade, eficácia e acessibilidade dos serviços de saúde.

Não foram considerados indicadores de qualidade dos cuidados de saúde devido à ausência de instrumentos de medida adequados. O preço dos cuidados de saúde também é ignorado, não só porque o Serviço Nacional de Saúde é tendencialmente gratuito mas também porque não existem mecanismos de controlo dos preços no sector privado. Apesar da sua relevância local, a medicina tradicional e “alternativa” não foi considerada porque não existe informação disponível acerca destas actividades. Não foram ainda incluídas as listas de espera nos hospitais, as demoras médias nos hospitais, a taxa de ocupação, entre outros indicadores, pela dificuldade ou impossibilidade de obter dados desagregados ao nível concelhio. Assim, os treze indicadores seleccionados para constituir esta família são os seguintes:

Médicos especialistas por habitantes: avalia o número de médicos especialistas (sem diferenciação das especialidades) em cada 1.000 habitantes. Trata-se dos médicos com residência no concelho, pressupondo-se que à residência do médico num concelho corresponda a existência de consultório⁵. A existência de médico e o acesso a esse médico constituem um factor muito importante no estado de saúde das populações. A unidade de medida é a uma razão entre o número de médicos e os habitantes (1.000). As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País (INE).

Clínicos Gerais/Médicos de Saúde Geral e Familiar nos CSP por habitantes⁶: indica-nos o número de médicos de clínica geral/saúde geral e familiar em serviço nos Centros de Saúde e Extensões, por 1.000 habitantes. É genericamente considerado que a intervenção fundamental ao nível da saúde das populações se realiza ao nível dos cuidados de saúde primários (através da prevenção e promoção). Existe, de facto, uma correlação positiva entre o consumo de cuidados de saúde primários e a melhoria de alguns indicadores fundamentais do estado de saúde, o que justifica a integração deste indicador no modelo como medida da capacidade de satisfação das necessidades de cuidados de saúde primários ao nível dos concelhos. A unidade de medida é uma razão entre o número de médicos de clínica geral/saúde geral e familiar e o total da população (em milhares). Foram utilizadas como fontes os dados fornecidos pelo INE (não publicados).

Médicos de Saúde Pública nos CSP por habitantes: refere-se à existência de médicos de Saúde Pública nos Centros de Saúde por 1.000 habitantes. Estes constituem um importante factor de saúde das populações, designadamente, no que diz respeito ao desenvolvimento de acções de educação para a saúde e intervenção sobre o meio ambiente humano. A unidade de medida utilizada foi a per milagem. As fontes de informação utilizadas foram disponibilizadas pelo INE (dados não publicados).

Enfermeiros CSP por habitantes: é o número de enfermeiros em serviço nos Centros de Saúde e extensões por 1.000 habitantes. Ao contrário do que acontece nos hospitais, em que a lotação constitui um indicador, ainda que indirecto, da capacidade de resposta dos serviços, nos cuidados de saúde primários a mão de obra especializada é a principal medida de análise da capacidade de resposta dos serviços às necessidades de saúde das populações. A unidade de medida é uma razão entre o número de enfermeiros e os habitantes (1.000). As fontes de informação utilizadas foram disponibilizadas pelo INE (dados não publicados).

Camas Hospitalares por habitantes: refere-se ao número de camas hospitalares por 1.000 habitantes. Este indicador é o mais expedito para avaliar a capacidade de resposta dos cuidados hospitalares, uma vez que, por natureza, às camas hospitalares estão associados meios técnicos e tecnológicos de diagnóstico e terapêutica bem como recursos humanos diferenciados. A unidade de medida é uma per milagem entre o número de camas hospitalares existentes e a população da área de influência do hospital (foram considerados os hospitais centrais como distritais para a população da área de influência). As fontes de informação utilizadas foram os Indicadores Estatísticos dos Hospitais Distritais Gerais da Direcção Geral dos Hospitais (DGH) e a Informação Estatística publicada pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde (IGIFS).

Camas dos Cuidados de Saúde Primários por habitantes: refere-se ao número de camas nos cuidados de saúde primários por 1.000 habitantes. As camas nos cuidados de saúde primários representam a capacidade própria das comunidades responderem a necessidades de saúde específicas, mantendo os doentes no seu meio familiar e social e reduzindo, por esta via, o traumatismo associado ao afastamento do meio ambiente normal por motivo de doença. Esta capacidade permite responder a necessidades de cuidados médicos leves e de enfermagem em regime de internamento, em caso de doentes crónicos, convalescentes, idosos, ou patologias ligeiras. São poucos os centros de saúde que oferecem este serviço, verificando-se ser mais frequente nas áreas rurais. A unidade de medida é uma razão entre o número de camas em centros de saúde existentes e os habitantes do

concelho (em milhares). As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País publicados pelo INE.

Farmácias por habitantes: refere-se ao número de farmácias por 1.000 habitantes. As farmácias e os farmacêuticos desenvolvem um importante papel na saúde das populações, quer através da distribuição de medicamentos quer como agentes sanitários e de orientação de doentes. Importa, assim, conhecer a oferta deste tipo de serviços. A unidade de medida é uma permilagem. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País publicados pelo INE.

Laboratórios de Análises Clínicas: refere-se ao número absoluto de laboratórios de análises clínicas privados. Estes constituem um equipamento essencial para a realização de exames auxiliares de diagnóstico pelo que o conhecimento da sua existência e quantidade constituem factores importantes. A unidade de medida é o valor absoluto. As fontes de informação utilizada foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País do INE e as Páginas Amarelas acessíveis através da INTERNET.

Equipamentos de Radiologia: indica o número absoluto de equipamentos privados de radiologia em cada concelho. A justificação para a inclusão deste indicador no modelo é semelhante à anteriormente referida. A unidade de medida é o valor absoluto. As fontes de informação utilizada foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País do INE e as Páginas Amarelas acessíveis através da INTERNET.

Acessibilidade Geográfica aos Cuidados de Saúde Primários (CSP): acessibilidade das populações ao Centro de Saúde ou Extensão mais próxima. A distância influencia, teoricamente, a procura dos serviços de saúde, e por isso os que se encontram geograficamente mais acessíveis são mais utilizados. Assim, o acesso geográfico é um factor relevante na utilização de cuidados de saúde e, conseqüentemente, na melhoria do estado de saúde das populações. Deste modo, a acessibilidade constitui uma medida mais de oportunidade do que de comportamento. A unidade de medida é a distância média em quilómetros que as populações têm de percorrer para chegar ao centro de saúde mais próximo. As fontes de informação utilizadas foram os Inventários Municipais das diversas Regiões do País (INE).

Acessibilidade Geográfica aos Cuidados Hospitalares: grau de acessibilidade ao hospital distrital de referência. Não se considera a acessibilidade ao Hospital Central, uma vez que, na generalidade, o acesso a esses hospitais é agenciado pelos serviços de saúde locais e distritais. A justificação para a inclusão deste indicador no modelo é semelhante à do anterior indicador. A unidade de medida é a distância-tempo que as populações vencem para aceder ao hospital distrital da área de influência. As fontes de informação utilizadas foram os Inventários Municipais das diversas Regiões do País (INE).

Acessibilidade Geográfica a outros Serviços de Saúde: refere-se à acessibilidade a laboratórios de análises clínicas, equipamentos de radiologia e farmácias. Trata-se de um factor que integra três variáveis, por isso considerou-se a distância média em quilómetros fornecida pela média aritmética das três variáveis. A justificação para a inclusão deste indicador é coincidente com a referida no indicador relativo à acessibilidade geográfica aos CSP. A unidade de medida é a distância média, em quilómetros, que as populações têm de percorrer para chegar a estes serviços de saúde. As fontes de informação utilizadas foram os Inventários Municipais das diversas Regiões do País (INE).

Investimento em Saúde por habitante: constitui uma medida de reforço e/ou renovação dos equipamentos instalados, com efeitos quer ao nível das quantidades e tipo de serviços oferecidos quer ao nível da respectiva qualidade dos mesmos. A unidade de medida é uma capitação, isto é, milhares de escudos investidos por habitante. São utilizados os dados dos Elementos Estatísticos de Saúde (DEPS).

IV) Indicadores de Utilização dos Serviços de Saúde

A utilização dos cuidados de saúde constitui um indicador relevante do estado de saúde das populações. O padrão de utilização dos serviços de saúde, fundamentalmente dos cuidados de saúde primários (CSP) que asseguram a profilaxia das patologias bio-psico-sociais, dá valiosas indicações sobre a forma como as populações acorrem aos serviços e como estes interagem com as populações. Conhecer os aspectos quantitativos da utilização dos cuidados de saúde representa, assim, uma medida do estado de saúde das populações, pelo menos em termos relativos com outras necessidades, permitindo despistar fenómenos de sub ou sobreutilização de serviços. A convenção que se adopta neste modelo é a de que a uma maior intensidade de utilização dos serviços de saúde, principalmente dos CSP, corresponde um melhor estado de saúde das populações.

No modelo de avaliação do estado de saúde das populações este grupo é constituído por 15 indicadores⁷:

Consultas de Cuidados de Saúde Primários (CSP) por habitante: refere-se ao número de consultas por habitante num ano. A unidade de medida é uma média obtida pela divisão do número de consultas totais dos cuidados de saúde primários pelos habitantes do concelho. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País (INE).

Consultas de Saúde Materna⁸ nos CSP: refere-se ao número de consultas de gravidez por grávida inscrita no Centro de Saúde⁹. A inclusão deste e dos próximos 3 indicadores revela a sua estratégica importância para a saúde da população feminina em idade fértil e da população infantil, com consideráveis repercussões no estado de saúde futuro das populações e com grande impacto noutros indicadores como a mortalidade perinatal, neonatal, materna e infantil. A unidade de medida é uma média aritmética, calculada dividindo o número de consultas de gravidez pelo número de grávidas inscritas no Centro de Saúde. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País (INE).

Consultas Saúde Infantil¹⁰ nos CSP: indica o número de consultas prestadas até aos 14 anos de idade. A unidade de medida é uma razão, calculada através da divisão do número de consultas de saúde infantil pelo total de população dos 0 aos 14 anos¹¹. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País (INE).

Consultas de Planeamento Familiar nos CSP: trata-se do número de primeiras consultas de planeamento familiar realizadas pelas mulheres em idade fértil (15-49 anos) inscritas no centro de saúde. A unidade de medida é uma percentagem, calculada dividindo o número de primeiras consultas de planeamento familiar pelo número de mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos (em centenas). As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País (INE).

Doentes saídos do Internamento dos Centros de Saúde por habitantes: indica o número de doentes saídos do internamento por 1.000 habitantes. A unidade de medida é uma per milagem. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País (INE).

Dias de Internamento nos Centro de Saúde por habitantes: por 1.000 habitantes. Este indicador fornece informação não sobre a forma como as populações acorrem aos serviços de cuidados de saúde primários mas antes sobre a concretização dessa utilização. A unidade de medida é uma per milagem. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País (INE).

Consultas Hospitalares por habitantes: indica o número de consultas hospitalares por 1.000 habitantes/ano. A justificação da inclusão deste e dos próximos três indicadores consta na introdução da família a que pertencem estes indicadores. A unidade de medida resulta da divisão do número das consultas externas de um dado hospital distrital/central pelo número total de habitantes dos concelhos da sua área de atracção¹², em milhares. As fontes de informação utilizadas foram os Indicadores Estatísticos dos Hospitais Distritais Gerais da DGH/DGS e a Informação Estatística dos Hospitais Distritais e Centrais do IGIFS.

Atendimentos de Serviços de Urgência por habitantes: recurso aos serviços de urgência hospitalares por 1.000 habitantes/ano. A unidade de medida resulta da divisão do número de atendimentos em serviços de urgência de um dado hospital distrital/central pelo número total de habitantes dos concelhos da sua área de atracção, em milhares. As fontes de informação utilizadas foram os Indicadores Estatísticos dos Hospitais Distritais Gerais da DGH e a Informação Estatística dos Hospitais Distritais e Centrais do IGIFS.

Doentes saídos do Internamento Hospitalar por habitantes: refere-se ao número de doentes saídos dos internamentos dos hospitais distritais/centrais por 1.000 habitantes/ano. Aqui foi utilizada novamente a fórmula de cálculo proposta nos dois indicadores anteriores, isto é, dividiu-se o número de doentes saídos de um hospital pelo número total de habitantes dos concelhos da sua área de atracção, pelo que todos esses concelhos obtiveram um valor idêntico. A unidade de medida é uma per milagem. As fontes de informação utilizadas foram os Indicadores Estatísticos dos Hospitais Distritais Gerais da DGH e a Informação Estatística dos Hospitais Distritais e Centrais do IGIFS.

Dias de Internamento Hospitalar por habitantes: dias de internamento em hospitais distritais/centrais, por 1.000 habitantes. Foi utilizada, novamente, a fórmula de cálculo proposta nos três anteriores indicadores, isto é, dividiu-se o número de dias de internamento verificados no hospital pelo número total de habitantes dos concelhos da sua área de atracção, em milhares, pelo que todos esses concelhos obtiveram um valor idêntico. A unidade de medida é uma per milagem. As fontes de informação utilizadas foram os Indicadores Estatísticos dos Hospitais Distritais Gerais da DGH e a Informação Estatística dos Hospitais Distritais e Centrais do IGIFS.

Embalagens de Medicamentos por habitante: número de embalagens de medicamentos comparticipadas pelo Estado, por habitante. O consumo é um indicador imediato não tanto do estado de saúde das populações mas antes da existência de episódios ou situações crónicas de doença. Nesse sentido, é legítimo supor que quanto maior for o consumo individual de medicamentos pior será o estado de saúde das populações. A unidade de medida é uma capitação que resulta da divisão do número de embalagens de medicamentos pelo número de habitantes. São utilizados os dados dos Elementos Estatísticos de Saúde (DEPS).

Elementos Complementares de Diagnóstico por habitante: refere-se ao número de exames complementares de diagnóstico, comparticipados pelo Estado, consumidos por habitante. O consumo deste tipo de meios complementares de diagnóstico assume relevância, tal como os medicamentos, na determinação de situações clínicas, exigindo a determinação de um diagnóstico com recurso aos meios auxiliares, isto é, situações de doença ou apresentando sintomatologia suficiente para determinar o consumo de tais recursos. Deste modo, considera-se desejável que exista um nível de controlo quer da qualidade da assistência quer de episódios ou situações crónicas de doença. Assim, quanto maior o consumo individual destes elementos complementares de diagnóstico maior será a prevenção de situações ou episódios de doença, o que se poderá reflectir numa melhoria do estado de saúde das populações. A unidade de medida é uma capitação obtida pela divisão do número total de exames complementares de diagnóstico pelo número de habitantes. As fontes de informação utilizadas foram os Elementos Estatísticos de Saúde (DEPS).

Gastos do SNS¹³ por habitante: traduz os gastos públicos com os CSP, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, por habitante. O consumo de recursos de saúde, neste caso com expressão financeira, traduz os padrões de consumo e as suas diferenças regionais, pelo que este indicador constitui um importante avaliador do estado de saúde das populações. Pressupõe-se que quanto maior for o consumo, mais recursos estarão à disposição das populações em situação de doença. A unidade de medida é uma capitação que se obtém a partir da divisão dos gastos do SNS (transferências, em milhares de escudos, do SNS para os Cuidados de Saúde Primários) pelo número de habitantes. As fontes de informação utilizadas foram os Elementos Estatísticos de Saúde (DEPS).

V) Indicadores Sociais

Este grupo de indicadores agrega um conjunto de informação que traduz a reconhecida relação que se pode estabelecer entre indicadores de natureza cultural e de condições de existência e o estado de saúde das populações. Não foram consideradas no modelo final do MAESP a saúde do ambiente, devido à inexistência de dados disponíveis. Assim, este grupo é constituído por 5 indicadores, dois deles relacionados com a escolaridade das populações e três com as infra-estruturas habitacionais:

Taxa de Analfabetismo: traduz um quociente entre população com 10 ou mais anos que não sabe ler nem escrever e o total da população com 10 ou mais anos. A educação é reconhecidamente um factor com bastante importância na função de produção de saúde, designadamente ao nível dos comportamentos e atitudes. Deste modo, pressupõe-se que um aumento do nível de educação das populações poderá contribuir para a adopção de comportamentos e atitudes que poderão alterar, positivamente, o seu estado de saúde. A unidade de medida é a percentagem. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001 disponibilizados pelo INE.

População com mais de 4 anos de escolaridade: trata-se de um quociente entre o total da população com mais de quatro anos de escolaridade e o total da população com 10 e mais anos. A justificação para a inclusão deste indicador no modelo obedece ao critério referido no indicador anterior. A unidade de medida é a percentagem. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001 disponibilizados pelo INE.

Alojamentos com água: percentagem de alojamentos ligados a uma rede de abastecimento de água. A inclusão desta variável e das duas seguintes no MAESP está relacionada com o facto das condições de habitabilidade, definidas neste caso pela presença ou ausência de água, electricidade e telefone, terem impactes comprovados na mortalidade (perinatal e infantil) e morbilidade (envenenamentos, artrites reumatóides, diarreias, etc.). Deste modo, as infra-estruturas influenciam, de forma directa, o nível de saúde das populações. A unidade de medida é uma percentagem. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001 disponibilizados pelo INE.

Alojamentos com electricidade: refere-se à divisão do total de alojamentos que possuem instalação eléctrica pelo total de alojamentos dos concelhos. A unidade de medida é uma percentagem. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001 disponibilizados pelo INE.

Telefones por habitantes: traduz o número de postos telefónicos residenciais por 1.000 habitantes. A unidade de medida é uma razão entre o número de telefones residenciais e os habitantes (em milhares). Seria interessante considerar também a rede de comunicação móvel, todavia tal informação não está disponível para o período de 1991. As fontes de informação utilizadas foram os Anuários Estatísticos das diversas Regiões do País (INE).

VI) Indicadores Económicos

Este grupo avaliará a expressão de factores para os quais diversos autores encontraram já correlações positivas com o estado de saúde e que se situam na área económica e do desenvolvimento local. Assim esta “família” será constituída por 4 indicadores:

População Activa no Sector Secundário: refere-se à população activa no sector secundário. A unidade de medida é uma percentagem. Vários autores associam positivamente a percentagem de população activa no sector industrial (trabalhadores manuais, principalmente não qualificados) e a mortalidade, reflectindo, possivelmente, o efeito de factores como a contaminação, acidentes ou outros riscos laborais. Assim, a um aumento da população no sector secundário poderá corresponder a deterioração do estado de saúde das populações. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001, disponíveis no INE.

População Activa no Sector Primário: indica o peso da população do sector primário (trabalhadores manuais) em relação ao total da população activa. De igual modo, a população do sector agrícola, designadamente pelo estilo de vida e dificuldades de acesso económico, se associa a baixos níveis de saúde. A unidade de medida é a percentagem. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001, disponíveis no INE.

Taxa de Desemprego: trata-se do quociente entre o número de desempregados e o total da população activa. A literatura revela os efeitos acrescidos no estado de saúde dos desempregados, rurais e urbanos, nomeadamente queixas somáticas e depressivas e doenças crónicas, embora não haja um claro efeito do desemprego na utilização dos cuidados de saúde. A unidade de medida é uma percentagem. As fontes de informação utilizadas foram os Recenseamentos Gerais de População de 1991 e 2001, disponíveis no INE.

Rendimento – Percentagem de Poder de Compra Concelhio: a percentagem de poder de compra (PPC) é um indicador que, agregando uma série de sub-indicadores de natureza económica e de rendimento, permite medir o peso do poder de compra de cada concelho em relação ao total do País. A relação entre rendimentos e mortalidade está perfeitamente estabelecida. O baixo rendimento individual e colectivo restringe o acesso a bens e serviços, a mobilidade, a vida social e causa problemas na saúde física e mental. A unidade de medida é uma percentagem. As fontes de informação utilizadas foram os Estudos sobre o Poder de Compra Concelhio realizados pelo INE.

1.2. Unidades de Medida Apropriadas e Influência Relativa dos Indicadores

Uma vez definidos os indicadores a integrar o modelo, e dado que muitos deles têm sistemas ou unidades de medida diferentes (quadro 2), houve necessidade de converter as diversas medidas numa unidade de avaliação única. Para isso foram criadas tabelas de conversão dos valores reais dos indicadores em utilidades. Segundo os autores do modelo, a “Utilidade” é a medida de avaliação de um determinado valor real de um qualquer indicador que contribui para a explicação do estado de saúde, correspondendo o melhor valor possível ou desejável¹⁴ a uma “Utilidade” 100 e o pior possível admitido a 0. As “curvas de utilidade podem ser exponenciais ou em S, de acordo com as utilidades marginais dos valores assumidos pelos indicadores” (Vaz e outros, 1994).

Quadro 2

Valores de referência (em 1991) considerados no MAESP			
Indicadores	Melhor Valor	Valor Médio 17	Pior Valor
A) Saúde			
1. Mortalidade			
1) Taxa de Mortalidade Perinatal (‰)	Ô7,0	13,6	> 23,8
2) Taxa de Mortalidade Neonatal (‰)	Ô2,4	7	> 13
3) Taxa de Mortalidade Infantil (‰)	< 5,0	11	> 20
4) Taxa de Mortalidade 1-4 anos (‰/0000)	Ô26	71	> 120
5) Taxa de Mortalidade por causas (%)	Ô15	20	> 35
2. Outros Indicadores de Saúde			
6) Partos sem Assistência (%)	< 0,5	3	Ô125
7) Incidência da Tuberculose (0/0000)	Ô20	60	> 100
8) Incidência das doenças de notificação obrigatória (‰/0000)	Ô20	80	> 550
B) Demográficos			
9) Taxa de mortalidade geral (‰)	> 6	10,4	> 15,7
10) Taxa de fecundidade (‰)	> 65	46	< 35
11) População com mais de 65 anos (%)	Ô 8	13	> 25
12) População com menos de 15 anos (%)	Ô15	21	Ô28
13) Relação Homens/Mulheres	Ô0,90	1,00 ¹⁸	Ô1,25
C) Oferta de Cuidados de Saúde			
1. Recursos Humanos de Saúde (por mil habitantes)			
14) Médicos Especialistas	> 5,0	2,5	< 0,5
15) Clínicos Gerais nos CSP	1 ¹⁹	0,53	Ô0,42
16) Médicos de Saúde Pública nos CSP	0,5	0,49	< 0,1
17) Enfermeiros nos CSP	1	0,53	Ô0,42
2. Camas Hospitalares e de CSP (por mil habitantes)			
18) Camas hospitalares	Ô 5	2,95 ²⁰	< 1
19) Camas dos CSP	Ô 4	0,29	0
3. Outros Serviços de Saúde (por mil habitantes)			
20) Farmácias	> 0,3 ²¹	0,2	< 0,1
21) Laboratórios Privados de Análises Clínicas	2 ³	1	0
22) Equipamentos Privados de Radiologia	1 ³	---	0
4. Acessibilidade Geográfica aos Serviços de Saúde			
23) Acessibilidade aos CSP (Km)	Até 2Km	Até 10 Km	Até 20 Km
24) Acessibilidade aos hospitais (minutos)	Ô30	Ô60'	> 60'
25) Acessibilidade a outros serviços de saúde (Km)	Até 2Km	Até 10 Km	Até 20 Km
26) Investimento em Saúde (milhares de \$ por hab.)	Ô 5	1,17	0
D) Utilização dos Serviços de Saúde			
1. Cuidados de Saúde Primários			
27) Consultas dos CSP / Hab.	Ô5	2,5	Ô1,5
28) Consultas de Saúde Materna (Obstetrícia) / por nados vivos	Ô6	4,4	< 1
29) Consultas de Saúde Infantil (Juvenil e Pediatria)/pop. 0-15 (1991) e pop. 0-18 (2001)	Ô7,5	2	< 1
30) Consultas de Planeamento Familiar (%)	> 50	25	< 5
31) Doentes Saídos do Internamento (‰)	> 99	8	< 1
32) Dias de Internamento (‰)	> 450	100	< 99
2. Cuidados de Saúde Hospitalares (por mil habitantes)			
33) Consultas dos CS Hospitalares	Ô400	238,2	Ô99
34) Urgências	Ô800	531,4	Ô99
35) Doentes Saídos do Internamento	Ô90	57,5	< 29
36) Dias de Internamento	Ô900	496,1	Ô299
3. Gastos e Consumos			
37) Embalagens de medicamentos por hab.	Ô4	7,5	Ô12,5
38) Meios Complementares de Diagnóstico e terapêutica por hab.	Ô5	3,1	< 0,5
39) Gastos Públicos do SNS (transferências para os CSP em milhares de \$ por hab.)	Ô60	42,49	< 27,5
E) Sociais			
1. Escolaridade			
40) Taxa de Analfabetismo (%)	Ô8	13	Ô42
41) População com mais de 4 anos de escolaridade (%)	Ô43	38	< 21
2. Infraestruturas			
42) Alojamentos com água (%)	Ô90	74	< 20
43) Alojamentos com electricidade (%)	Ô95	75	< 45
44) Telefones Residenciais por habitante (por mil habitantes)	Ô200	178	< 20
F) Económicos			
45) População do sector secundário (%)	Ô20	35,1	Ô66
46) População do Sector Primário (%)	< 5	20,7	Ô25
47) Taxa de Desemprego (%)	Ô2	5,6	Ô20
48) Índice de Poder de Compra Regional Concelhio	Ô1	0,34	0

Fonte: adaptado do Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro (OMNIA, 1993), várias páginas

¹⁷ Os valores médios considerados neste estudo são os mesmos que foram considerados no Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro (1993). Estes constituem valores importantes uma vez que é, na generalidade, a partir destes que se dá um "gap" (salto) significativo de utilidade, isto é, a taxas ou razões superiores ou inferiores (consoante a natureza do indicador considerado) ao valor médio corresponderão "quebras" substanciais na utilidade.

¹⁸ Valor de equilíbrio entre sexos.

¹⁹ Não existem valores nacionais ou internacionais de referência, assim é considerado pelos peritos um valor mínimo razoável/desejável (quadro 2).

²⁰ O DEPS utilizava uma fórmula de cálculo de camas hospitalares para efeitos de programação de equipamentos de saúde, baseado em índices por especialidade a soma dos

²¹ Não existem quaisquer valores de referência, por não existir qualquer norma sobre o número desejável de farmácias as quais funcionam numa lógica de mercado.

De seguida, dado que cada um dos indicadores apresenta uma importância relativa para a avaliação do estado de saúde das populações diversas, foi necessário atribuir a cada indicador um índice de ponderação que traduzisse tal importância (Quadro 1). Perante a inexistência de qualquer estudo sobre a matéria, as ponderações foram atribuídas, por consenso, pelos membros da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro e por dois peritos indicados por esta mesma Comissão (Professor Doutor Nuno Grande e Dr. Meneses Correia).

Em suma, este modelo permite, por um lado, considerar simultaneamente a medição de indicadores com unidades de medida diversas (incluindo juízos subjectivos) e, por outro, torna possível a utilização de juízos subjectivos de utilidade de cada um dos indicadores, designadamente no estabelecimento dos índices de ponderação de cada um dos indicadores e na definição das curvas de utilidade.

Depois de definidos os indicadores a integrar modelo, os índices de ponderação correspondentes e as respectivas tabelas de conversão dos valores em utilidades, o modelo foi testado com valores reais, pela primeira vez em 1993, tendo sido obtido o ES na área de estudo, a diferentes escalas (Vaz e outros, 1994)

A sua tradução matemática é a seguinte:

$$U(i) = S [\sum_j s_{ij} \cdot w_j]$$

j

em que :

$U(i)$ = Utilidade geral (score total do modelo)¹.

s_{ij} = Pontuação do valor i no factor j.

w_j = Índice de ponderação do factor j.

A utilidade geral ou score total é o resultado do somatório do produto da pontuação do valor i no factor j com o índice de ponderação do factor j.

A classificação de cada concelho poder-se-á obter a vários níveis:

1. Por factor - como já foi referido cada factor tem uma utilidade compreendida entre os 0 e 100 (correspondente a valores concretos do indicador utilizado). Esta, multiplicada pelo respectivo índice de ponderação, permite comparar o resultado final do factor entre as diversas unidades territoriais;
2. Por “família” de factores - diz respeito à soma das utilidades ponderadas dos factores que integram a “família”;
3. Por scores totais - diz respeito à soma das utilidades ponderadas de todos os factores (6 famílias). O score máximo possível (se todos os factores apresentarem valores reais correspondentes a uma máxima utilidade) é de 1.000.

2. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE (ES) NA DÉCADA DE NOVENTA

Depois de calculados os indicadores, feito o reajustamento das ponderações a atribuir aos indicadores das sub-famílias de indicadores anteriormente referidas, passou-se à atribuição das utilidades aos 48 indicadores em 275 (em 1991) e 278 (em 2001) concelhos¹⁵ considerados neste estudo. Assim, foram atribuídas em 1991, 13 200 utilidades e, em 2001, 13 344. É de referir que foram utilizadas, para os dois períodos em estudo (1991 e 2001), as mesmas tabelas de utilidades não só para tornar possível a comparação ao longo do tempo mas também pelo facto do modelo original apresentar alguma flexibilidade que permite “quer a sua aplicação ao longo de bastante tempo sem revisão das tabelas por mera desactualização dos valores quer a sua implementação a um universo de concelhos diferentes” (OMINA, 1993: 104).

Do produto da ponderação pela utilidade obteve-se, ao nível concelhio, um resultado ponderado por factor, família de factores e score final (que corresponde ao estado de saúde - ES) (cfr. modelo matemático).

Os resultados do ES a que se chegou, depois da aplicação do MAESP nos concelhos do Continente, foram cartografados utilizando cinco classes. As classes foram obtidas da seguinte forma: 1. Na terceira classe, ao valor médio foi adicionada e subtraído meio desvio padrão; 2. Nas classes abaixo da terceira (i.e., 1ª e 2ª) subtrai sucessivamente 1 desvio padrão; 3. Nas classes acima da terceira (i.e., 4ª e 5ª) foi adicionada sucessivamente 1 desvio padrão. Os conjuntos do fundo e do topo integram, respectivamente, os melhores e os piores resultado do estado de saúde.

Os conjuntos do fundo e do topo integram, respectivamente, os melhores e os piores resultado do estado de saúde, correspondendo cada um a 10% do total dos concelhos do Continente. O intervalo entre essas classes foi então dividido em 3 conjuntos, fazendo cair o valor da média na classe do meio.

Os problemas sentidos na organização, tratamento e elaboração deste trabalho foram de vária ordem e muito semelhantes aos de outros investigadores. Uns relativos à falta de uniformização de informação e escala de análise, outros, às dificuldades de acesso à informação¹⁶. Todavia, e apesar destes constrangimentos, o trabalho sugere variações temporais e espaciais no estado de saúde da população portuguesa que merecem ser consideradas no presente e no futuro.

A aplicação do modelo de avaliação do estado de saúde da população portuguesa no início e fim da década de noventa (1991 e 2001) em todos os municípios, coloca em evidência uma diversidade territorial do estado de saúde suportada nas desigualdades demográficas, sociais e económicas que marcam o País em ambos os períodos considerados. Relativamente ao valor possível total do modelo – 1.000 – (se todos os factores correspondessem ao máximo da utilidade), as figuras 1 e 2 mostram claramente as desigualdades territoriais no estado de saúde tanto em 1991 como em 2001.

Figura 1

Estado de Saúde nos concelhos em 1991

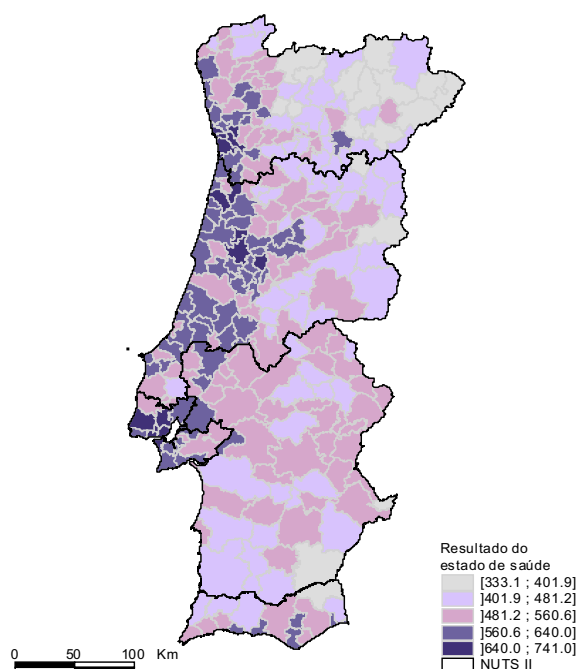
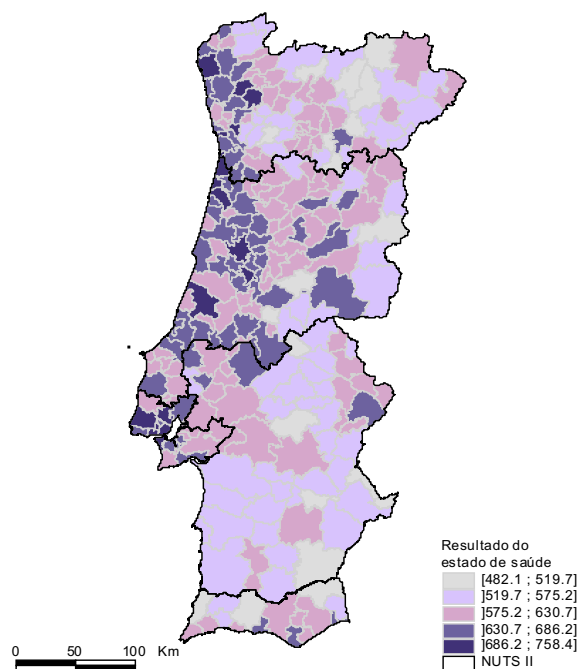


Figura 2

Estado de Saúde nos concelhos em 2001



Dos 276 concelhos avaliados em 1991, 144 (52,3%) apresentavam um estado de saúde abaixo do valor da média – 521 – do Continente. Grande parte estavam localizados no interior (136) correspondendo maioritariamente a áreas rurais (111).

Em 2001 a situação melhora, não se alterando, contudo, substancialmente o padrão geográfico – continuam a observar-se os piores valores de ES nos concelhos rurais do interior. Dos 278 municípios, 141 (50,7%) estão abaixo do valor médio encontrado para Portugal (603). Apesar do valor médio ter aumentado (passou de 521 para 603), significando que melhorou, genericamente, o estado de saúde da população nos concelhos do País, continuam a verificar-se desigualdades espaciais.

Os resultados encontrados com a aplicação do MAES mostram claramente a melhoria do estado de saúde dos concelhos do interior para os do litoral, principalmente no início da década. Salvo a excepção de alguns concelhos do interior (que correspondem a municípios que integram cidades) verifica-se uma clara oposição litoral/interior, encontrando-se os melhores valores de estado de saúde, em ambos os períodos, em concelhos que integram cidades de média dimensão (>100.000 e <200.000 habitantes), seguidas pelos concelhos de Lisboa e Porto. Este facto é uma consequência da aplicação do modelo, o qual integra conjuntos de indicadores de vária ordem que, eles mesmos, apresentam grande heterogeneidade espacial.

Paradoxalmente, não é nos concelhos de maior urbanização que vamos encontrar os valores mais altos de utilização dos serviços de saúde. Este facto poderá estar associado à utilização dos Cuidados Primários de Saúde que registam valores mais elevados em concelhos do Centro e, genericamente, nas áreas rurais. Por sua vez, também os indicadores de saúde apresentam valores superiores ao esperado em alguns concelhos rurais, localizados nas proximidades de cidades de média dimensão, em consequência do acesso (organizacional e geográfico) a bens e serviços prestados por esses centros urbanos. Este facto é mais evidente em 2001.

Em ambos os períodos em análise, as desigualdades no ES são grandemente influenciadas pelas fortes desigualdades verificadas nos indicadores demográficos - assimetrias entre as áreas envelhecidas do interior e as do litoral -; nos indicadores de oferta de cuidados de saúde - corolário da urbanização em 1991 e que continua em 2001; e nos indicadores económicos - forte relação com a urbanização do território que se intensifica em 2001. Ou seja, continua a ser forte a concentração de cuidados hospitalares no litoral, seguindo o modelo de desenvolvimento escolhido para o País: urbanização / concentração económica / concentração populacional / concentração de bens e serviços no litoral ocidental entre Setúbal e Viana do Castelo. Os indicadores sociais revelam forte oposição entre litoral e interior, em 1991, esbatendo-se essa dicotomia em 2001.

A figura 3 revela as variações que ocorreram no estado de saúde entre 1991 e 2001.

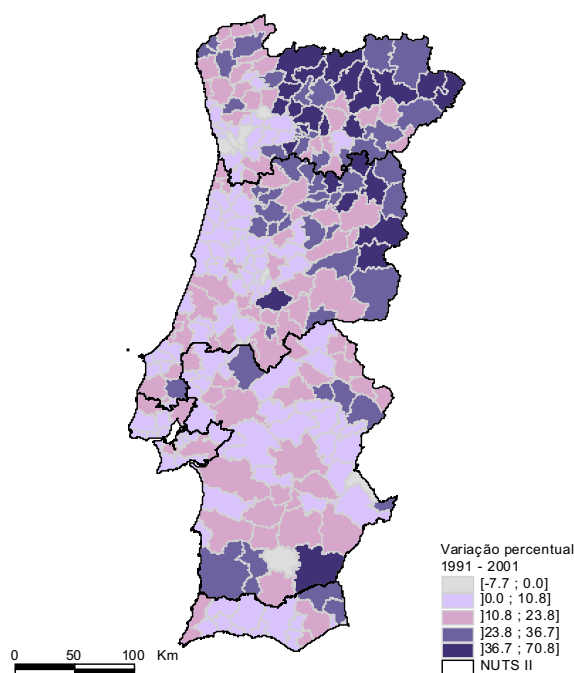
Dos 144 concelhos que se encontravam abaixo da média em 1991, 33 (22,9%) melhoraram consideravelmente o seu estado de saúde situando-se, em 2001, acima do valor médio do País, enquanto os restantes permaneceram abaixo da média. Todavia, o contrário aconteceu em 38 concelhos (26,4%) que, em 2001, apresentam um resultado do estado de saúde pior, quando comparado com o do início da década de noventa, situando-se, agora, abaixo da média. As situações mais problemáticas verificam-se em sete concelhos rurais que ficam com o seu estado de saúde ainda mais agravado em 2001, relativamente ao que tinha sido observado em 1991, ou seja, sofrem variações negativas. Para além destes concelhos, ainda se verificou diminuição no estado de saúde, entre 1991 e 2001, em dois concelhos que, todavia, detinham as classificações mais altas do País em 1991, correspondendo a áreas urbanas do litoral. Observam-se fortes variações positivas em concelhos que pertencem à AMLisboa (Oeiras, Amadora, Loures) ou em concelhos localizados próximo da AMPorto, colocando-se nos dez primeiros lugares, em 2001. Ou seja, em áreas urbanas de grande dinamismo económico e social, retratados no aumento dos scores nos indicadores económicos, sociais e de oferta de serviços de saúde verificam-se acréscimos no ES, apesar de já serem áreas com bons resultados em 1991.

Todavia, as maiores variações positivas no ES foram encontradas em municípios localizados em áreas rurais periféricas do Norte e Centro do País que apresentam situações de partida muito más (muito baixos ES em 1991).

Saliente-se que, apesar de alguns concelhos localizados no litoral ocidental (Aveiro, Braga, Leiria, Coimbra) não registarem grandes acréscimos nos resultados do estado de saúde entre os dois períodos, continuam a ocupar os primeiros lugares em 2001.

Figura 3

Variação no estado de saúde nos concelhos entre 1991 e 2001



Em síntese, pode referir-se que as diferenças entre os melhores e os piores resultados diminuíram entre 1991 (melhor valor: 741; pior valor: 333) e 2001 (melhor valor: 756; pior valor: 482), quadro 3. Este facto coloca em evidência as melhorias generalizadas no estado de saúde da população dos concelhos e, simultaneamente, uma diminuição das diferenças entre as áreas geográficas. As maiores variações positivas, entre os concelhos com os melhores e os piores valores, ocorreram nos indicadores sociais (o pior valor em 1991 corresponde a 25 e, em 2001, a 59) e nos indicadores de saúde (o pior valor passou de 62, em 1991 para 136 em 2001). Ou seja, os concelhos aproximam os seus resultados nestes dois conjuntos de indicadores, diminuindo, por consequência, as diferenças entre os valores extremos (nos indicadores de saúde a razão é de 0,46; e nos sociais 1,10). Verifica-se que os resultados dos indicadores económicos, de oferta e de utilização dos serviços de saúde revelam fortes desigualdades territoriais em 1991, as quais persistem no final na década (quadro 3). Apesar de se registarem alterações nestes indicadores, o padrão de desigualdade espacial que se tinha confirmado em 1991, mantém-se em 2001. Os indicadores demográficos revelam que as desigualdades entre áreas geográficas se acentuaram ao longo da década. Aliás, esta família de indicadores é a única que sofre uma variação positiva na amplitude entre 1991 e 2001.

Quadro 3

Valores mínimos e máximos no Estado de Saúde e “Famílias” de indicadores, 1991 e 2001							
Famílias de indicadores	Valor máximo		Valor mínimo		Variação (máximo-mínimo)		Amplitude Variação 91/2001
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	
Saúde (score 265)	229	251	62	136	167	114	-0,46
Demográfico (score 140)	120	122	25	25	95	97	0,02
Oferta de Serviços de Saúde (score 205)	162	163	30	44	132	120	-0,1
Utilização de Serviços de Saúde (score 220)	164	181	16	40	148	142	-0,04
Sociais (score 90)	90	90	25	59	65	31	-1,1
Económicos (score 80)	74	71	5	7	69	64	-0,08
Estado de saúde (score 1000)	741	758	333	482	408	276	-0,48

Fonte: elaboração própria a partir dos resultados deste trabalho

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

É de extrema importância a produção de evidência científica que possa contribuir, por um lado, para a identificação das áreas de intervenção prioritárias em saúde, com o objectivo de adequar as intervenções em saúde às necessidades reais da população e, por outro lado, para avaliar o impacto dessas acções (respostas) na saúde e no bem-estar da população, podendo ainda monitorizá-las em diferentes tempos e a diferentes escalas. De facto, os problemas em saúde (frequência e severidade) não estão distribuídos de forma uniforme nem pela população nem pelo território.

O território não é só o espaço onde um certo grupo se instalou e organizou a sua vida, é também o espaço social onde se estabelecem interacções sociais que tornam possível a existência e a reprodução da vida humana.

Por isso, as consequências práticas de como o território se organiza e a capacidade de resposta na resolução dos problemas sociais e económicos devem ser tomadas em linha de conta quando se observa o estado de saúde. Um território marcado por fortes contrastes sociais, económicos e demográficos terá, implícitas, fortes iniquidades em saúde. Acresce referir que as respostas que se possam identificar para essa população no específico sector da saúde podem não ter os efeitos esperados, por o problema ser de natureza mais ampla, correspondendo a múltiplas intervenções, de carácter inter e multisectorial.

Em Portugal verificou-se que o estado de saúde variava na razão directa da urbanização/litoralização dos municípios. Ou seja, na década de noventa, os municípios com melhor estado de saúde localizavam-se próximo do litoral ocidental. Pelo contrário, os mais baixos estados de saúde foram encontrados em áreas rurais localizadas no interior norte e centro do País.

Apesar das variações positivas que ocorreram ao longo da década de noventa nos indicadores sociais e nos indicadores de saúde, os concelhos que se encontravam com piores estados de saúde em 1991, continuam a apresentar os piores estados de saúde em 2001, sendo o inverso, genericamente, verdadeiro.

Vejamos a exemplo a taxa de mortalidade infantil. Este indicador é revelador dos ganhos substanciais que se têm vindo a fazer nos últimos anos, colocando Portugal muito próximo dos Países com os melhores valores da União Europeia. Não obstante o valor da taxa de mortalidade infantil no País ser baixo (6,3‰ nados vivos, valor da média 1996-2000), é ainda bastante elevada em alguns espaços geográficos, decalcando áreas rurais, pobres, distantes (económica, social e geograficamente) dos locais de oferta de serviços de saúde de qualidade. Naquele

mesmo período os valores mais altos registaram-se em concelhos do interior, principalmente localizados no Norte (Boticas: 18% nados vivos] e no Algarve (Alcoutim: 21,5% nados vivos).

3.1. Reflexão em torno de algumas questões que se poderão tornar nos principais “argumentos” para explicar variações espaciais no estado de saúde:

1. Atracção continuada da população ao litoral, em especial às áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, e a repulsa pelo interior, com as maiores perdas populacionais nos concelhos do Norte, Centro e Alentejo, confirmados em 2001.
 - a. Desequilíbrios na distribuição da população “atraíram” e “atraem” desequilíbrios sociais e económicos. Por exemplo, as camas hospitalares, a oferta de médicos hospitalares e outros recursos de saúde revelam, neste estudo, fortes assimetrias, marcadas fundamentalmente pela urbanidade/ruralidade à qual se sobrepõe a matriz litoral/interior.
2. Relevância dos Cuidados de Saúde Primários na diminuição das iniquidades no acesso à saúde.
 - a. O sistema de saúde Português oferece à população uma rede de CSP que cobre todo o território, constituindo-se como uma possibilidade de contacto com os serviços de saúde de carácter mais diferenciado. Apesar de terem sido observados bons resultados nos indicadores de utilização dos serviços de saúde nos concelhos rurais, muito à custa do peso que a utilização dos CSP tem neste modelo, não é ainda evidente esse efeito no estado de saúde da população.
3. Adequação e continuidade da oferta de serviços de saúde não foi conseguida na década de noventa.
 - a. 2001 os ganhos no ES observados nas áreas rurais ficam a dever-se, fundamentalmente, a melhorias nos indicadores sociais e de saúde, tendo contribuído, para o segundo, o aumento generalizada no acesso e na utilização dos CSP na década de noventa. Todavia, apesar da oferta e utilização dos CSP ser um indicador com sinal positivo no estado de saúde da população - que poderia ser a chave para a solução do problema da população mais pobre, isolada e doente -, o que se verifica na realidade é a falta de continuidade ou a fraca articulação entre este nível de prestação e os de carácter mais especializado no diagnóstico e no tratamento, especialmente sentido nos concelhos rurais e interiores. Este facto é patente nas baixas utilização dos serviços do hospital pela população residente nos municípios rurais do interior, apesar de se ter verificada, em simultâneo, que a rede hospitalar possibilita tempos de deslocação baixos a grande parte da população - 80% encontra-se a cerca de trinta minutos dos Hospitais distritais e apenas 2,5% reside a mais de 90 minutos. Sendo baixa a percentagem de população com má acessibilidade geográfica ao hospital de referência, todavia, essa população acumula outras restrições de natureza económica, social, sociorganizacional - “distância” em relação às fontes de informação (instituições de saúde) e ao conhecimento e entendimento de um bom estado de saúde — com reflexos nos baixos níveis de saúde e de qualidade de vida que se detectam nessas áreas. Por isso se observa, por exemplo, que o total de consultas por habitante (hospitalares e de CSP) é mais elevado no litoral ocidental, entre as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e também em alguns concelhos urbanos do Centro e do Alentejo correspondendo, na generalidade, a municípios com hospitais ou municípios localizados nas proximidades destas áreas.

Apesar das desigualdades verificadas nos resultados encontradas nos indicadores de oferta e de utilização não faz sentido aumentar a oferta de serviços de saúde de carácter especializado em áreas rurais quer por razões económicas que esse facto implica quer por falta de massa crítica. Todavia, deve ser avaliada a equidade no acesso dessas populações a esses cuidados de saúde. Este é o aspecto que deve merecer melhor atenção dos decisores políticos. Até aqui, o planeamento dos serviços públicos no que respeita à dotação de recursos tem sido baseado, fundamentalmente, no número de habitantes e nunca na estrutura etária, socioeconómica ou nas necessidades em saúde da população potencialmente utilizadora. A equidade em saúde não pode resultar da mera consignação do direito à saúde na Constituição, já que não existe igualdade de oportunidades de utilização dos serviços de saúde (quantidade e qualidade) para todos os cidadãos. Os desequilíbrios espaciais no estado de saúde em Portugal podem continuar a ser, pelo menos parcialmente, explicados pela desadequação entre as necessidades sentidas e a oferta de recursos sociais (onde se incluem os de saúde).

3.2. Medidas para atenuar as variações espaciais do estado de saúde

Em Portugal, à semelhança do que acontece em alguns países desenvolvidos, onde o modelo de Estado Providência entrou em falência e onde as desigualdades na saúde têm tendência para aumentar entre grupos e entre áreas, é necessário repensar as políticas sociais (e de saúde, em particular), ajustando-as às necessidades da população e do país (Santana, 1995; Santana e outros, 2003; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003). O planeamento em saúde tem estado sujeito a muitas fragilidades e contradições: gasta-se grande quantidade de recursos financeiros em tecnologias de ponta centradas no tratamento e gasta-se muito pouco com tecnologias básicas de custos baixos e amplo âmbito de aplicação. É feito pouco uso, e de forma não sistemática, de tecnologias pouco dispendiosas que reforcem a prevenção e que envolvam voluntários e cidadãos no sistema de saúde. É necessário, também, desenvolver uma maior consciência de responsabilidade entre os cidadãos, mas apoiada com serviços e incentivos, de forma a racionalizar o consumo de cuidados e a adequar a procura às necessidades.

Uma das primeiras preocupações é a identificação de medidas a introduzir nas políticas do Governo para que a saúde de toda a população melhore – e não só a dos grupos mais favorecidos – e, por essa via, haja um aumento da produtividade e da riqueza do País, condição indispensável para a melhoria das condições sociais. Ou seja, as consequências do aumento do estado de saúde na produtividade poderão vir a ter impactes positivos nos investimentos em políticas sectoriais a montante da saúde (Greenberg, 1999) como sejam a educação, segurança, saneamento, qualidade do ambiente físico, habitação, urbanismo, planeamento territorial, transportes, apoio aos grupos desfavorecidos, etc., as quais, por sua vez, provocarão benefícios na saúde da população em geral e, principalmente, dos grupos mais desfavorecidos.

Portugal deve traçar e seguir, a exemplo de países como a Suécia e a Noruega, políticas que tenham consequências na redução das diferenças socioeconómicas na morbilidade e na mortalidade entre grupos populacionais, por via do acesso a bens e serviços (educação, saúde). Genericamente, os estudos vêm demonstrar que apesar de se verificarem sempre variações espaciais e temporais em saúde, as desigualdades em saúde podem e devem ser eliminadas ou reduzidas. Muitos dos factores que estão na base dessas desigualdades (sociais, económicos e culturais) são passíveis de ser influenciados por políticas intersectoriais desenhadas nesse sentido. É importante em Portugal reconhecer que a distribuição e o acesso dos recursos (quantidade e qualidade) não é justa e não se adequa às necessidades reais da população. Nesse sentido, devem ser implementadas estratégias no sentido de dotar as áreas rurais de recursos físicos e humanos (por exemplo, atrair médicos e outros profissionais de saúde com remunerações aliciantes), resultando uma melhor qualidade no atendimento no CSP e acompanhamento/seguimento/articulação com os hospitais e outros serviços de saúde e sociais, responsabilizando-se o Médico de Família (Clínico Geral) pela saúde (ou doença) da população, principalmente a das crianças e idosos, residente em áreas rurais, mais vulneráveis aos efeitos das iniquidades.

Outras políticas intersectoriais, já adoptadas noutros Países europeus e que poderiam vir a ser implementadas são, por exemplo, uma maior intervenção sobre os preços, a disponibilidade e a quantidade da alimentação, a qualidade da água, o controle da poluição, a melhoria das condições no local de trabalho, de recreio e na residência, bem como respostas (políticas sociais de inclusão, e.o.) às necessidades de grupos mais vulneráveis que emergem de recentes mudanças demográficas, tais como o aumento da proporção de idosos ou o aumento da imigração, por exemplo. Para além disso, deve, ainda, ser incluída a educação para a saúde nas escolas e reforçada a intervenção da saúde pública.

Algumas destas medidas poderão ter mais eficácia se implementadas em co-responsabilização com os poderes locais, principalmente ao nível da prestação dos cuidados de saúde. Ou seja, estabelecer a ligação entre o município, a Região de Saúde e o Poder Central na definição das necessidades e na respectiva adequação das medidas/estratégias. A descentralização dos cuidados de saúde, por exemplo, oferece um contexto excelente no qual se pode, por exemplo, explorar e desenvolver o modelo teórico e estruturalista de Giddens (1984). A descentralização implica maior adequação da oferta às necessidades locais das populações, havendo uma maior coordenação entre os serviços, uma mudança dos papéis do governo central e local, uma redistribuição associativa do poder e dos interesses, com implicações no aumento da confiança local e do envolvimento da população no planeamento dos serviços (Atkinson, 1995; Navarro, 2001) principalmente para os grupos desfavorecidos ou com incapacidades (Forrest e outros 1999; Santana, 2000). Ou seja, uma solução que passa, também, pelo reforço da coesão social (Whithead, 1988; Greenberg, 1999; Lochner e outros, 1999; Mohan, 2000). Deveriam as autarquias ser responsabilizadas, em simultâneo com as instituições de saúde, pela saúde da população, com a adopção e projectos ou programas de medidas inovadoras e custo-efectivas de promoção da saúde e prevenção da doença. Mohan, em 2000, argumenta: "... poverty is becoming more concentrated spatially (...) does this means, however, the social polarization is taking place? (...) The policy responses to

social exclusion – and particularly, in the British case, an apparent renaissance of area-based policies – will be considered in future review” (295 e 296).

Outra das conclusões deste estudo é que as causas das desigualdades em saúde estão em estreita dependência de factores económicos e do meio físico e social que fazem parte do ambiente diário das pessoas (rendimento, habitação, desemprego, etc.) e dos cuidados de saúde (cobertura, tipo e utilização, etc.). Sendo assim, intervenções efectivas e adequadas à actual situação sanitária da população portuguesa parecem ser as que decorrem quer de uma descentralização da intervenção sanitária – do nível central para o regional e deste para o municipal ou local –, o reforço das intervenções de natureza preventiva, especialmente as dedicadas a grupos de risco bem identificados e a refocagem do desenvolvimento do sistema de saúde nos cuidados de saúde primários e de proximidade.

A adopção de medidas decisivas e corajosas nas áreas atrás identificadas poderá ter um impacto positivo sobre as actuais desigualdades e variações em saúde, aumentando a capacidade de intervenção cívica e a participação dos cidadãos na resolução dos seus problemas e reforçando o capital social das comunidades.

Em 1993 foram criadas 5 Regiões de Saúde que correspondem à desconcentração do Sistema de Saúde Português. Apesar de se terem verificado algumas transferências de competências do nível central para o nível regional não se verificou uma descentralização de poderes. Nesse sentido, as alterações produzidas pela introdução destas medidas não têm ainda grande visibilidade. Todavia, a desconcentração permite que haja um interlocutor entre o poder central e o poder local. Em alguns casos, a proximidade tem resultado num melhor acesso à informação sobre as necessidades em saúde. O problema que persiste é que esse conhecimento não chega a ter resultados no que respeita à alteração das situações. O planeamento dos serviços e a tomada de decisões continua a ser centralizada e imune à consideração dos interesses e necessidades especificamente locais no processo decisional de alocação de recursos.

Por fim, importa considerar o aspecto relativo à contenção da despesa com a saúde (seja no contexto do necessário controlo de evolução de despesa seja no âmbito das reformas do sistema nacional de saúde) e em outros sectores importantes para a sustentabilidade do desenvolvimento do País e, concretamente, das despesas de funcionamento dos serviços do SNS e quais as consequências ao nível do aumento dos desequilíbrios loco-regionais e na degradação ainda maior das condições ambientais de existência de populações que enfrentam, já, o envelhecimento, a pobreza e o isolamento geográfico.

Referências Bibliográficas

- Atkinson, S. (1995) – “Restructuring health care: tracking the decentralization debate”, in: Progress in Human Geography, 19, 4, pp. 486-503.
- Ben-Sholmo Y.; Davey Smith G (1991) - “Deprivation in infancy or in adult life: which is more important for mortality risk?”, in: Lancet, 337, pp. 530-534.
- Benzeval, M.; Judge, K. (2001) – “Income and health: the time dimension”, in: Soc. Sci. Med., 52, pp. 1371-1390.
- Bowling, A. (1995) - Measuring Disease. Londres: Open University Press.
- Diez-Roux, A.V., Merkin, S.S., Arnett, D., Chambless, L., Massing, M., Nieto, J., et al. (2001) – “Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease”, in: N. Engl J Med, 12, 345: pp.99-06.
- Dunn, J.; Haynes, M. (2000) – “Social inequalities, population health, and housing: a study of two Vancouver neighborhoods” in: Soc.Sci.Med., 51, pp. 563-587.
- Fachada, M. (2004) – Estado de Saúde da População de Portugal Continental na Década de Noventa. Resultados de um Modelo Multiatributivo, Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
- Ferrie, J.E.; Shipley, M.J.; Stansfeld, S.A., Davey Smith, G.; Marmot, M. – (2003) – “Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study”, in: Soc.Sci.Med. 57 (4), pp. 637-646.
- Forrest, R, R.; Keans, A (1999) – Joined-Up Places? Social cohesion and neighbourhood regeneration, York, Joseph Rowntree Foundation.
- Gatrell, A. (1998) – “Structure of geographical and social space and their consequences for human health”, in: Geografiska Annaler, 79 (3): 141-54.
- Giddens, A (1984) – The constitution of society: outline of the theory of strcturation. Cambridge, Policy Press.
- Giraldes, M. R. (1978) – Índice-resumo da situação sanitária no período 1973/74/75 por distritos e concelhos, Ministério do Assuntos Sociais, Gabinete de Estudos e Planeamento.
- Giraldes, M. R. (1996) - Desigualdades Socioeconómicas e seu Impacte na Saúde. Lisboa: Estampa, 1996.
- Greenberg, M. (1999) – “Improving neighborhood quality: a hierarchy of needs. Housing, in: Policy Debate, 10, 3, pp. 601-624.
- Haynes, R.; Gale, S. (2000) – “Deprivation and poor health in rural areas: inequalities hidden by averages”, in: Health & Place, 6. pp. 284.
- Jozan, P.; Prokhorkas, R. Ed. (1997) – Atlas of leading and “avoidable” causes of death in countries of central and eastern Europe. Budapeste: Hungarian Central Statistical Office; WHO Regional Office for Europe.
- Kaplan G.; Pamuk, E.; Lynch J.; Cohen R.; Balfour J. (1996) – “Inequalities in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potencial pathways”, in: BMJ, 312: 999-1003.
- Kennedy, B.; Kawachi I.; Glass, R.; Prothrow-Smith, D. (1998) – “Income distribution, socio-economic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis”, in: BMJ, 317, pp. 917-21.
- Kunst A, Groenhof, F., Mackenbach, J. The EU working group on socioeconomic inequalities in health (1998).- “Occupacional class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies”, in: BMJ, 316: pp. 1636-1642
- Kunst, A (1997) - Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality, Rotterdam: PhD Erasmus University Rotterdam,.
- Lochner, K. ; Kawachi, I.; Kennedt, B.P. (1999) – “Social capital: a guide to its measurement”, in: Health and Place, 5, pp. 259-270.

- Macintyre, S., Ellaway, A. (2000) – “Ecological Approaches: rediscovering the role of physical and social environment”, in: Lisa F. Berkman and Ichiro Kawachi (ed.). Social Epidemiology. Oxford: University Press, pp. 332-48.
- Macintyre, S.; Ellaway, A.; Hiscock, R.; Kearns, A.; Der, G.; McKay, L. (2003) – What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland, in: Health & Place, 9 (3), pp.207-218.4.
- Macintyre, S.; Maciver, S.; Sooman, A.; (1993) – “Area, class and health; should we be focusing on places or people?”, in: J. of Social Policy, 22, pp. 213-234.
- Mackenbach, J., Gunning-Schepers, L., (1997) – “How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?”. Journal Epidemiology Community Health, 51:pp.359-64.
- Mackleod, M.; Graham, E.; Johnston, M.; Dibben, C.; Morgan, I. (1999) – “How does relative deprivation affect health?”, in: Health variations, Official Newsletter of the ESRC, Health Variations Programme, January, pp.12-14.
- Mohan, J. (2000) – “Geographies of welfare and social exclusion”, in: Progress in Human Geography, 24, 2, pp. 291- 300.
- National Institute of Public Health (1997) – Determinants of the burden of disease in the European Union, F-series nº 24, European Commission: Directorate-general V.
- Navarro, V. (2001) – “The political context of social inequalities and health”, in: International Journal of Health Services, 31, 1, pp. 1-21.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003) – Saúde que rupturas? Relatório de Primavera, Lisboa: OPSS.
- OMNIA (1993) - Observatório Regional de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro– Relatório apresentado à Comissão de Coordenação da Região Norte elaborado por Artur Vaz, Paula Santana, Jorge Simões e Rui Janeiro da Costa.
- Pereira, J. (1995) - Inequity in infant mortality in Portugal, 1971-1991, Lisboa: APES (4/95)
- Power, C. (1998) - “Life course influences”, in: Health Variations Newsletter ESCR, Economic & Social Research Council: pp.14-15.
- Santana, P. (1995) - Acessibilidade e Utilização dos Cuidados de Saúde. Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde. Coimbra: CCRC/ARSC,.
- Santana, P. (1998) “A geografia das desigualdades regionais em saúde e estado de saúde”, in: P. Pita Barros & J. Simões (ed.), Livro de Homenagem a Augusto Mantas, Lisbon: APES, pp. 179-205.
- Santana, P. (2000) – “Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care”, in: Soc. Sci. & Med. 2000, 50:1025-1036.
- Santana, P. (2002) – “Poverty, social exclusion and health”, in: Soc. Sci.& Med. 55: pp.132-45.
- Santana, P. and Nogueira, H. (2003) – “Avoidable” deaths as an assessment indicator for health and health care in Portugal in the 90’s (submitted to a journal).
- Santana, P.; Vaz, A.; Fachada, M. (2003) – “Population Health Status: how can we conceptualise and measure it? Portugal case study. (submitted to a Journal).
- Santana, P. (2002) – “A Mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993”, in Revista de Estudos Demográficos nº 32, INE, Lisboa.
- Santos Lucas (1987) – “Iniquidade social perante a doença e a morte em Portugal”, in: Sociedade, Saúde e Economia, Actas das V Jornadas de Economia da Saúde, (coordenação A Correia de Campos & J. Pereira), Lisbon: ENSP, pp. 283-294.

Shaw, M.; Orford, S.; Brimblecombe, N.; Dorling, D. (2000) – “Widening inequalities in mortality between 160 regions of the 15 European countries in the early 1990's”, in: *Soc. Sci. Med.*, 50, pp. 1047-1058.

Townsend, P., Davidson, N. (1982) - “The Black Report”, in: Peter Townsend and Nick Davidson (ed.) *Inequalities in Health*. Suffolk: Penguin Books Ltd., pp.1-266.

Townsend, P.; Phillimore, P.; Beattie, A. (1988) – *Health and deprivation: inequality and the North*, Londres: Routledge,.

Vaz, A.; Simões, J.; Santana, P.; Janeiro da Costa, R. (1994) - Desenvolvimento de um Modelo de Avaliação de Estado de Saúde da População. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12, 2: 5-23.

Whiteleg, J. (1982) - *Inequalities in Health Care: Problems of Access and Provision*. Retford: Straw Barnes Press.

Whithead, M.; (1998) – “Health inequalities- today's biggest issue for public health”, in: *Health Variations* Newsletter, January, ESCR, Economic & Social Research Council, pp. 4-5.

Wilkinson, R. G. (2001) – *Unhealthy societies. The afflictions of inequalities*, London: Routledge.

Notas

¹ Confere página 5

² Artur Vaz, Paula Santana, Jorge Simões e Rui Janeiro da Costa.

³ Na presente investigação foram apenas considerados, nesta família, 8 indicadores devido à exclusão da cobertura vacinal. A informação relativa a este indicador não está disponível com a desagregação geográfica pretendida.

⁴ Foi utilizada uma taxa média de 3 anos (90/91/92) para o primeiro período em estudo e de 5 anos para o segundo (96/00).

⁵ Este indicador é afinado, no modelo, pela inclusão das camas hospitalares.

⁶ A designação para este indicador é, em 1991, de clínicos gerais e, em 2001, de médicos de saúde geral e familiar.

⁷ O grupo de indicadores de utilização dos serviços de saúde é, neste artigo, apenas constituído por 13 indicadores devido à impossibilidade de obter os dados necessários ao cálculo dos indicadores relativos à saúde escolar e aos serviços de atendimento permanente (SAP) nos CSP.

⁸ Nos anuários estatísticos de 2001 as consultas maternas aparecem com a designação de consultas maternas e de obstetrícia.

⁹ Devido à impossibilidade de obter os dados relativos ao número de grávidas inscritas nos centros de saúde utilizou-se, na presente investigação, uma relação entre o número de consultas maternas e o número total de nados-vivos.

¹⁰ Em 2001 são designadas de consultas de saúde infantil, juvenil e pediatria.

¹¹ Em 2001 é considerada a população entre os 0 e os 18 anos.

¹² Nos casos em que uma área é servida por mais de um hospital, consideramos essas várias unidades como um todo. É o que sucede na área de influência dos Hospitais Centrais do Porto, Coimbra, Lisboa e também para o Entre Douro e Vouga (com estabelecimentos hospitalares em São João da Madeira, Oliveira de Azeméis e Santa Maria da Feira), Médio Tejo (hospitais distritais de Abrantes, Tomar e Torres Novas) e, em 2001, Portalegre (com os hospitais distritais de Elvas e Portalegre).

¹³ Por impossibilidade de obtenção dos gastos totais do SNS são apenas consideradas as transferências do SNS para os Cuidados de Saúde Primários.

¹⁴ O melhor valor de cada um dos indicadores foi estabelecido por peritos, considerando ou os melhores valores nacionais ou outros valores considerados para um conjunto de países (OCDE, UE...) ou, ainda, os valores considerados desejáveis para alguns indicadores (quadro 1).

¹⁵ O número de concelhos passou de 275, em 1991, para 278, em 2001, devido à criação dos concelhos da Trofa, Vizela e Odivelas.

¹⁶ Refira-se, ainda, a mobilidade da população entre os dois decénios com consequências, por exemplo, na distribuição de médicos e enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. Ou seja, em algumas áreas o indicador melhora entre os dois períodos (1999-2001) apenas pela rarefacção da população, mantendo-se o mesmo quadro de pessoal.