



INTRODUÇÃO À
GEOGRAFIA DA SAÚDE
TERRITÓRIO, SAÚDE E BEM-ESTAR

PAULA SANTANA

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

(Página deixada propositadamente em branco)

INTRODUÇÃO À
GEOGRAFIA DA SAÚDE
TERRITÓRIO, SAÚDE E BEM-ESTAR

PAULA SANTANA

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

EDIÇÃO

Imprensa da Universidade de Coimbra
Email: imprensa@uc.pt
URL: http://www.uc.pt/imprensa_uc
Vendas online: <http://livrariadaimprensa.uc.pt>

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Imprensa da Universidade de Coimbra

IMAGEM DA CAPA

By Mohd Kamal from Singapore.
(Good Morning Singapore ! *Explored*)
CC-BY-SA-2.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0>),
via Wikimedia Commons

EXECUÇÃO GRÁFICA

Tipografia Lousanense

ISBN

978-989-26-0726-9

ISBN DIGITAL

978-989-26-0727-6

DOI

<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0727-6>

DEPÓSITO LEGAL

373657/14

AGRADECIMENTOS

Se é verdade que os eventuais erros presentes neste livro são da minha inteira responsabilidade a sua publicação apenas foi possível graças à colaboração de um conjunto de pessoas e instituições. A todas agradeço.

Em primeiro lugar, aos alunos que me incentivaram a escrever esta obra e que me ajudaram a refletir a partir das questões que foram suscitando ao longo dos anos em que a disciplina de Geografia da Saúde foi ministrada na Universidade de Coimbra. Este livro pretende, ainda, ir ao encontro de dúvidas e sugestões apresentadas por alunos de outras Escolas, em Portugal, no Brasil, em Angola e em Espanha, onde tenho ministrado cursos ou palestras no âmbito da Saúde Pública, Epidemiologia e, naturalmente, da Geografia.

Em segundo lugar, um carinhoso agradecimento à Equipe do Grupo de Investigação em Geografia da Saúde: à Cláudia Costa, à Adriana Loureiro, à Ângela Freitas e ao Ricardo Almendra, pelo apoio na atualização dos indicadores, trabalho penoso mas crucial para a elaboração deste texto.

Em terceiro lugar, agradeço ao Artur Vaz e à Helena Peixoto que contribuíram, decisivamente, com a sua paciência e atenção aos detalhes, para minorar as muitas gralhas que a primeira versão apresentava. Uma segunda leitura foi efetuada pela Graça Pericão, minha colega da Universidade de Coimbra que, com a sua generosidade e experiência, contribuiu para o produto final.

Um Prefácio é uma chave para a leitura de qualquer obra. Estou muito grata ao João Ferrão por ter aceitado esta tarefa e contribuído, de forma tão inteligente, para esse propósito.

À Inês Valente devo a formatação e o design gráfico do livro. A prontidão com que sempre respondeu aos sucessivos pedidos de alteração e reformatação demonstram o seu profissionalismo e dedicação.

Um último agradecimento, extensivo ao Centro de Estudos Geográficos e Ordenamento do Território, pelo apoio financeiro, e à Imprensa da Universidade de Coimbra, nas pessoas de Delfim Leão, Maria João Castro Padez, António Barros, Mickael Silva e Lúcia Queiroz, por terem tornado possível a publicação deste texto. Sem dúvida, que a todos fico a dever a tempestividade desta publicação.

(Página deixada propositadamente em branco)

PREFÁCIO

JOÃO FERRÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Um manual com uma causa: eis o primeiro traço distintivo, particularmente bem-vindo, deste livro. Nas universidades portuguesas não existe a tradição de publicar manuais nos vários domínios disciplinares. Entre as velhas “sebentas” e a atual dispersão por múltiplos artigos e livros especializados ou de natureza temática e monográfica, há um espaço por ocupar, decisivo para consolidar uma visão abrangente e de síntese em domínios particulares do saber. Um manual lê-se por gosto ou necessidade, como qualquer outro livro. Mas também se consulta: é um companheiro a quem recorreremos regularmente para esclarecer conceitos, clarificar ideias, tomar decisões informadas. Um bom manual devolve-nos de forma organizada conhecimentos que se encontram dispersos por diversas fontes e autores. No limite, um bom manual consolida escolas de pensamento, cimenta domínios disciplinares, afirma áreas científicas emergentes. É por isso que estamos perante um manual com uma causa: para além de sistematizar os resultados de processos anteriores de investigação, a autora ambiciona contribuir para a autonomia, visibilidade e reconhecimento da Geografia da Saúde como domínio com valor concetual, analítico e propositivo próprio. A existência de um manual – de um bom manual – de Geografia da Saúde prestigia quem trabalha nesse domínio, anima outros a fazê-lo e influencia especialistas que, tendo outras formações, aqui encontram uma fonte adicional de enriquecimento intelectual para o seu trabalho.

O segundo traço distintivo desta obra, deste manual com uma causa, é a sua natureza transgressora em relação a delimitações artificiais. Na verdade, este domínio da Geografia não tem, como outros, uma base setorial. Pelo contrário, a sua natureza integradora, envolvendo aspetos biofísicos, demográficos, culturais, sociais, económicos, institucionais e políticos, não é compatível com o conforto das fronteiras convencionais entre distintas disciplinas, diferentes áreas do saber ou diversas políticas públicas. A articulação de conceitos de proveniência plural e a busca permanente de nexos de causalidade, necessariamente contingentes e dinâmicos, a partir de análises e modelos multidimensionais, tornam-se uma inevitabilidade. Pelo tema, mas também pela perspetiva adotada, a Geografia da Saúde que aqui nos é proposta desafia-nos para uma tarefa exigente, simultaneamente eclética e focalizada, de abertura e diálogo interdisciplinar, de trabalho desenvolvido no âmbito de equipas multidisciplinares.

O terceiro traço distintivo deste livro é a sua oportunidade. Talvez como poucos, o domínio da saúde convoca de forma exemplar muitas das tensões que caracterizam

as sociedades contemporâneas. A saúde e o bem-estar ganharam nas últimas décadas um valor social, econômico e simbólico particularmente relevante, constituindo, talvez, o melhor reflexo de uma nova geração de expectativas, necessidades e direitos das sociedades contemporâneas. Esta centralidade contrasta, no entanto, com múltiplas situações e contradições, do agravamento das desigualdades sociais face à morte, à doença e à saúde ao crescente envelhecimento demográfico, à crise de financiamento dos sistemas de saúde, à retração da prestação pública de cuidados de saúde às populações ou ao ressurgimento de padrões de morbidade que pensávamos definitivamente ultrapassados. As expectativas criadas em torno da saúde e do bem-estar como grande desígnio do desenvolvimento das sociedades parecem, afinal, ser proporcionais aos obstáculos que se levantam à concretização dessa ambição. O olhar da Geografia da Saúde - centrado na compreensão dos contextos territoriais como condicionante e refletor de dinâmicas individuais, sociais e políticas que influenciam a qualidade da saúde das populações - procura concorrer para desvendar as causas desses obstáculos, identificar a melhor forma de os remover e propor princípios, critérios e ações que promovam mais saúde, bem-estar e desenvolvimento para todos.

A dimensão comparada presente em diversos capítulos é o quarto traço distintivo do livro. Esta componente é habilmente introduzida pela autora, ocupando o espaço, que não raro fica por preencher, entre conceitos, teorias e modelos de natureza genérica, por um lado, e estudos de caso de âmbito inevitavelmente particular, pelo outro. A comparação, por exemplo, de dados estatísticos ou sistemas de saúde de vários países permite reforçar a nossa capacidade analítica e dar visibilidade ao leque de opções atualmente existentes.

Um manual de qualidade depende, igualmente, de aspetos formais. Uma boa organização das diversas matérias, uma exposição clara dos conteúdos, uma ilustração eficaz de ideias (através de esquemas) e de situações (gráficos e mapas), uma bibliografia de referência extensa e diversificada, contribuem para que o livro comunique bem, aumentando, desta forma, o seu impacto efetivo. Esta é, também, uma característica desta obra.

Resta dizer que um bom manual acompanha a evolução das ideias e das situações. Não é, portanto, prematuro ou descabido apelar desde já à sua futura atualização. As próximas edições deverão incluir novos temas, incorporar situações entretanto ocorridas, complementar e aprofundar alguns dos aspetos presentes na atual versão. Um bom manual, voltado para o futuro e que visa contribuir para a consolidação e o reconhecimento de um domínio emergente, tem de ser dinâmico. A relação entre alterações climáticas, ondas de calor e vulnerabilidade dos grupos mais idosos residentes nos centros das cidades ou a reorganização territorial dos serviços de prestação de cuidados de saúde à população ilustram dois exemplos, entre muitos

outros possíveis, de aspetos que uma nova edição deste manual de Geografia da Saúde não deixará certamente de contemplar, prosseguindo a sua missão de afirmar nos espaços académico e público um tema e uma perspetiva cruciais para o desenvolvimento individual e coletivo, mas também para a eficiência e equidade dos sistemas e serviços de saúde. Fazendo um paralelismo com a expressão, utilizada neste livro, de morte “evitável”, podemos afirmar que a leitura atenta deste manual de Geografia da Saúde permite compreender melhor como combater formas de mal-estar e subdesenvolvimento “evitáveis” a partir de uma leitura territorializada do domínio da saúde. Cabe, agora, aos leitores responder ao repto lançado pela autora.

João Ferrão, 15 de janeiro de 2014

(Página deixada propositadamente em branco)

SUMÁRIO

PREFÁCIO	iii
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
Bibliografia Geral	7
CAPÍTULO I - OBJETO E MÉTODOS EM GEOGRAFIA DA SAÚDE	11
1. OBJETO E MÉTODOS EM GEOGRAFIA DA SAÚDE	13
1.1 Da Geografia Médica à Geografia da Saúde	17
1.1.1 A Geografia Médica	17
1.1.2 Geografia da Saúde e dos Cuidados de Saúde	19
1.2 A Geografia da Saúde (ou Geografia Médica) em vários países do Mundo	20
2. CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM GEOGRAFIA DA SAÚDE	22
2.1 Saúde e doença	22
2.2 Epidemiologia, transição epidemiológica, modelo ecológico, agente e fatores hospedeiros	22
2.3 Serviços de Saúde	23
2.4 Níveis de prevenção	23
2.5 Taxas de incidência e de prevalência	23
2.6 Causalidade inversa, Bem Público, Capital Social	23
2.7 Externalidades	24
2.8 Nível de saúde e nível sanitário	24
2.9 Acessibilidade e Utilização	24
2.10 Equidade	24
2.11 Efetividade, Eficácia, Eficiência	25
2.12 Inputs, Outputs, Outcomes	25
2.13 Sistemas de Saúde	25
2.14 Seguro doença	25
2.15 Medicometria	25

3. OS INDICADORES DE SAÚDE	26
3.1 Os indicadores como instrumento de medida em saúde	26
3.2 Virtudes dos indicadores	28
3.3 Constrangimentos dos indicadores	28
Bibliografia Específica	30
CAPÍTULO II - SAÚDE, BEM-ESTAR E DESENVOLVIMENTO	35
1. DESIGUALDADES EM SAÚDE	37
1.1 A crise da saúde e sua relação com o desenvolvimento	39
1.2 Considerações demográficas: distribuição da população no mundo	40
1.3 Considerações demográficas: população urbana	41
1.4 Considerações sociais e económicas e de acesso aos cuidados de saúde	43
1.5 Variação territorial nos principais indicadores de saúde	49
2. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	54
2.1 Das doenças infecciosas às doenças crónicas e causas externas	55
2.2 Fatores explicativos na base da alteração dos padrões de mortalidade	57
2.3 A nutrição como determinante da saúde	59
2.4 As perturbações mentais como determinante de morbilidade e mortalidade	60
3. OS CONCEITOS DE BEM-ESTAR E DE QUALIDADE DE VIDA E A SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE	61
4. DESENVOLVIMENTO HUMANO E SAÚDE	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
Bibliografia Específica	70
CAPÍTULO III - VARIAÇÕES EM SAÚDE	75
1. DETERMINANTES EM SAÚDE	77
2. NEXOS DE CAUSALIDADE: O PAPEL DA COMPOSIÇÃO	79
2.1 As explicações com base nas características imutáveis dos indivíduos	79
2.2 As explicações com base nas características mutáveis dos indivíduos	79

3. NEXOS DE CAUSALIDADE:	
O PAPEL DO TEMPO	80
4. NEXOS DE CAUSALIDADE: O PAPEL DO LUGAR	81
4.1 Aspetos metodológicos	81
4.2 Explicações das variações em saúde com base nas características da comunidade	81
5. ESTRATIFICAÇÃO SOCIOECONÓMICA E VARIAÇÕES EM SAÚDE	87
6. SAÚDE URBANA E POLÍTICAS PÚBLICAS	90
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
Bibliografia Específica	96
CAPÍTULO IV - ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	103
1. NECESSIDADES EM SAÚDE	105
2. ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE: UM CONCEITO MULTIDIMENSIONAL	105
3. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	108
3.1 Barreiras ao acesso e utilização	109
3.2 Características de atratividade dos cuidados de saúde	110
4. IGUALDADES E DESIGUALDADES NA OFERTA E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	111
4.1 O direito à saúde e à equidade no acesso aos cuidados de saúde	111
4.2 A perspetiva territorial na utilização dos cuidados de saúde	113
5. MODELOS DE UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	114
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
Bibliografia Específica	124

CAPÍTULO V - GEOGRAFIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE: COMPARAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	129
1. A ESTRUTURA ESPACIAL E ORGANIZACIONAL DA OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	131
1.1 Os modelos organizativos dos sistemas de saúde	131
1.2 Evolução dos sistemas de saúde	131
1.3 Tipos de sistemas de saúde	132
1.4 Características dos sistemas de saúde	133
1.5 Prestação de cuidados tradicionais e a sua integração nos sistemas de saúde nacionais	135
1.6 Relação entre o sistema tradicional e o sistema moderno; conexões entre os cuidados de saúde, objetivos sociais e ordem social	136
2. PRINCIPAIS REFORMAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE	137
3. CUIDADOS DE SAÚDE NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	139
4. SISTEMAS DE SAÚDE NA EUROPA	
- Estudo comparativo em 15 países	142
4.1 Sistemas de saúde de acordo com os sistemas de financiamento de cuidados	142
4.2 Análise de indicadores de saúde	144
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
Bibliografia Específica	152
CAPÍTULO VI - POLÍTICA E PLANEAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS	155
1. APRESENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	157
1.1 Evolução do Sistema de Saúde Português	157
1.2 Funcionamento do sistema de saúde português e a equidade no acesso	161
2. SITUAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL (Evolução nos últimos 30 anos)	164
2.1 Indicadores demográficos	164
2.2 Indicadores sanitários	165

2.3 Principais causas de morte	168
2.4 Principais morbilidades	174
2.5 Análise regional dos resultados em saúde	175
2.6 Recursos humanos no Serviço Nacional de Saúde	178
2.7 Recursos materiais no Serviço Nacional de Saúde	180
3. O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E O ACESSO À SAÚDE E AOS CUIDADOS DE SAÚDE: SÍNTESE	185
3.1 Recursos humanos no sector da saúde	185
3.2 Principais indicadores de utilização	185
3.3 Ganhos em saúde	186
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
Bibliografia Específica	189

(Página deixada propositadamente em branco)

A Geografia da Saúde ou Geografia Médica, designação pela qual primeiramente foi conhecida, nunca foi tão abrangente e diversa no seu objeto como o é hoje.

Os primeiros trabalhos de Geógrafos datam das primeiras décadas do século XX, e desenvolvem-se em torno das questões da ecologia da doença e da difusão espacial das doenças. A espacialização dos fatores de risco efetua-se a duas escalas: à escala geral, que procura a extensão dos fenómenos à superfície da Terra; à escala regional, ou seja, cada região é caracterizada pela associação das endemias ou das epidemias com outros aspetos geográficos, físicos, biológicos e humanos.

A Geografia da Saúde hoje trata, fundamentalmente, questões relativas a desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde (30% dos artigos publicados por Geógrafos na Revista Social Science and Medicine e Health and Place nos últimos 15 anos são relativos às desigualdades em saúde), à reemergência das doenças infecciosas, às políticas de saúde, ao envelhecimento e aumento da utilização dos cuidados de saúde ou, ainda, às consequências da pobreza e da exclusão na saúde e as políticas de saúde pública consequentes.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A importância e a afirmação da Geografia da Saúde, ou Geografia Médica, (dependendo das Escolas) foi reconhecida e institucionalizada em Washington, em 1992. Antes desse ano merecem destaque, como marcos importantes, os Congressos da União Geográfica Internacional de 1968, 1966 e 1949, que decorreram, respetivamente, em Nova Deli, Moscovo e Lisboa. Na sequência deste último congresso Jacques May, Maximillien Sorre e Arthur Geddes fundaram a Comissão da Geografia Médica, em 1949, integrada na União Geográfica Internacional.

Para além deste facto, uma nova era de motivadores e originais interesses foi inaugurada com a publicação das revistas *Social Science and Medicine* e *Health and Place*, onde o contributo dos geógrafos é de grande relevância. Preocupações antigas e mais recentes devidas, sobretudo, à pressão da urgente necessidade do planeamento dos serviços de saúde, têm inspirado alguma reflexão e debate acerca de questões como a distribuição e difusão de doenças, a localização de equipamentos públicos, as áreas de influência dos serviços públicos, as determinantes do estado de saúde da população, o conflito entre os setores público e privado, o controlo das despesas com a saúde, por exemplo. Estes temas são tratados por geógrafos, individualmente ou em grupo, em vários países da Europa, da América do Norte e, mais recentemente, na América Central e do Sul, Oceânia, Japão e China.

Apesar da importância que a Geografia da Saúde tem vindo a assumir desde a segunda metade do século XX – com destaque para o período que se segue aos anos setenta –, principalmente nas escolas Anglo Saxónicas, mas também em França, na Alemanha ou na Rússia, a Geografia portuguesa ainda não atribui a importância merecida ao conhecimento e à compreensão das inter-relações entre os aspetos geográficos e os diferentes fenómenos centrados em torno da saúde da população. Este movimento deveria constituir um objetivo comum dentro da Geografia que passasse pelo fortalecimento dos seus horizontes conceptuais.

Em Portugal, os progressos dos últimos anos na investigação e no ensino da Geografia da Saúde ainda não encontraram eco e a reflexão, sobre o seu campo de análise nos cursos universitários, é recente. Apenas depois dos anos 70 são conhecidos estudos nesta área. O primeiro é de autoria de Emília Arroz, em 1977, relativo à difusão espacial da hepatite infecciosa, embora trabalhos anteriores de Amorim Girão sugiram já este ramo da Geografia. Em 1986 é publicado, no IV Colóquio Ibérico de Geografia, um texto sobre aspetos da Geografia da Saúde em Portugal. José Simões refere-se ao estudo dos *Equipamentos coletivos em geral: sua função nos processos de crescimento e desenvolvimento e sua acessibilidade geográfica e social*. Em 1989, no âmbito do VI Encontro Nacional de Clínica Geral, Paula Santana integrou a mesa

redonda subordinada ao tema *Acessibilidade ao Médico de Família - Gestão de uma lista de utentes*. Alguns anos mais tarde, são defendidas as primeiras teses de doutoramento: em 1989, na Universidade de Lisboa e, em 1993, na Universidade de Coimbra, respetivamente por José Simões e Paula Santana. Anos mais tarde, Paula Remoaldo (1999), Paulo Nossa (2005) e Helena Nogueira (2007) apresentam teses de doutoramento na área da Geografia da Saúde, os primeiros na Universidade de Minho e a última na Universidade de Coimbra.

Apesar do atraso que se verifica em Portugal, a Geografia da Saúde é uma área científica que tem vindo a desenvolver-se e os resultados são já visíveis. Nos últimos dez anos verificou-se o crescimento da investigação e da docência. No entanto, é desejável reclamar-se para a Geografia da Saúde um maior reconhecimento e autonomia. À semelhança do que tem vindo a acontecer com outras ciências sociais, depois de quase trinta anos de investigação, é altura da Geografia reforçar o reconhecimento de que a saúde é um objeto de estudo fecundo e de grande atualidade.

Porque o campo da saúde oferece ao geógrafo a oportunidade de analisar a sociedade de forma real, debruçando-se sobre as desigualdades perante a morte, a doença e a saúde, articulando factos naturais e factos sociais, considerou-se, em 1995, como estratégico, para o crescimento da própria Geografia, a integração da Geografia da Saúde no elenco opcional do curso de Geografia da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Nesse ano, o curso de Geografia iniciava o novo plano curricular, com duas novas variantes: Geografia do Ambiente e Geografia do Planeamento e Ordenamento do Território. Passados quase vinte anos, em 2014, a Geografia da Saúde passa a ser disciplina obrigatória no novo plano curricular do curso de Geografia (área de pré-especialização em Geografia Humana).

Outras universidades seguiram este exemplo: em 1997 surge, como cadeira opcional, no curriculum de Geografia da Universidade de Lisboa (Faculdade de Letras) com a designação de Geografia e Planeamento da Saúde e, em 1998, no curriculum do curso de Geografia e Planeamento da Universidade do Minho, é lecionada pela primeira vez a disciplina de Geografia da Saúde (cadeira opcional).

Tem vindo a aumentar, também nos últimos anos, a introdução de referências a problemas relativos à associação homem, ambiente e doença ou, ainda, aos fenómenos da urbanização, saúde e bem-estar nos programas do ensino secundário.

À medida que os resultados da investigação são tornados públicos, e com a apresentação de cada vez mais teses de mestrado e de doutoramento, a Geografia da Saúde é chamada igualmente a participar em áreas onde o seu contributo se torna cada vez mais fecundo, como a epidemiologia, a saúde pública e o planeamento da saúde, à semelhança do que acontece, há já várias décadas, nos países da Europa do Centro e do Norte, América do Norte e do Sul, Austrália, Nova Zelândia, Japão e China. Destaque para a projeção da Geografia da Saúde em alguns países

da América Latina, com referência para o Brasil, onde a Geografia da Saúde se encontra desenvolvida, principalmente pelo contributo dos trabalhos que relacionam as condições socioeconómicas e ambientais com a saúde da população. Neste campo distinguem-se alguns países: o Brasil, com Christovam Barcellos, Helena Ribeiro (1ª tese de doutoramento em Geografia da Saúde, em 1988), Lígia Barroso, Raul Guimarães e Samuel Lima; o México (Universidade Nacional Autónoma do México), com destaque para os trabalhos desenvolvidos por Juárez (2010), relativos à análise de padrões de mortalidade, e de Dantés, e outros (2011), sobre o sistema de saúde e os padrões de mortalidade; a Argentina, principalmente o contributo de Pickenhayn e sua equipa em vários temas da geografia da saúde, investigando os padrões de mortalidade, os serviços de saúde, o impacto do meio ambiente na saúde, por exemplo.

O carácter transdisciplinar atribuí à Geografia da Saúde, por um lado, atualidade no quadro da investigação científica e, por outro lado, dá-lhe qualidade para se tornar cada vez mais uma disciplina fundamental na Geografia atual e futura. De facto, a Geografia da Saúde constitui-se como uma área de sínteses proveitosas e aí reside grande parte da sua força e importância no atual contexto da Geografia, contrariando a tendência decorrente da crescente especialização, que constitui uma ameaça à integridade e ao futuro da Geografia, pelo risco da sua fragmentação (Santana, 2005).

O objetivo geral da Geografia da Saúde, em síntese, é proporcionar conhecimentos que sirvam para entender as relações que se estabelecem entre as condicionantes da saúde e os resultados efetivos na saúde, bem-estar e desenvolvimento dos territórios.

Para atingir esse objetivo a *Introdução à Geografia da Saúde* divide-se em duas partes:

1. O papel da Geografia na interpretação e explicação das desigualdades na saúde e na doença:

- ▶ Objeto e conceitos em Geografia da Saúde;
- ▶ Saúde e desenvolvimento: padrões de distribuição no território e no tempo;
- ▶ Variações em saúde.

2. Análise da dimensão geográfica relativa aos resultados em saúde tendo em conta a organização dos cuidados de saúde:

- ▶ Acessibilidade e utilização dos cuidados de saúde;
- ▶ Geografias dos cuidados de saúde e dos resultados em saúde: sistemas de saúde;
- ▶ O Sistema da Saúde Português.

A primeira parte é composta por três capítulos. O **primeiro capítulo** apresenta alguns conceitos essenciais para a compreensão dos conteúdos tratados na Geografia da Saúde. Em seguida, são apresentadas as questões etimológicas e semânticas que estão ligadas quer à Geografia Médica quer à Geografia da Saúde. Importa conhecer os temas que marcam a Geografia da Saúde em alguns países do Mundo. São apresentadas (**capítulo II**) as desigualdades em saúde, considerando padrões demográficos e socioeconómicos, os modelos da transição epidemiológica do mundo, as alterações nos padrões de morbilidade e o conseqüente surgimento de novas doenças e causas de morte. É colocada em destaque a relação entre saúde, bem-estar e desenvolvimento. As variações em saúde (**capítulo III**) são apresentadas tendo em conta aspetos geográficos, sociais e económicos. De facto, a saúde é o resultado quer de circunstâncias individuais (composição) quer das relativas à comunidade em que se insere (contexto) e, fundamentalmente, da interdependência entre elas. Neste capítulo é dado destaque à saúde urbana e ao papel da qualidade das políticas públicas nos ganhos em saúde.

A segunda parte compreende a apresentação da estrutura territorial e organizacional da oferta e acesso dos cuidados de saúde, em três capítulos. É dada especial atenção (**capítulo IV**) à acessibilidade e utilização dos cuidados de saúde, privilegiando a equidade na oferta e na procura dos cuidados de saúde. As atitudes e comportamento dos consumidores revelam-se em padrões de utilização, que se alteram em função de determinantes sociais e económicas que variam de acordo com o território e o tempo. São apresentadas algumas variáveis que influenciam a utilização; umas relativas às características dos utilizadores (*e.g.*, género, idade, rendimento), outras, à organização dos serviços (*e.g.*, tipo de serviço, qualidade das instalações, sistema de referência) ou, ainda, relativas à comunidade e às políticas do governo (*e.g.*, descentralização da saúde, educação).

No capítulo seguinte (**capítulo V**) são analisados os sistemas de saúde: variações geográficas, considerações culturais, acessibilidade, integração das práticas tradicionais nos sistemas modernos, por exemplo. As tendências na oferta de cuidados de saúde são também objeto de reflexão. São exemplificados os sistemas de saúde em alguns países da Europa.

O Sistema de Saúde Português (**capítulo VI**) é apresentado apenas com um carácter introdutório às necessidades em saúde em Portugal. Depois de uma introdução à evolução e às características do sistema de saúde português, estigmas e limitações relativas à produção dos cuidados de saúde, são analisados os indicadores relativos aos *inputs* produtivos e aos *outcomes* (resultados), para além da utilização dos cuidados.

Bibliografia Geral

Referências bibliográficas de carácter essencial para a compreensão das temáticas a desenvolver na Geografia da Saúde. Alguns livros foram organizados por geógrafos, outros são contributos de investigadores que ajudarão à compreensão das várias questões.

Livros

- Bailly, A. e Périat, M. (1995). *Médecimétrie: une nouvelle approche de la santé*. Paris, Económica.
- Barcellos, C. (org.) (2008). *A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde*, Rio de Janeiro, Abrasco.
- Barret, F. (2000). *Geography. The History of an Idea*, Toronto, Becker Associates.
- CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*, Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (coord. Marmot, M.), Portugal, Organização Mundial da Saúde.
- Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. e Frenk, J. (2011). *Sistema de salud de México. Salud Pública de México*, 53(2),220-232.
- Ferreira, G. (1988). *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gatrell, A (2002). *Geographies of Health: an introduction*, Londres, Blackwell Publishers Ltd.
- Gesler, W. e Kearns, R. (2002). *Culture/ Place/ Health*. Londres, Routledge.
- Giraldes, M.R. (1996). *Desigualdades socioeconómicas e seu impacto na saúde*, Lisboa, Estampa.
- Gould, P. (1993). *The slow Plague: a Geography of the AIDS Pandemic*, Londres, Blackwell.
- Graham H. (ed.) (2000). *Understanding Health Inequalities*, Buckingham, Open University Press
- Howe, G.M. (1977). *A World Geography of Human Diseases*, Londres, Academic Press.
- Hunter, J. (1974). *The Geography of Health and Disease*, Londres, Academic Press.
- Johnston, R.J. e Knox, P.L. (1977). *Geography and Inequality*, Oxford, Oxford University Press.
- Jones, K. e Moon, G. (1987). *Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Geography*, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- Joseph, A.E. e Phillips, D.R. (1984). *Accessibility & Utilization. Geographical Perspectives on Health Care Delivery*, Nova Iorque, Harper & Row.
- Juárez, M., Rosales, E., Jaimes, B. e Castañeda, G. (2010). *Observatory on Health Geography Mexico State: Mortality 2010*, International Journal of Humanities and Social Science, 2 (22), 220-230.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives*. Londres, The Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010.
- Nogueira, H. (2007). *Os Lugares e a Saúde*, tese de doutoramento em Geografia (Geografia Humana) apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

- Nossa, P. (2005). *Abordagem Geográfica da Oferta/Procura de Cuidados de Saúde, o caso da SIDA*, tese de doutoramento em Geografia (Geografia Humana) apresentada à Universidade do Minho.
- WHO – World Health Organization (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report* (coord. Marmot, M.), Organização Mundial de Saúde, Gabinete Regional para a Europa.
- Pacione M. (ed.) (1986). *Medical Geography: Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm.
- Pereira, J., Giraldes, M.R. e Campos, A.C. (1991). *Desigualdade e Saúde em Portugal*, Lisboa, Inst. Est. Desenvolvimento.
- Picheral, H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, Montpellier, Université Montpellier III.
- Phillips, D.R. (1981). *Contemporary Issues in the Geography of Health Care*. Norwich, Geo Abstracts Ltd.
- Phillips, D.R. e Learmonth, A. (1982). *Access to Primary Health Care*, Londres, Open University.
- Phillips, D.R. e Verhasselt. Y. (ed.) (1994). *Health and Development*, Londres, Routledge.
- Pyle, G.F. (1980). *New Directions in Medical Geography*. Oxford, Pergamon Press
- Pyle, G.F. (1985). *The Diffusion of Influenza: Patterns and Paradigms*, Nova Jersey, Rowman and Littlefield.
- Remoaldo, P. (1999). *Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal*, tese de doutoramento em Geografia (Geografia Humana) apresentada à Universidade do Minho.
- Santana, P. (1993). *Acessibilidade e Utilização dos serviços de saúde. Ensaio metodológico em Geografia da Saúde*, tese de doutoramento em Geografia (Geografia Humana) apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
- Santana, P. (1996). Utilização dos Cuidados Hospitalares – Uma Abordagem da Geografia da Saúde, *As Reformas dos Sistemas de Saúde*, Coord. A. Vaz, C. Pinto, F. Ramos e J. Pereira, APES, Lisboa, 182-208.
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*, Almedina, Coimbra.
- Santana, P. (1999a). *A geografia das desigualdades regionais em saúde e estado de saúde*, capítulo do livro *Desigualdades em Saúde* (org. Pedro Pita Barros e Jorge Simões), Associação Portuguesa de Economia da saúde, Principia, Lisboa, 179-205.
- Santana, P. (2007). *A Cidade e a Saúde*, Coimbra, Almedina.
- Shannon, G.W. e Dever, G.E.A. (1974). *Health Care Delivery: Spatial Perspectives*, Nova Iorque, Mcgraw-hill Book Comp.
- Simões, J.M. (1989). *Saúde: O Território e as Desigualdades, (policopiado) Lisboa, CEG, Universidade de Lisboa*, tese de doutoramento em Geografia (Geografia Humana) apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Trowell, H.C. e Burkitt, D.P. (eds) (1981). *Western Diseases: their Emergence e Prevention*, Londres, Edward Arnold.
- Whitehead M. (ed.) (1988). *Inequalities in Health*, Suffolk, Penguin Books Ltd.
- Wilkinson R. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*, Londres, Routledge.

Revistas

- Diez- Roux, A., Merkin, S., Arnett, D., Chambless, L., Massing, M., Nieto, F., Sorlie, P., Szklo, M., Tyroler, H. e Watson, R. (2001). Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease, *New England Journal of Medicine*, 345(2), 99-106.
- Gatrell, A. (1998). Structure of geographical and social space and their consequences for human health, *Geografiska Annaler*, 79(3), 141-154.
- Gotsens, M., Mari-Dell'Olmo, M., Pérez, K., Laia, P., Martinez-Beneito, M-A., Rodríguez-Sanz, M., Burström, B., Costa, G., Deboosere, P., Domínguez-Berjón, F., Dzúrová, D., Gandarillas, A., Hoffman, R., Kovacs, K., Marinacci, C., Martikainen, P., Pikhart, H., Rosicova, K., Saez, M., Santana, P., Riegelnic, J., Schwierz, C., Tarkiainen, L. e Borrell, C. (2013). Socioeconomic inequalities in injury mortality in small areas of 15 European cities, *Health & Place*, 24, 165-172.
- Jones, K., Gould, M. e Duncan. C (2000). Death and deprivation: an exploratory analysis of death in the Health and Lifestyle survey, *Social Science and Medicine*, 50, 1059-1079.
- Le Grand, J. (1989). Equidade, Saúde e Cuidados de Saúde, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 5-15.
- Lewis, N.D. e Mayer, J.D. (1988). Disease as Natural Hazard, *Progress in Human Geography*, 12, 15-33.
- Macintyre, S., Ellaway, A. e Cummins, S. (2002). Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, operationalise and Measure Them?, *Social Science and Medicine*, 55, 125-139.
- Macintyre, S., Macdonald, L. e Ellaway, A. (2005). Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighborhood, of inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 60(2), 313-317.
- Macintyre, S. (2012). Evidence in the development of health policy. *Public Health*, 126(3), 217-219.
- Mackenbach, J.P, Cavelaars, A. E. e Kunst, A. (1997). Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe, *Lancet*, 350, 517.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, Ö., Valkonen, T. e Kunst, A. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *International Journal of Epidemiology*, 32(5), 830-837.
- Mackenbach, J. P. e Looman, C. (2013). Life expectancy and national income in Europe, 1900-2008: an update of Preston's analysis, *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 1100-10.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, S., Houweling, T. e Taylor, S. (2008). Close the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health, *Lancet*, 372(9650), 1661-1669.
- Mcleod, K. (2000). Our sense of Snow: the myth of John Snow in medical geography, *Social Science and Medicine*, 50, 923-935.
- Picheral, H. (1982). Geographie Medicale, Geographie des Maladies, Geographie de la Sante, *L'Espace Geographique*, 11, 161-175.
- Santana, P. (2000a). Ageing in Portugal: regional iniquities in health and health care, *Social Science and Medicine*, 50, 1025-1036.
- Santana, P. (2002). Poverty, Social Exclusion and Health, *Social Science and Medicine*, 55(1) 33-45.

Santana, P. (2004). O estado de saúde dos portugueses. Uma perspetiva espacial, *Revista de Estudos de Estudos Demográficos*, Instituto Nacional de Estatística, INE, Portugal, 32, 5-28.

Santana, P. e Nogueira, H. (2005). AIDS/HIV mortality in Portugal in 90's, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 57-68.

Santana, P., Santos, R. e Nogueira, H. (2009). The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Social Science and Medicine*, 68(4), 601-609.

Santana, P., Costa, C., Santos, R. e Loureiro, A. (2010). O papel dos Espaços Verdes Urbanos no bem-estar e saúde das populações, *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 5-33.

Vasconcelos, J., Freire, Almendra, R. e Santana, P. (2013). The impact of winter cold weather on acute myocardial infarctions in Portugal, *Environmental Pollution*, 183, 14-18.

Whitehead M. e Dahlgren G. (1991). What can be done about inequalities in health?, *Lancet*, 338, 1059-1063.

I.

OBJETO E MÉTODOS
EM GEOGRAFIA
DA SAÚDE

Em países como o Reino Unido, Alemanha, França, Finlândia, Suíça, Portugal, Nova Zelândia, Estados Unidos da América, Canadá, Japão, China, México, Brasil e Argentina o contributo dos geógrafos na investigação científica em temas associados à saúde e ao bem-estar tem aumentado, verificando-se progressos assinaláveis nestas temáticas. É evidente que os diferentes países têm os seus próprios interesses, privilegiando áreas específicas de investigação dentro da Geografia da Saúde. No entanto, tem sido colocada ênfase nos aspetos relativos à distribuição das doenças, aos problemas regionais da saúde ligados ao planeamento, utilização ou localização dos serviços públicos e, muito recentemente, à privatização dos cuidados de saúde e às explicações das variações em saúde. Para além destes temas, existe uma área de interesse científico relacionada com os impactos ambientais e comportamentais no estudo das doenças, dominando o âmbito das pesquisas científicas, especialmente nos países da América Latina, de que são exemplo o Brasil, o México e a Argentina, e no Canadá, Reino Unido e na Alemanha.

Deve destacar-se, ainda, o contributo de profissionais de outras áreas do saber, (*e.g.*, epidemiologistas, economistas, sociólogos, demógrafos e médicos), que se auxiliam dos conceitos, métodos e técnicas que estão ligadas, desde a origem, ao campo da geografia, para espacializar e explicar as questões da saúde.

Nos objetivos deste capítulo enquadram-se as seguintes preocupações:

- ▶ Definir os conceitos, objetivos e metodologias da Geografia da Saúde;
- ▶ Fornecer uma visão genérica e compreensiva da Geografia da Saúde, ao mesmo tempo que se pretende sensibilizar os leitores para um setor socialmente tão significativo como a saúde;
- ▶ Abordar as principais questões conceptuais da Geografia da Saúde e a sua evolução (da Geografia Médica à Geografia da Saúde) como disciplina autónoma da Geografia;
- ▶ Comparar o *state of the art* em países com tradição na Geografia da Saúde.

1. OBJETO E MÉTODOS EM GEOGRAFIA DA SAÚDE

A Geografia da Saúde é uma área científica que integra temas da Geografia Física (e.g., Climatologia Regional e Local) e temas da Geografia Humana (e.g., Urbanização, Demografia e Ordenamento do Território), constituindo-se como uma área do saber de compreensão global, preocupada com os problemas atuais e a diferentes escalas, útil tanto para os futuros professores do ensino secundário como para os que irão integrar equipas pluridisciplinares nas áreas de Ambiente e Planeamento e Ordenamento do Território. Ou seja, a Geografia da Saúde ocupa uma posição nodal; é um espaço onde convergem ou se cruzam fenómenos naturais, socioeconómicos, culturais e comportamentais, de importância capital na explicação dos padrões de saúde e doença.

Apropriando-se de um processo evolutivo dos conceitos ao longo dos últimos 40 anos, o estudo territorial da saúde humana tem vindo a ser alargado. Inicialmente, aproveitando as frutuosas ligações e justaposições entre a geografia e a medicina (materializadas nas topografias médicas, no século XIX, da responsabilidade dos médicos), mais tarde estendendo-se a um vasto conjunto de fronteiras disciplinares (e.g., economia, sociologia, planeamento). Por isso, a própria designação sofreu alterações: a Geografia Médica passou a ser designada Geografia da Saúde, por melhor expressar quer a riqueza metodológica e de objetivos quer porque, de facto, se debruça mais sobre questões de saúde do que sobre questões meramente médicas. As preocupações revelam-se no domínio da vulnerabilidade aos efeitos das alterações climáticas, principalmente nos grupos mais idosos, no aumento dos tempos de deslocação casa/trabalho das populações, em mudanças de comportamentos e estilos de vida quer, ainda, no consumo de bens e serviços onde se incluem a procura de cuidados de saúde.

O surgimento de novas doenças, a inovação na prevenção e tratamento, o aumento da população das terceira e quarta idades exigindo novas abordagens e respostas, a falta de elasticidade da oferta de serviços de saúde, limitados pela escassez dos recursos disponíveis, estão fortemente associados quer às dramáticas alterações demográficas, ambientais e políticas das últimas décadas, quer à significativa evolução do setor da saúde. Esta rápida alteração de contextos, potenciada pelo eclodir esporádico, mas cada vez mais sistémico, de crises de natureza política e económica, exige o desenvolvimento e aplicação de novas metodologias, até agora ausentes do planeamento, organização e avaliação dos cuidados de saúde e dos resultados das suas intervenções.

A intervenção da Geografia da Saúde permite ler e interpretar os factos e, inclusive, estabelecer hipóteses explicativas e de ação sobre alguns dos problemas existentes, tendo por base uma matriz territorial.

Em síntese, o objetivo geral da Geografia da Saúde, é proporcionar conhecimentos que sirvam para compreender as relações que se estabelecem entre as condicionantes

da saúde, os resultados efetivos das políticas e da organização dos serviços na saúde das populações e as suas consequências no desenvolvimento do território.

O âmbito da Geografia da Saúde tem vindo a ser alargado e reforçado. Em 1981, David Phillips referia-se ao futuro da Geografia Saúde:

Na próxima década assistiremos à introdução de pragmatismo no planeamento e na investigação científica com o objetivo do desenvolvimento da saúde e dos cuidados de saúde e de bem-estar, incluindo a integração da medicina tradicional e tópicos relativamente novos, tais como a educação para a saúde – promoção da saúde, em que técnicas cartográficas e espaciais relativamente simples podem mostrar-se eficazes. (p.80)

Em 2000, Robert Earickson, afirmou:

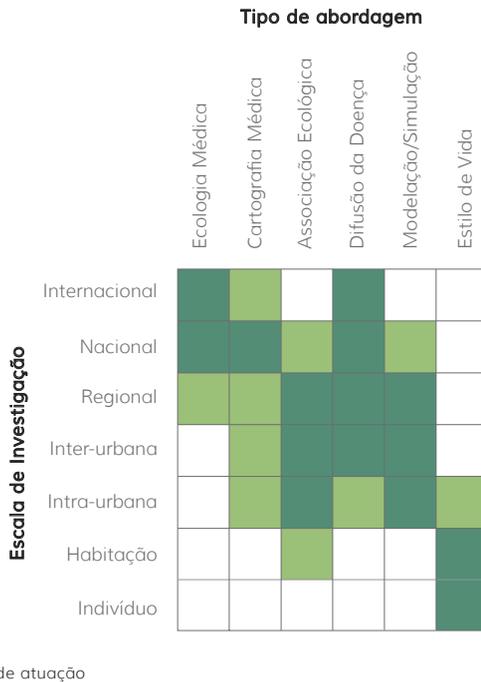
A Geografia Médica, como foi historicamente batizada, nunca foi tão diversa como o é hoje em dia (...). Os encontros internacionais recentes têm incluído uma injeção saudável da teoria “cultural” envolvendo problemas tais como o envelhecimento, patologias contagiosas e crónicas, assim como os que abrangem assuntos de política de saúde pública (p. 457).

Desde meados do século XIX até ao presente que se pode demonstrar, através de trabalhos de investigação fundamentalmente desenvolvidos por médicos, a utilidade da Geografia no estudo dos problemas da saúde e da doença e de acesso aos cuidados de saúde. Por exemplo, em 1850, John Snow usou o mapa dos casos de cólera em Londres para identificar o poço contaminado como fonte da epidemia. Mais tarde, Edward Jarvis (1866) verificou uma tendência consistente de diminuição da utilização *per capita* dos hospitais mentais com a distância. No livro *Health Care delivery: spatial perspectives* (1974), Gary Shannon e Alan Dever apresentam os resultados de um estudo que refere o efeito da distância (da residência ao local de prestação de cuidados), na frequência de consultas, práticas de referenciação, demora média no internamento e em outros aspetos dos cuidados de saúde. São, ainda, apresentadas técnicas de descrição e interpretação dos dados, como a teoria dos lugares centrais, os modelos da distância - diminuição da utilização e modelos gravitacionais.

No início do século XXI os problemas relativos à concentração da população em cidades cada vez maiores determinaram contrastes que espelham as diferenças sociais e económicas e que se revelam em maus resultados em saúde, cada vez mais difíceis de resolver. Isto é, a urbanização, a mobilidade das populações e o aumento da esperança de vida traduzem-se em novos problemas de saúde e no crescimento das populações mais velhas. Por exemplo, as doenças cardiovasculares, os tumores malignos e os acidentes de veículos a motor são hoje grande preocupação dos investigadores que analisam as mortes “evitáveis”. Estas patologias evidenciam padrões geográficos; ou seja, existe uma associação entre a ocorrência da doença e os fatores sociais, económicos e culturais do local onde os indivíduos passam a maior parte do seu tempo. Mas, em alguns países, a SIDA, a tuberculose, as doenças mentais e o suicídio, por exemplo, merecem também especial atenção. Ao geógrafo

cabe uma parte importante da tentativa de conhecimento e resolução desses problemas. O seu contributo revela-se na utilização de diferentes escalas e na associação entre fatores ambientais, comportamentais e sociais e os resultados em saúde.

Por outro lado, preocupações com a rentabilização dos recursos médicos, cada vez mais caros e mais utilizados, obrigam ao estabelecimento de novas estratégias, para além das já ensaiadas (no âmbito da Economia ou da Administração, por exemplo). Também nesta área a contribuição do geógrafo é fundamental, por exemplo na determinação da localização ou desafetação de serviços de saúde. Para isso, as noções de distância (nas suas várias componentes), através da abordagem geográfica, devem ser reforçadas. Assim, o território é a componente fundamental da disciplina de Geografia da Saúde. O território (contexto) é, simultaneamente, uma causa e um efeito dos problemas de saúde. Acrescentam-se-lhe fatores como a composição socioeconómica, a etnia e o género, com impacto no acesso à saúde e aos cuidados de saúde. A investigação científica (e consequentemente o ensino) no âmbito da Geografia da Saúde tem vindo a ganhar cada vez mais espaço e pertinência, mas este trabalho, em Portugal, está ainda no início. É necessário maior envolvimento dos geógrafos em estudos à escala local



Fonte: Adaptado de Pyle (1977: 679).

Figura 1.1 Abordagens à Geografia da Saúde, tendo em conta a escala de análise.

(relativos a grupos mais vulneráveis ao acesso à saúde e aos cuidados de saúde, incluindo os mais idosos, e os imigrantes, por exemplo), à escala regional (avaliação das necessidades em saúde, planeamento e implementação de unidades de saúde) e à escala nacional (impacto de todas as políticas nos resultados em saúde, das reformas dos sistemas de saúde na equidade em saúde e dos cuidados de saúde, por exemplo), interligando os diferentes níveis (análise de multi-nível).

Até 1995, a disciplina de Geografia da Saúde não fazia parte dos *currícula* do ensino superior em Portugal, como foi referido anteriormente, sendo apenas referidos alguns tópicos relativos à problemática da saúde (ou da doença) em cadeiras como a Geografia da População, Geografia Social, Geografia Económica, Geografia Urbana, Planeamento Regional e Local ou, ainda, na Climatologia. A perspetiva espacial de muitos dos problemas atuais, que são vividos pela sociedade Portuguesa e por outras sociedades, não é certamente uma panaceia, mas tem sido reconhecida a necessidade crescente de uma melhor compreensão destes problemas, sendo alguns investigadores convidados a participar na sua resolução. A Geografia da Saúde é uma das áreas dentro da Geografia onde a contribuição em contexto de equipas multidisciplinares pode vir a ser mais profícua. Refira-se, por exemplo, a relevância do conhecimento do impacto dos fatores geográficos na acessibilidade aos cuidados de saúde, na necessidade de reajustar a oferta às políticas de planeamento ou, ainda, a importância do contexto – o papel do Lugar – na saúde da população.

Depois do que foi dito, o âmbito da Geografia da Saúde poderá parecer demasiado abrangente. Pelo contrário, deseja-se que a Geografia da Saúde não seja uma área científica de generalidades mas que se constitua como um lugar de reflexão sobre problemas quer no domínio da Geografia Física quer no domínio da Geografia Humana. Assim, a Geografia da Saúde pode ser simultaneamente abrangente – potenciada pela interdisciplinaridade geográfica e científica mais vasta – e focalizada sobre determinados aspetos resultantes da aliança entre o território (espaço, sociedade, cultura) e o tempo.

Ao nível internacional, a disciplina aparece com um carácter híbrido, resultante de duas tradições (Geografia Médica e Geografia da Saúde).

Inicialmente, a Geografia Médica surge associada ao estudo de doenças, e é materializada em mapas de difusão. A sua idade de ouro, fundamentalmente o século XIX e as primeiras décadas do século XX, é marcada pelo vasto conjunto de topografias médicas, maioritariamente executadas por médicos, mas que tinham um forte contributo da Geografia.

A partir dos anos 80, a investigação desenvolve-se em torno da problemática da localização e uso dos serviços de saúde. Recentemente, a partir da segunda metade dos anos noventa, a investigação dirige-se aos fenómenos relativos às iniquidades em saúde, concretamente à multiplicidade causal dos padrões de doença e mortes “evitáveis” e, ainda, à relação entre a saúde, bem-estar e desenvolvimento. Desta forma se cumpre, de forma holística, o papel do geógrafo, no âmbito da Geografia da Saúde.

→ De vez em quando, os geógrafos, a propósito de geografia humana ou de bio-geografia, e os médicos, sobretudo, abordam o assunto [Geografia Médica], mas quase sempre sob um ponto de vista diretamente relacionado com as suas finalidades imediatas. É de desejar que este ramo atraia pesquisadores, que prestarão grandes serviços desenvolvendo o estudo dos laços que unem o homem ao seu ambiente biológico. (Ruellan, 1949:5)

1.1 Da Geografia Médica à Geografia da Saúde

Alguns autores privilegiam a Geografia Médica (Learmonth, 1978), outros destacam a oferta dos cuidados de saúde (Shannon e Dever, 1974), no âmbito da Geografia da Saúde. Poucos são os que apresentam uma visão integradora. No entanto, as duas visões complementam-se e ambas se inscrevem no território. A primeira, mais próxima da doença e suas causas, a segunda, dando especial ênfase ao suporte dos serviços oferecidos pela comunidade, com evidência para o impacto dos cuidados de saúde na saúde e no bem-estar da população.

1.1.1 A Geografia Médica

A Geografia Médica tem sido usada como uma ferramenta etiológica de pesquisa, com enfoque na redução da carga de sofrimento humano resultante da doença (McGlashan, 1972:5).

→ Finke explica porque denominou o seu livro "Geografia Médica" (1792): Chamo-o assim, com o mesmo direito que uma descrição de um lugar qualquer se chama topografia, e de um país corografia, seja que contenham ou não informações médicas. Quando se trata de um país após outro, e a respeito de cada um descreve-se sua situação, a constituição de seu solo, as particularidades do ar, a iluminação e as substâncias alimentícias usadas pelos nativos; quando se descrevem os modos de vida, costumes, hábitos dos habitantes, relacionando-os com a saúde e a doença; quando se descrevem as doenças, tais como são encontradas nos vários países e as medidas terapêuticas regionais; em uma palavra, quando se reúne tudo o que vale a pena conhecer-se a respeito do estado médico de qualquer país, então não se pode negar que essa obra mereça o nome de "Geografia Médica" (Pessoa, 1978:101)

O primeiro contributo para a Geografia Médica é o tratado da escola de Hipócrates *Os ares, as águas e os lugares*, que é relativo ao estudo das doenças como um dos resultados dos acontecimentos geofísicos.

Outros estudos se seguiram em torno de doenças endémicas e infecciosas: trabalhos de pesquisa médica nos séculos XVIII, XIX e início do séc. XX (segundo Simões, 1989): Finke (1792-95), Liebig (1842), Mayer (1845), Parkin (1877), Bernard (1878 e 1879), Bardswell (1909), Johnston-Lavi (1914). Buffon, com a *Histoire Naturelle* (1749-1789) constituiu-se como o ponto de partida, por exemplo, no estudo das relações entre o meio natural e as doenças contagiosas. De referir, ainda, a visão ambientalista, que privilegia as relações causa-efeito-causa da cadeia epidemiológica.

O Objeto da Geografia Médica é a descrição dos padrões da doença e da mortalidade. Neste sentido, surgem os trabalhos da ecologia de doenças específicas que conferem relevância às diferenças territoriais na incidência e prevalência das doenças, estabelecendo a associação entre a doença e o meio físico e humano, de que são exemplo alguns trabalhos de investigação:

- ▶ Estudo dos efeitos do meio físico no funcionamento e desenvolvimento das sociedades nas dimensões sociais, económicas e culturais (Dubos, 1968);
- ▶ Análise da doença e a relação com a (má) adaptação entre os organismos, a cultura e o meio, requerendo a coincidência no tempo e no espaço dos vetores, agentes patogénicos e hospedeiros (May, 1950; 1959; Audy, 1971; Meade, 1977);
- ▶ Influência do ambiente na doença e na morte (Dubos, 1968; Howe, 1972; Learmonth, 1988; Pyle, 1980);
- ▶ Estudos da difusão das doenças (principalmente das transmissíveis mas também das não transmissíveis), com destaque para:
 - Análise da distribuição das doenças e suas dinâmicas, como por exemplo da SIDA (Gould, 1993). Autores como Prothero (1965), envolvidos em programas internacionais sobre saúde na Organização Mundial de Saúde, definiram a complexidade do meio, cultura e comportamento e as suas relações com as causas das doenças. Com estes estudos é possível intervir nos múltiplos pontos do ciclo causal.
 - Teoria Geral da Difusão (Cliff e Haggett, 1986, 1988).

Os Métodos são vários. Destaque para a: a) utilização da cartografia na identificação dos *Ninhos de doenças* e *Territórios epidémicos* (e.g., Sorre, Howe, May e Pavlosky); b) avaliação dos fatores de risco de doenças, através da sua identificação e medição da associação estatística (McGlashan, 1967; Pyle, 1980); c) estudos detalhados sobre

a incidência do cancro e fatores de predisposição comportamentais (Armstrong, 1976), das doenças cardiovasculares no sudeste dos Estados Unidos, e das doenças infecciosas (Pyle, 1969); d) a análise espacial, no âmbito da Nova Geografia, com os trabalhos de Pyle (1969), Haggett (1972: teoria dos grafos; 1976), Kwofie (1976: superfície de tendências), Arroz (1977: interação pessoal e difusão da doença), entre outros; e) utilização dos Sistemas de Informação Geográfica (Gesler, 1986).

1.1.2 Geografia da Saúde e dos Cuidados de Saúde

Não há área em que a investigação e contribuição geográfica seja mais pertinente do que no problema associado à prestação de cuidados de saúde (Shannon e Dever, 1974: ix-x).

O **Objeto da Geografia da Saúde** e dos cuidados de saúde é relativo ao estudo geográfico da distribuição e acesso dos serviços de saúde e à avaliação das desigualdades em saúde. Têm vindo a ser privilegiados alguns temas como a organização, acesso e utilização dos cuidados de saúde e, mais recentemente, a otimização da localização dos equipamentos de saúde e planificação de serviços de saúde. Destacam-se alguns autores pelo contributo em temas específicos:

- ▶ Equidade em saúde e na utilização dos serviços e saúde (Price e Blair, 1989); sendo o seu conhecimento o primeiro passo para a correção das iniquidades e, conseqüentemente, para o incremento do bem-estar das populações (Davies, 1968; Morrill e Ericson, 1970; Harvey, 1973; Knox, 1975; Smith, 1977 e 1979; Coates *et al.* 1977; Townsend e Davison, 1988; Whitelegg, 1982; Haynes, 1987; Joseph e Phillips, 1984; Simões, 1989; Santana, 1995);
- ▶ Modelos de optimização da localização e planificação dos serviços (Godlund, 1961; Teitz, 1968; Scott, 1970; Morrill, 1974; Shannon e Dever, 1974; Mcallister, 1976);
- ▶ Políticas de privatização e de reordenamento espacial da oferta de cuidados de saúde (Navarro, 1976 e 1978; Mohan, 1983, 1987, 1988; Eyles, 1987);
- ▶ Regionalização e descentralização, conceitos que têm em vista dois objetivos: a) aproximar a decisão dos utilizadores, b) aumento da equidade dos cuidados de saúde e da saúde. Alguns exemplos: a) National Health Service no Reino Unido (Curtis, 1981, 1985); b) estrutura hierárquica dos serviços de saúde na Suécia e na Finlândia; c) Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, em Portugal.

Os **métodos** podem ser sistematizados em grandes grupos, relacionados com os trabalhos desenvolvidos: a) estudos da dinâmica do comportamento do consumidor (Thomas, 1976); b) construção de modelos matemáticos que consideram os aspetos da acessibilidade e eficiência face aos fluxos de doentes (Mayew e Leonardi, 1984),

tendo por base a hierarquia teórica, com degraus equivalentes de atração; c) avaliação das distâncias percorridas pelos utilizadores, de acordo com a dimensão do equipamento e o nível da especialidade (Paul, 1985; Mayhew, 1986); d) estudos de Medicometria regional, relativos à avaliação dos custos e dos benefícios do setor da saúde, privilegiando uma visão interdisciplinar da saúde e métodos de análise dos vários parceiros envolvidos (*e.g.*, economistas, geógrafos, administradores hospitalares, médicos hospitalares e privados e utilizadores) (Bailly *et al.*, 2006); e) o modelo *MultiLevel* (Duncan *et al.*, 1996).

1.2 A Geografia da Saúde (ou Geografia Médica) em vários países do Mundo

Por vezes persiste a ambiguidade na denominação desta área do saber. Nos debates privilegiados acerca da metodologia, da epistemologia e da semântica, a questão ainda é a de saber qual das duas (Geografia Médica ou da Saúde) deve ser referenciada e quais os laços que a ligam às disciplinas que lhe estão mais próximas (Mayer, 1982).

As interrogações obrigatórias que se colocam previamente são relativas ao conteúdo desta disciplina, ao seu lugar no contexto das ciências sociais e às relações com outras ciências (naturais, biológicas e médicas).

Muito ainda está por estudar e as conclusões são ainda ténues. No entanto, sejam universitários ou profissionais da saúde, a maior parte dos autores tem preferido a designação de Geografia da Saúde (designação genericamente aceite em votação na *Newsletter RGS - IBG Medical Geography Study Group* do Verão de 1995). Todavia, verificam-se variações dentro da Europa e nos diversos Países do Mundo onde a Geografia da Saúde (ou Médica) se tem vindo a afirmar.

No Reino Unido observa-se a conjugação dos dois ramos embora com a designação *Medical Geography Study Group (IBG)*. Nos últimos 45 anos o tema de maior ênfase liga-se à análise da variação espacial da saúde (ou ausência dela) e à pesquisa das condições ambientais relacionadas com estas variações. Na década de noventa foi dado especial destaque às desigualdades em saúde, às políticas de saúde e ao planeamento dos serviços de saúde. Nomes como o de David Phillips (Phillips, 1981), Graham Moon (Jones e Moon, 1987; Duncan, Jones e Moon, 1996), John Moon, Anthony Gatrell (Gatrell e Löytönen, 2003), Craig Duncan (Duncan, Jones e Moon, 1996) e Sarah Curtis (Curtis, 1981, 1985), destacam-se pelo seu contributo quer na investigação de novas temáticas quer pelo impulso que têm dado à Geografia da Saúde.

Na Alemanha, a *Geomedizin* privilegia os fatores bióticos, edáficos, orográficos e climáticos na origem das doenças. Os últimos trabalhos tratam questões do meio ambiente e a sua relação com a saúde e a doença. Destaque para investigadores

como Thomas Kistemann (Kistemann, Höser e Voigt, 2011) e Thomas Krafft (Wuyi, Krafft e Kraas, 2006).

Na Rússia, a Geografia Médica privilegia os aspetos ambientais, principalmente depois do desastre de Chernobyl. Svetlana Malkazova é uma das referências nestas matérias.

Em França, a Geografia Médica iniciou-se com Max Sorre (1933, *Complexe pathogène et géographie médicale*, em 1943 *Les fondements biologiques de la géographie humaine*) e evoluiu com Picheral (1982), segundo o conceito do conjunto complexo patogénico social. Mais recentemente conhecem maior desenvolvimento os estudos no campo dos cuidados de saúde. Relevo para os contributos de Tonnellier (Tonnellier, 1997) e Thumerelle, com destaque para publicações relativas às desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde. Também é de referir Gerard Salem com os estudos de saúde urbana (Salem, 2010).

Na Suíça, o contributo de Antoine Bailly foi decisivo para o reforço da visão interdisciplinar e da perspetiva global do sistema de saúde, com a medicometria (Bailly *et al.*, 2006).

Nos Estados Unidos, destaque para Robert Earickson (Earickson, 2000) com uma forte tendência de Geografia Médica, têm sido desenvolvidos estudos em que é dada especial atenção à interdisciplinaridade, tendo recebido fortes influências das escolas britânica, francesa e alemã.

No Canadá, a Geografia Médica recebe as influências das escolas americanas e anglo-saxónica, ao longo dos últimos trinta anos. Também, por isso, a designação que adota é a de *Medical Geography* (nomes de referência Mark Rosenberg, Jean François Thouez, entre outros).

Nos Países Nórdicos, conhecem-se os trabalhos sobre a otimização da localização dos recursos, com nomes importantes, no passado, como Goudlund e, mais recentemente, Magnus Stomgren e Ingrid Lijenas, com a introdução da Telemedicina no acesso aos cuidados de saúde nas áreas rurais, principalmente na Suécia. Destaque para os trabalhos de Marku Löytönen (Löytönen, 2003), sobretudo, com a introdução dos Sistemas de Informação Geográfica.

No Brasil, desde meados do séc. XX que vários investigadores desenvolvem trabalhos de pesquisa que têm como objetivo relacionar as condições socioeconómicas e ambientais com a saúde da população. Os primeiros trabalhos são desenvolvidos por médicos, com destaque para os de Samuel Pessoa (Ensaio Médico-Sociais, 1978). Nas últimas décadas do séc. XX salientam-se autores como Christovam Barcellos (Barcellos, 2008), Carlos Lacaz (Lacaz *et al.*, 1972), Helena Ribeiro (1ª tese de doutoramento em Geografia da Saúde (Ribeiro, 1988)), Lígia Barroso, Raul Guimarães e Samuel Lima. A Geografia da Saúde no Brasil assume cada vez maior importância e esse facto está associado aos eventos científicos que reúnem centenas de geógrafos periodicamente. O primeiro Simpósio Nacional de Geografia da Saúde/Fórum Internacional de Geografia da Saúde aconteceu em 1993, em Presidente Prudente. Em 2013, realizou-se o VI Simpósio, em São Luis do Maranhão.

2. CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM GEOGRAFIA DA SAÚDE

2.1 Saúde e doença

A saúde é hoje entendida não como um conceito objetivo ou como um estado de expressão exclusivamente biológico mas, antes, como um modelo complexo em que a qualidade de vida individual e as suas componentes psíquicas e sociais, reflexos dos "estilos de vida", são cada vez mais relevantes. Mais do que uma definição ligada exclusivamente à medicina, a saúde deve ser entendida numa dimensão sociocultural. A saúde está ligada, de forma muito estreita, com o bem-estar e o desenvolvimento.

Definição da Organização Mundial de Saúde: *Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez* (WHO, 1948).

Doença: é o resultado de uma má adaptação do organismo aos fatores ambientais, *disfuncionalidade do organismo*.

2.2 Epidemiologia, transição epidemiológica, modelo ecológico, agente e fatores hospedeiros

Epidemiologia: estudo da distribuição e fatores determinantes das doenças e lesões nas populações humanas. Isto é, a epidemiologia ocupa-se da frequência e tipo de doenças e lesões em grupos de pessoas e dos fatores que influenciam a sua distribuição (Mausner e Bahn, 1999:11).

Transição epidemiológica resulta da introdução de controlos ambientais: das doenças do período pré-transição – na grande maioria, epidemias de doenças infecciosas, com elevadas taxas endémicas de mortalidade, como as infeções respiratórias e gastrointestinais – às crónicas, degenerativas e auto-provocadas. Segundo Omram (1971), conheceram-se três fases: *Idade da Pestilência e da Fome, Idade do Recuo das Epidemias e Era das Doenças Degenerativas e Auto-Provocadas*.

Fatores ambientais: podem ser divididos em biológicos, sociais e físicos.

Tríade (modelo ecológico): o hospedeiro, o ambiente e o agente. Qualquer modificação numa destas componentes pode vir a alterar a situação anterior, provocando doença ou restabelecendo a saúde.

Agente: fator presente (condição *sine qua non*), mas não suficiente, para que apareça determinada doença.

Fatores hospedeiros: são o resultado das interações, que ao longo de toda a vida, se estabelecem entre a carga genética e o ambiente. São também conhecidos como fatores intrínsecos. Os fatores ambientais são considerados fatores extrínsecos (Mausner e Bahn, 1999: 47-58).

2.3 Serviços de Saúde

Cuidados de Saúde Primários têm como objetivo a promoção e vigilância da saúde e prevenção da doença. Em Portugal, são oferecidos em centros de saúde e extensões dos centros de saúde e cobrem todo o País. Prestam cuidados ambulatoriais nas áreas de medicina geral, familiar e materno-infantil, meios complementares de diagnóstico e cuidados de enfermagem.

Cuidados de Saúde Diferenciados têm um objetivo essencialmente curativo e prestam cuidados ao nível do internamento, atos ambulatoriais especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, consultas externas de especialidade e cuidados de urgência na doença e acidente.

2.4 Níveis de prevenção

Prevenção: intervenção sobre o ambiente, o agente e o potencial hospedeiro para inibição do desenvolvimento de uma doença.

Prevenção primária é relativa aos processos que levam à alteração da suscetibilidade ou da redução da exposição dos indivíduos suscetíveis.

Prevenção secundária é o processo de deteção e tratamento precoces da doença.

2.5 Taxas de incidência e de prevalência

Taxas de Incidência: medem a probabilidade de que as pessoas saudáveis adquiram determinada doença, num período de tempo específico; correspondem ao número de casos novos de determinada doença numa dada população, durante um certo período.

Taxas de prevalência: medem o número de pessoas de certa população que, num determinado momento, têm uma certa doença.

Indicador de saúde: medida simples de uma das dimensões do estado de saúde. Exemplo: esperança de vida, mortalidade infantil.

2.6 Causalidade inversa, Bem Público, Capital Social

Causalidade inversa ou “desvio seletivo”: os mais saudáveis sobem na hierarquia social, verificando-se uma ligação estreita entre carreira da saúde e carreira profissional.

Bem Público: Bem económico cujo consumo se caracteriza pela não exclusividade e pela não rivalidade. Segundo Pereira (1992: 6), em saúde apenas se devem considerar bens públicos puros as medidas contra a poluição ambiental e a erradicação de doenças contagiosas. Não se deve confundir o conceito económico de bem público com o de “serviço público”.

Capital social: a capacidade que os indivíduos e as sociedades possuem que lhes permitem gerar resultados desejáveis em saúde.

2.7 Externalidades

Externalidades: quando o consumo (ou produção) de um bem ou serviço tem efeitos positivos ou negativos sobre outros indivíduos que não aqueles diretamente envolvidos no acto de consumir (ou produzir). Por exemplo, o fumo do tabaco sobre os fumadores passivos e a poluição ambiental gerada por determinada indústria são externalidades negativas. Por outro lado, a vacinação contra doenças contagiosas traz um benefício externo a outras pessoas para além do vacinado (Pereira, 1992: 15).

2.8 Nível de saúde e nível sanitário

Nível de saúde: resultante da interação entre as necessidades globais de saúde em cada região e as carências reais da oferta de cuidados de saúde.

Nível sanitário: conjunto das relações entre instituições, grupos sociais e indivíduos, orientados para a manutenção e melhoria do nível de saúde de uma determinada população. (Simões, 1997: 36).

2.9 Acessibilidade e Utilização

Acessibilidade: num contexto de *as pessoas que precisam recebem cuidados*. As pessoas na população em risco usam os serviços de saúde com taxas de utilização *proporcionais e apropriadas à sua atual necessidade de cuidados* (acessibilidade organizacional). A acessibilidade pode ainda ter outra componente: resultar da relação entre a localização dos bens e a localização dos cliente, tendo em conta os recursos dos utentes, a existência de transportes privado e/ou público, tempo e distância de viagem e custo (acessibilidade geográfica) (Santana, 1995).

Utilização: uso da oferta de serviços de saúde, num determinado período. Depende da quantidade de oferta e das características do consumidor (Santana, 1995).

2.10 Equidade

Equidade: distribuição justa de determinado atributo populacional. Não é necessariamente equivalente a igualdade, embora os dois termos sejam por vezes utilizados como sinónimos. Por exemplo: igualdade de acesso a serviços de saúde; igualdade de níveis de saúde; igualdade de serviços básicos.

2.11 Efetividade, Eficácia, Eficiência

Efetividade: os resultados ou consequências de determinados procedimentos ou tecnologias médicas quando aplicadas na prática.

Eficácia: os resultados ou consequências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde, de um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal.

Eficiência: a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinados resultados.

2.12 *Inputs, Outputs, Outcomes*

Inputs: designa o tipo e qualidade de recursos consumidos num processo de produção.

Outputs: refere-se à produção dos serviços de saúde (e.g., doentes tratados, dias de internamento, consultas realizadas).

Outcomes: significa a produção dos níveis de saúde individuais ou da população, resultantes da atividade dos serviços de saúde. Para os economistas estes resultados são os *outputs* intermédios.

2.13 Sistemas de Saúde

Os Sistemas de Saúde são compostos por numerosos elementos setoriais e inter-setoriais que têm como objetivo conseguir mais saúde, através da organização e funcionamento integrado de serviços estruturados. Os sistemas de saúde visam a prestação generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde. Mais ou menos recentes, dependem, em parte, dos sistemas políticos, administrativos, sociais e económicos dominantes em que se inserem.

2.14 Seguro doença

Seguro doença: acordo entre as partes, em que o segurado paga à entidade seguradora uma contribuição pecuniária periódica, comprometendo-se a última a cobrir total ou parcialmente os custos da utilização de cuidados efetuados pelo segurado.

2.15 Medicometria

Medicometria: estudo científico dos custos e dos benefícios do setor da saúde com o objetivo de avaliar e prever os respetivos impactos económicos, sociais e espaciais

na saúde, ao longo do tempo e em diferentes regiões. Foi criada em 1983 e desenvolvida na década de 90 por Antoine Bailly e Michel Périat. Corresponde a uma visão global e interdisciplinar da saúde considerando, em simultâneo, os pontos de vista e métodos de análise (estatísticos e matemáticos) dos vários parceiros envolvidos (*e.g.*, economistas, geógrafos, administradores hospitalares, médicos hospitalares e privados e utilizadores) (Bailly *et al.*, 2006).

3. OS INDICADORES DE SAÚDE

Uma das preocupações da investigação em saúde é o desenvolvimento ou melhoria de indicadores que possam suportar a monitorização da saúde e /ou fatores de risco relacionando-os, sempre que possível, com as condições do meio ambiente (físico e social).

Mausner e Bahn (1999) definem um indicador de saúde como uma medida simples de uma das dimensões do estado de saúde (*e.g.*, esperança de vida, mortalidade infantil).

3.1 Os indicadores como instrumento de medida em saúde

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2013) considera os indicadores de saúde como instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam. Genericamente podem ser considerados quatro grandes grupos de indicadores de medida:

- ▶ Estado de Saúde: indicadores que permitem caracterizar e avaliar o estado de saúde da população através de diferentes dimensões como a mortalidade, morbilidade, bem-estar;
- ▶ Determinantes de saúde: indicadores que possibilitam o conhecimento sobre os fatores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e da utilização dos cuidados de saúde (comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais), sendo também considerados indicadores do Estado de Saúde;
- ▶ Desempenho do sistema de saúde: nas suas múltiplas dimensões de aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança, que auxiliam a análise da qualidade do sistema de saúde;
- ▶ Contexto: indicadores de caracterização que fornecem informação contextual importante (*e.g.*, condições socioeconómicas e ambientais do local de residência) e permitem, por ajustamento, comparar populações distintas.

Cole e outros (1998) afirmam que os critérios que orientam a seleção dos indicadores podem ser variados, no entanto, devem ser considerados quanto à: a) representatividade, b) validade, c) robustez, d) fiabilidade, e) acessibilidade, f) disponibilidade e g) estabilidade.

As variáveis selecionadas deverão possibilitar a sua comparabilidade em séries espaciais e temporais, permitindo o estudo da associação entre os resultados em saúde e as condições do meio, em diferentes lugares e/ou tempos.

Os indicadores mais utilizados para medir a saúde fazem-no de forma indireta (*proxies*), medindo, essencialmente, a sua ausência, nomeadamente através da severidade e frequência da doença e/ou morte (e.g., morbidade hospitalar; taxas de mortalidade padronizada; mortalidade prematura; mortalidade “evitável”) (Santana, 2005).

Na ausência de dados referentes à morbidade (pela dificuldade na sua obtenção e por ser demasiado caro o seu levantamento), a saúde pode ser medida através de um espetro de variáveis, que nos podem oferecer uma leitura da realidade em termos de estado de saúde da população e sua relação com os fatores de risco, como por exemplo:

- ▶ O estudo de uma ou do conjunto das variáveis, com destaque para: a) peso à nascença; b) vida na gestação e infância; c) carreira profissional, d) ocupação de tempos livres e recreio; e) sofrimento físico; f) sofrimento mental; g) atividade sexual.
- ▶ A associação de fatores socioeconómicos e os níveis de saúde como, por exemplo: a) escolaridade; b) profissão e situação na profissão; c) propriedade de automóvel; d) rendimento da família.
- ▶ Modelo multiatributivo ou de múltiplos atributos (MAU), com o objetivo de avaliar o estado de saúde da comunidade. Inclui 6 famílias de fatores, totalizando 51 variáveis: a) indicadores demográficos; b) indicadores sociais; c) indicadores económicos; d) indicadores de utilização dos serviços de saúde; e) indicadores de oferta de serviços de saúde; f) indicadores de resultados em saúde. Foi desenvolvido em Portugal na década de 90 (Santana, 2005).
- ▶ O instrumento de medida do Estado de Saúde, já validado em Portugal (SF 36) (Ferreira e Santana, 2002).
- ▶ Índice do Estado de Saúde (INES): medida multicritério, consistente e compreensiva do estado de saúde da população que integra indicadores relativos às determinantes sociais em saúde (demográficos, estilos de vida, ambiente construído e físico, económico e social, oferta, acesso e utilização dos serviços de saúde) e aos indicadores ou *proxies* (como a mortalidade e morbidade) que são capazes de expressar os resultados em saúde, aplicado a diferentes escalas espaço-temporais. Este instrumento de avaliação integrada e holística do estado de saúde está a ser desenvolvido para Portugal Continental, para os últimos 20 anos (1991 a 2011), à escala concelhia.

3.2 Virtudes dos indicadores

É desejável conhecer o perfil de saúde da população como ponto de partida para a formulação de estratégias e decisões políticas, dado que contribuem tanto para o conhecimento sobre as determinantes da saúde como para a identificação de lacunas no estado de saúde e/ou populações específicas. A definição dos indicadores a integrar um perfil de saúde deverá ter em linha de conta os seguintes objetivos principais:

- a) Avaliar a saúde de populações a vários níveis de desagregação geográfica;
- b) Comparar o estado de saúde da população em diferentes momentos temporais;
- c) Examinar os principais fatores que afetam a saúde da população;
- d) Determinar a localização dos recursos de acordo com os programas de saúde;
- e) Apoiar a tomada de decisões políticas intersectoriais com relevância na saúde da população.

3.3 Constrangimentos dos indicadores

Tendo em conta a informação disponível, muitas vezes a investigação relativa aos problemas de saúde tem como ponto de partida não tanto o que se desejaria fazer ou conhecer como o que é permitido, atendendo à informação disponível. Este facto torna difícil a leitura, interpretação e comparação dos fenómenos ao nível mundial.

Tem sido feito um grande esforço para melhorar a qualidade dos indicadores, ao nível da recolha de informação a utilizar e ao nível da sua composição, no entanto é reconhecida a necessidade de desenvolver novos indicadores que possam retratar mais claramente a relação entre o meio ambiente e a saúde humana (Santana, 2005: 49).

Os problemas sentidos na investigação em saúde decorrem, no geral, da falta de uniformização da informação, da necessidade de ajustar escalas de análise aos problemas e, ainda, da dificuldade de acesso à informação (e.g. confidencialidade, preço).

Em Portugal, no que diz respeito à disponibilização, acesso e qualidade da informação, apesar da tendência geral para a melhoria global do sistema, verificam-se ainda vários constrangimentos. Todavia, por um lado, e à semelhança do que se observa noutros países desenvolvidos (existe uma forte associação entre o desenvolvimento económico e social dos países e a qualidade e quantidade da informação disponível), cada vez existe mais informação disponível, por outro lado, o acesso dos cidadãos (e também dos investigadores) à informação pública é limitado pela inexistência de uma política oficial clara relativa ao direito à informação e ao acesso às bases de dados, sendo os aspetos relativos à confidencialidade dos dados em universos de pequena dimensão (dados de mortalidade por causas à escala concelhia ou de freguesia, por exemplo) apenas um sintoma da inexistência de tal política (Santana, 2005: 35).

Aspetos como a fraca expressividade ou cobertura em termos geográficos, a falta de uniformização no preenchimento dos registos (local de residência, emprego e mudanças nos últimos 10 a 50 anos, por exemplo), a falta de qualidade de alguns sistemas de registo (como se verifica na identificação das causas de morte, onde uma expressiva percentagem é de sinais e sintomas mal definidos), a relativa vetustez de alguns sistemas de recolha dos dados para tratamento e a falta de uniformização de conceitos e indicadores entre as diversas entidades produtoras de informação, comprometem a qualidade e fiabilidade da informação. Relativamente ao estudo de algumas morbidades e mortalidades com grande expressão, como é o caso do cancro, associam-se, aos problemas atrás mencionados, aspetos relativos à falta de comprovação do certificado de óbito e diagnóstico anterior (Santana, 2005).

Em síntese, apresentam-se alguns exemplos dos constrangimentos relativos à recolha e utilização da informação em saúde: a) o número de países que fornece dados de excelente qualidade é restrito; b) em alguns casos não existe mesmo informação disponível; c) o nível de desenvolvimento do país, da dispersão da população, das conjunturas económicas e políticas e de outras mais específicas, tais como questões de confidencialidade ou acesso restrito a informação clínica; d) as propriedades e atributos dos indicadores como a validade, a confiança, a especificidade e a sensibilidade variam entre países e até dentro do mesmo país; e) as dificuldades na definição da severidade da doença (quando não provoca a morte); f) a insuficiência da utilização exclusiva da mortalidade, já que só representa formas de doenças que são causa de morte, deixando de fora todas as outras; g) o grande número de causas de morte que não são corretamente codificadas; h) a morbilidade ser uma medida sujeita a julgamentos subjetivos; i) a morbilidade hospitalar poder obter-se através de registos médicos os quais são, no entanto, limitados quer na apresentação da morbilidade na população em geral quer como indicador da sua doença.

Bibliografia Específica

- Arroz, M.E. (1977). *Difusão Espacial da Hepatite Infecciosa*, Lisboa, Centro Estudos Geográficos.
- Armstrong, R.W. (1976). The Geography of Specific Environments of patients and Non-Patients in Cancer Studies, with a Malasyan Example, *Economic Geography*, 52(2), Massachusetts, 161-170.
- Bailly, A., Bernhardt, M. e Garbella, M. (2006). *Pour une Santé de Qualité en Suisse* (2e édition). Paris, Economica.
- Barcellos, C. (org.) (2008). *A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde*, Rio de Janeiro, Abrasco.
- Barret, A. (1980). *Medical Geography: concept and Definition*. In Paccione, M. (Ed.), *Medical Geography progress and prospect*, Londres, Croom Helm, (pp. 1-34).
- Barret, F. (2000). *Geography. The History of an Idea*, Toronto, Canada, Becker Associates.
- Buffon (1749-1789). *Histoire Naturelle*, 36 volumes, Paris, l'Imprimerie royale.
- Cliff, A.D. e Haggett, P. (1986). *Disease Diffusion*. In Paccione, M. (Ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm, (pp.84-125).
- Cliff, A.D. e Haggett, P. (1988). Spatial Aspects of Epidemic Control, *Progress in Human Geography*, 15, 315-331.
- Coates, B.E., Johnston, R.J. e Knok, P.L. (1977). *Geography and Inequality*, Oxford, Oxford University Press.
- Cole, D., Eyles, J. e Gibson, B. (1998). Indicators of human health in ecosystems: what do we measure?, *The Science of Total Environment*, 224, 201-213.
- Curtis, S. (1981). *The Geography of Public Welfare Provision*, Londres, Routledge.
- Curtis, S. (1995). The Geography of Health: a British point of View, *Espace, Populations, Sociétés*, 1, 49-58.
- Davies, B. (1968). *Social Needs and Resources in Local Services*, Londres, Michael Joseph.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.
- Dubos, R. (1968). *Man, Medicine and Environment*, Nova Iorque, Pelican.
- Duncan, C., Jones, K. e Moon, G. (1996). Health related behaviour in context – a multilevel modelling approach, *Social Science and Medicine*, 42, 817-830.
- Erickson, R. (2000). Geographic research at the end of the century: papers from the Eight International Symposium on Medical Geography, *Social Science and Medicine*, 50, 911-913.
- Eyles, J. (1987). Images of Care, Realities of Provision and Location: Services for the Mentally Ill in Northampton, *The East Midland Geographer*, 9, 53-73.
- Finke, L. (1792-95). *Versuch einer allgemeinen medicinisch-praktischen Geographie (An attempt at a General Medical-Practical Geography)*, vol.1-3, Leipzig, Weidmannsche Buchhandlung.
- Gesler, W.M. (1986). The Uses of Spatial Analysis in Medical Geography: A Review, *Social Science and Medicine*, 23, 963-973.
- Godlund, S. (1961). Population, Regional Hospitals, Transport Facilities and Regions. Planning the Location of Regional Hospitals in Sweden, *Lund Studies of Geography*, 21, 3-32.

- Gould, P. (1993). *The slow Plague: a Geography of the AIDS Pandemic*, Londres, Ed. Blackwell.
- Gatrell, A. e Löytönen, M. (Ed.) (2003). *GIS and Health*, Londres, Taylor & Francis.
- Haggett, P. (1972). Contagious Processes in a Planar Graph: an Epidemiological application. In Mcglashan, N.D. (Ed.), *Medical Geography*, Londres, Methuen, (pp.307-324).
- Haggett, P. (1976). Hybridizing alternative models of an epidemic diffusion process, *Economic Geography*, 52, 2, 136-156.
- Hannon, G. e Dever, G. (1974). *Health Care Delivery: Spatial Perspectives*, Nova Iorque, McGraw Hill.
- Harvey, D. (1973). *Social Justice and the City*, Londres, Edward Arnold.
- Haynes, R. (1987). *The Geography of Health services in Britain*, Londres, Croom Helm.
- Howe, G.M. (1969). Computers: Putting disease on a map, *Nature*, 223, 890-891.
- Howe, G.M. (1972). *Man, Environment and Disease in Britain Medical Geography Through the Ages*. Londres, Pelican.
- Jones, K. e Moon, G. (1987). *Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Geography*, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- Joseph, A.E. e Phillips, D.R. (1984). *Accessibility & Utilization. Geographical Perspectives on Health Care Delivery*, Nova Iorque, Harper & Row.
- Kearns, R., (1995). Medical geography: making space for difference, *Progress in Human Geography*, 19, 2, 251-259.
- Knox, P.L. (1975). *Social Well-Being: Spatial Perspective*, Oxford, University Press.
- Kistemann, T., Höser, C. e Voigt, H. (2011). Mapping water and health: current applications and future developments, *Environmental Sustainability*, 3(6), 506–511.
- Kwofie, K.M. (1976). A Spatio-Temporal Analysis of Cholera Diffusion in Westwtrn Africa, *Economic Geography*, 52(2), 127-135.
- Lacaz, C., Baruzzi, R. e Júnior, W. (1972). *Introdução à geografia médica do Brasil*, São Paulo, E. Blücher.
- Learmonth, A.T.A. (1978). *Patterns of Disease & Hunger. Problems in Modern Geography*, Londres, David & Charles.
- Learmonth, A.T.A. (1988). *Disease Ecology*, Oxford, Basil Blackwell.
- Löytönen, M. (2003). GIS, Time Geography and Health. In Gatrell, A. e Löytönen, M. (Ed.), *GIS and Health*, Londres, Taylor & Francis, (pp.97-110).
- Mausner, J. e Bahn (1999). *Introdução à epidemiologia*, Fundação Calouste Gulbenkian, (2ª edição), Lisboa.
- May, J.M. (1950). Medical geography: its methods and objectives, *The Geographical Review*, 40, 9-41.
- May, J.M. (1959). Medical geography: its methods and objectives, *The Geographical Review*, 40, 9-41.
- Mayer, J., (1982). Relations between two traditions of medical geography: health systems planning and geographical epidemiology, *Progress in Human Geography*, 6, 216-230.
- Mayhew, L. (1986). *Urban Hospital Location*. Hempstead, George Allen & Unwin Ltd.
- Mayhew, L. e Leonardi, G. (1984). Allocation in Multilevel Spatial Health Care Systems, In Clarke, M. (Ed.), *Planning and Analysis in Health Care Systems*, Londres, Pion, (pp.194-209).

- Mcallister, D. (1976). Equity and Efficiency in Public Facility Location, *Geographical Analysis*, 8, 47-63.
- Mcglashan, N.D. (1967). Geographical Evidence on Medical Hypotesis, *Tropical and Geographical Medicine*, 19, 333-343.
- Mcglashan, N.D. (1972). Medical Geography, In N.D. Mcglashan (Ed.), *Medical Geography Techniques and Field Studies*, Londres, Methuen & Co Ltd, (pp.50-85).
- Meade, M. (1977). Medical geography as human ecology: the dimension of population movement, *The Geographical Review*, 67(4), 379-393.
- Mohan, J.F. (1983). *State Policies and Public Facility Location: The Hospital Services of North East England, 1948-1982*, Durham, University of Durham (Ph.D. Thesis, polic).
- Mohan, J.F. (1987). *Transforming the Geography of Health Care: Spatial Inequality and Health Care in England*, Londres, Queen Mary College.
- Mohan, J.F. (1988). *Restructuring Privatization and the Geography of Health Care Provision in England, 1983-1987*, Londres, Queen Mary College.
- Morrill, R.L. (1974). *The Spatial Organisation of Society*, Belmont, Duxburg Press.
- Morrill, R.L. e Earickson, R.J. (1970). Problems in Modelling Interaction: the case of Hospital Care, In Cox, K. & Golledge, R. (Ed.), *Behavioural Problems in Geography, a Symposium*, Washington, Research Studies, 17, (pp.254-276).
- Navarro, V. (1976). *Medicine under Capitalism*, Nova Iorque, Prodist.
- Navarro, V. (1978). *Class Struggle. The State and Medicine*, Londres, Martin Robertson.
- WHO – World Health Organization (1946), *Constituição*. Nova Iorque. WHO.
- Ommram, A.R. (1971). The epidemiological transition: a theory of population change, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 1, 509-538.
- Paul, G.K. (1985). Approaches to Medical Geography: an Historical Perspective, *Social Science and Medicine*, 20(4), 399-409.
- Pereira, J. (1992). *Economia da saúde. Glossário de termos e conceitos*, Documento de Trabalho 1/93, Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Pessoa, S. (1978). *Ensaio Médico-Sociais*, Rio de Janeiro, CEBES/HUCITEC.
- Phillips, D.R. (1981). *Contemporary Issues in the Geography of Health Care*. Norwich, Geo Abstracts Ltd.
- Picheral, H. (1982). *Geographie Medicale, Geographie des Maladies, Geographie de la Sante, L'Espace Geographique*, 11, 161-175.
- Picheral, H. (2001). *Dictionnaire raisonné de geographie de la santé*, Montpellier, Universite Montpellier III.
- Price, D.G. e Blair, A.M. (1989). *The Changing Geography of the Service Sector*, Londres, Belhaven Press.
- Prothero, R.M. (1965). *Migrants and Malaria*. Londres, Longman.
- Pyle, G.F. (1969). The diffusion of cholera in the United States in the Nineteenth Century, *Geographical Analysis*, 1, 159- 75.
- Pyle, G.F. (1977). International communication and medical geography, *Social Science and Medicine*, 11, 679-682.

- Pyle, G.F. (1980). *New Directions in Medical Geography*, Oxford, Pergamon Press.
- Ribeiro, H. (1988). *Poluição do ar e doenças respiratórias em criança da Grande São Paulo: um estudo de geografia médica*, São Paulo, Universidade de São Paulo, (tese de doutoramento, Geografia Física).
- Ruellan, A. (1949). Geografia Médica e Colonização, *Bol. Sec. Reg., Rio de Janeiro, Associação de Geógrafos Brasileiros*, 2(4), 3-8.
- Salem, G. (2010). Dynamiques territoriales, dynamiques sanitaires: de la description à l'action. In *L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique (Colloque de l'ESPT)*, ESPT, (11, 9-24)
- Santana, P. (1995). *Acessibilidade e Utilização dos serviços de saúde. Ensaio metodológico em Geografia da Saúde*, Coimbra, CCRC/ARSC.
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. (Ed.) Almedina, Coimbra.
- Scott, A. (1970). Location-Allocation Systems: A Review, *Geographical Analysis*, 2, 95-119.
- Shannon, G.W. e Dever, G.E.A. (1974). *Health Care Delivery: Spatial Perspectives*, Nova Iorque, Mcgraw-hill Book Comp.
- Simões, J.M. (1989). *Saúde: O Território e as Desigualdades*, (policopiado) Lisboa, CEG.
- Simões, J.M. (1997). *Programa de Geografia e Planeamento da Saúde*, Lisboa, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Smith, D.M. (1977). *Human Geography: a Welfare Approach*, Londres, Edward Arnold.
- Smith, C.J. (1978). Problems and Prospects for a Geography of Mental Health, *Antipode*, 10, 1-12.
- Smith, D.M. (1979). *Where The Grass is Greener: Living in an Unequal World*, Harmondsworth, Penguin.
- Sorre, M. (1933). Complexe patogene et Géographie Médicale, *Annales de Géographie* (235), 1-18.
- Sorre, M. (1943). *Les Fondements biologiques de la Géographie Humaine*, Paris, Armand Colin.
- Teitz, M. (1968). Towards a Theory of Urban Facility Location, *Papers of the Regional Science Association*, 21, 35-51.
- Thomas, C.J. (1976). Sociospacial Variation and the Use of Services, In Herbert, D.T. & Johnston, R.J. (Ed.), *Social Areas in Cities*, Chichester, Wiley, (pp. 11-17).
- Tonnellier, F. (1997). (coord.) *Geographie de la santé. Actualité et dossier en santé publique*, Paris, CREDES.
- Townsend, P. e Davidson, N. (1988). The Black Report, In Peter Townsend & Nick Davidson (Ed.), *Inequalities in Health*, Suffolk, Penguin Books Ltd., (pp.1-216).
- Whitelegg, J. (1982). *Inequalities in Health Care: Problems of Access and Provision*, Redford, Strawbarnes Press.
- Wuyi, W., Krafft, T. e Kraas, F. (Ed.) (2006). *Global Change, Urbanization and Health*, Beijing, China Meteorological Press.

(Página deixada propositadamente em branco)

II.

SAÚDE, BEM-ESTAR E DESENVOLVIMENTO

A mudança dos padrões de morbidade e de mortalidade, em resultado da modernização, podem ser definidos por *transição epidemiológica*. À semelhança da transição demográfica, este fato implica uma série de mudanças no conjunto das atitudes, na educação, na dieta, nos cuidados de saúde e nas tecnologias. Basicamente, é suposto que a sociedade, quando modernizada, se modifique, passando de taxas altas de mortalidade e baixa esperança de vida para uma esperança de vida que se aproxime dos 80 anos, consequência de taxas de mortalidade padronizadas mais baixas.

Estima-se que as doenças infecciosas, parasitárias e respiratórias sejam responsáveis por mais de metade das causas de morte nos países com menor esperança de vida, enquanto nos países desenvolvidos estas são consideradas triviais. Verifica-se, no entanto, que nas sociedades económica e socialmente avançadas se morre mais de doenças degenerativas associadas às doenças do coração, ao cancro, à diabetes e aos acidentes.

O Mundo entrou no século XXI com algumas esperanças mas com muitas incertezas. São dramáticas as variações dos níveis de saúde e de doença no mundo e a forma como se têm vindo a modificar ao longo do tempo.

Nos objetivos deste capítulo enquadram-se as seguintes preocupações:

- ▶ Verificar as relações entre taxas de urbanização, os níveis de desenvolvimento e a saúde das Regiões e dos Países;
- ▶ Analisar os Índices de Desenvolvimento Humano e de Pobreza, que traduzem componentes importantes da vida humana;
- ▶ Dar ênfase aos padrões de mortalidade no mundo e avaliar a sua evolução.

1. DESIGUALDADES EM SAÚDE

As alterações demográficas, a urbanização e as migrações são fenómenos correlativos de importantes transformações económicas, políticas e sociais que têm vindo a ocorrer um pouco por todo o Mundo (Stolnitz, 1996; Wrigley, 1987).

Na maior parte dos países esses fenómenos têm-se processado de forma caótica e não sustentada, com graves consequências ao nível da saúde e bem-estar, principalmente nos países mais pobres ou nas populações mais vulneráveis (pobres e excluídos socialmente), mesmo que vivendo em países ricos (Harpham e Tanner, 1995; Wilkinson, 1996).

O Mundo entra no séc. XXI com algumas esperanças mas com muitas incertezas.

São vários os trabalhos científicos que abordam os fatores que influenciam a saúde e que, simultaneamente, poderão estar na origem das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (Whitehead e Dahlgren, 1991; Mackenbach e Kunst, 1997; CDSS, 2010). A maior parte dos autores refere que, apesar da esperança de vida ter vindo a aumentar ao longo deste século e, concretamente, nas últimas décadas, uma grande percentagem de população, principalmente do sexo masculino, regista uma mortalidade prematura assinalável. Na origem da mortalidade precoce estarão certamente causas culturais, económicas, sociais (Wilkinson, 1996), epidemiológicas e políticas que é necessário identificar ou conhecer melhor.

Conhecer qual a importância de cada um dos fatores ou do seu conjunto, como interação e quais as consequências na saúde das populações, são propostas que deverão constar das agendas políticas atuais de grande parte dos governos dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Estes objetivos têm já vindo a revelar-



A saúde precária dos mais pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual do poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a conseqüente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população - o acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as condições laborais e recreativas, a habitação, as comunidades, vilas e cidades - e as hipóteses de usufruírem de uma vida próspera. Esta distribuição desigual de experiências potencialmente perigosas para a saúde não constitui, de modo algum, um fenómeno "natural", sendo antes o resultado de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas frágeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade. Em conjunto, as determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem as determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países. (CDSS, 2010: 1)

se como a chave das políticas de saúde em quase todos os países, principalmente nos mais ricos. O desafio que é colocado é o de aumentar os anos de vida da população em geral. A redução da mortalidade passa, necessariamente, pela diminuição da mortalidade precoce que afeta, de forma mais grave, um pouco por todo o mundo, os grupos mais desfavorecidos.

Vários autores têm vindo a demonstrar que, para que se possa cumprir esta meta, é necessário reduzir substancialmente as diferenças na mortalidade entre os ricos e os pobres (regiões, países e indivíduos) (Mackenbach *et al.*, 1990; Kunst, 1997; WHO, 2013). Alguns exemplos podem ser colhidos de experiências que alguns países têm vindo a introduzir com o objetivo de melhorar a situação dos grupos mais desfavorecidos. As conclusões vão no sentido de evidenciar notáveis ganhos em saúde mas, ao mesmo tempo, apontar as variações na mortalidade em consequência de diferenças sociais, económicas, políticas e geográficas (Thumerelle, 1990).

A maior parte dos trabalhos que analisam as desigualdades em saúde dizem respeito aos países desenvolvidos, concretamente ao Canadá, Estados Unidos e alguns países da Europa, com destaque para o Reino Unido, Noruega, Dinamarca, Suécia e Finlândia, onde a introdução de políticas de maior igualdade social e económica tem vindo a resultar na diminuição das diferenças socioeconómicas na mortalidade e na esperança de vida saudável (Carstairs e Morris, 1991; Benzeval, *et al.*, 1995; Kaplan *et al.*, 1996; Subramanian *et al.*, 2000).

Nos últimos quarenta anos, vários acontecimentos internacionais desempenharam um papel fundamental, pelas consequências que tiveram na saúde da população, destacando os que reforçam a promoção da saúde, da responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (Quadro 2.1)

Foi no contexto das Conferências de Alma-Ata (1978) e Otawa (1986), que se iniciou a discussão em torno dos conceitos de *políticas públicas saudáveis* e *ação intersectorial para a saúde*, destacando a importância e necessidade dos decisores políticos, em diferentes setores, tomarem consciência do potencial impacto das suas decisões na saúde da população (Baum, 2008; Kickbush *et al.*, 2008). O tema regressou à agenda política, no Tratado de Amesterdão (UE, 1997) e na Presidência Finlandesa da EU (2006), com enfoque na *Saúde em Todas as Políticas* – estratégia de abordagem intersectorial, baseada na evidência de que ações e políticas fora do exclusivo domínio do setor da saúde têm repercussões na saúde e na equidade em saúde (Clavier e Leeuw, 2013). Em 2010 voltou a afirmar-se a temática com a Declaração de Adelaide, produzida no âmbito de um Encontro Internacional da Organização Mundial de Saúde, onde se reforçou que os alicerces da saúde e do bem-estar não se encontram apenas no setor da saúde, existindo a necessidade de ser estabelecido um contrato social entre todos os setores, com o objetivo de promover o desenvolvimento, a sustentabilidade e a equidade, melhorando assim as condições de saúde.

Quadro 2.1 – Acontecimentos Internacionais de Promoção da Saúde da Organização Mundial da Saúde.

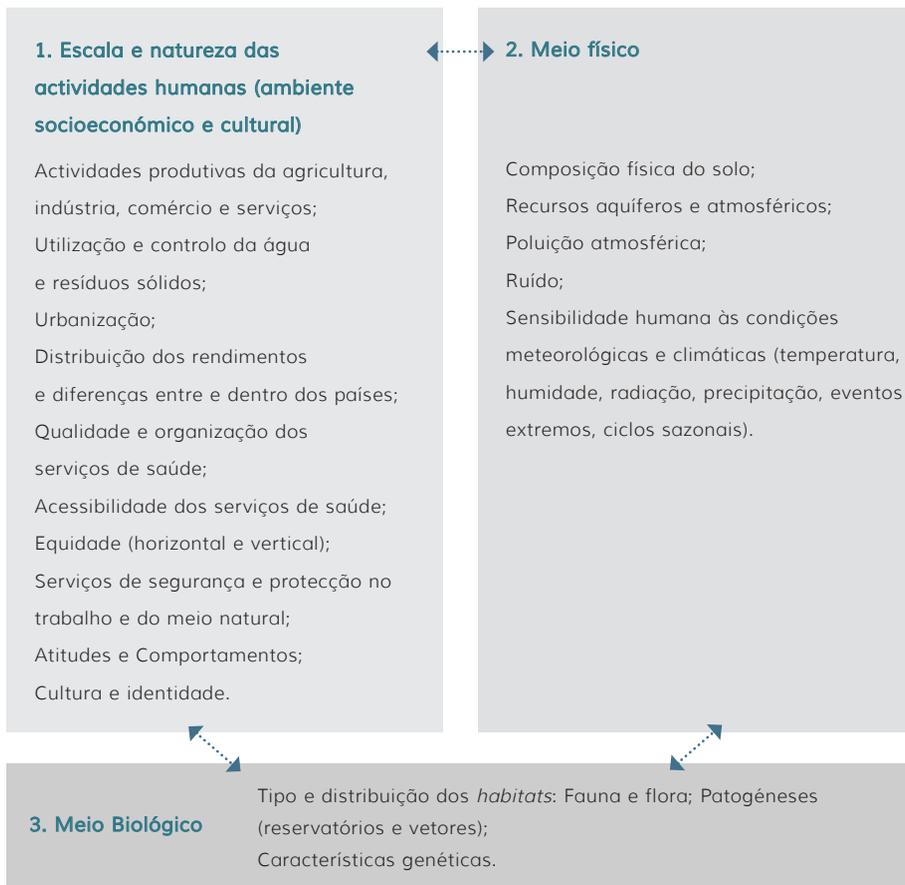
Conferência de Alma Ata	1978	Saúde para Todos no ano 2000
Estratégia e Metas Saúde Para Todos (OMS)	1985	Saúde para Todos
Conferência de Otawa	1986	Políticas de Saúde Pública – Saúde para Todos
Conferência de Adelaide	1988	Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis
Conferência de Sundsvall	1991	Ambientes Favoráveis à Saúde
Conferência de Jacarta	1997	Novos Atores para uma Nova Era: Conduzindo a Promoção da Saúde para o Século XXI
Conferência da Cidade do México	2000	Promoção da Saúde: Diminuir Desigualdades
Conferência de Bangkok	2005	Políticas e Parcerias: Abordando as Determinantes da Saúde
Conferência de Nairobi	2009	Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Reduzindo as Lacunas na Implementação
Encontro Internacional de Adelaide (OMS)	2010	Saúde em Todas as Políticas
Conferência de Helsínquia	2013	Saúde em Todas as Políticas

1.1. A crise da saúde e sua relação com o desenvolvimento

A doença (ou a crise na saúde) pode ser associada a áreas (ou grupos) de riscos em consequência de novos perigos (Dubos, 1968; Rowland e Cooper, 1983; Cutter, 1996) relativos: a) ao local de trabalho e de residência (exposição a substâncias tóxicas, efluentes, radiações, poluição atmosférica e sonora); b) ao efeito da expansão da agricultura (produtos químicos, fertilizantes, pesticidas e irrigação); c) à industrialização e urbanização mal geridas; d) aos comportamentos humanos (*e.g.*, práticas sexuais inseguras, sedentarismo); e) aos consumos de substâncias que criam dependências (*e.g.*, drogas, tabaco, álcool); f) à má nutrição (excesso de calorias ou dieta pobre).

Em síntese, a saúde é atualmente reconhecida como sendo o resultado da inter-relação entre três componentes principais: a) escala e natureza das atividades humanas (ambiente socioeconómico e cultural); b) meio físico; c) meio biológico (Learmonth, 1988; Lewis e Mayer, 1988; Alcoforado, 1992; Besancenot, 1988; Cutter, 1996).

Quadro 2.2 – Saúde: inter-relação de três componentes principais.

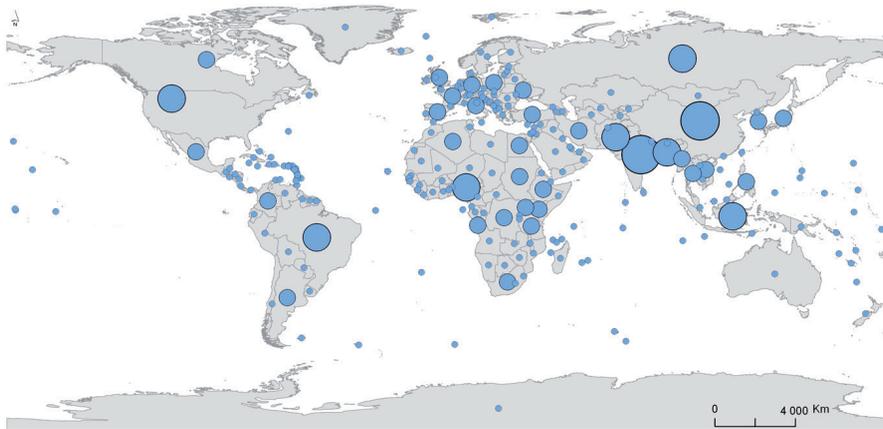


1.2 Considerações demográficas: distribuição da população no mundo

Os fatores que melhor explicam a forma como têm vindo a ser alterados os padrões da saúde e da doença são os relativos aos modelos de desenvolvimento e, conseqüentemente, às características demográficas, sociais, económicas e políticas das sociedades (Agbonifo, 1983).

O povoamento do mundo surpreende quer pela irregularidade quer pela descontinuidade quer, ainda, pela mutabilidade (figura 2.1 e 2.2).

A partir de meados do séc. XX, registou-se um crescimento populacional anual médio mais intenso nos Países em Desenvolvimento quando comparado com o que se passou no Mundo ou nos Países Desenvolvidos. No entanto, genericamente, o início do novo século



População em milhões ● 1353,6 - 315,8 ● 315,8 - 126,4 ● 126,4 - 33,8 ● < 33,8

Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2013.

Figura 2.1 – Distribuição da população mundial, segundo os países, 2012.¹

é marcado por uma desaceleração do ritmo de crescimento da população. Este facto fica a dever-se aos valores verificados nos Países Desenvolvidos, onde o crescimento anual médio tem já pouca expressão, sendo a tendência atual a estagnação².

1.3 Considerações demográficas: população urbana

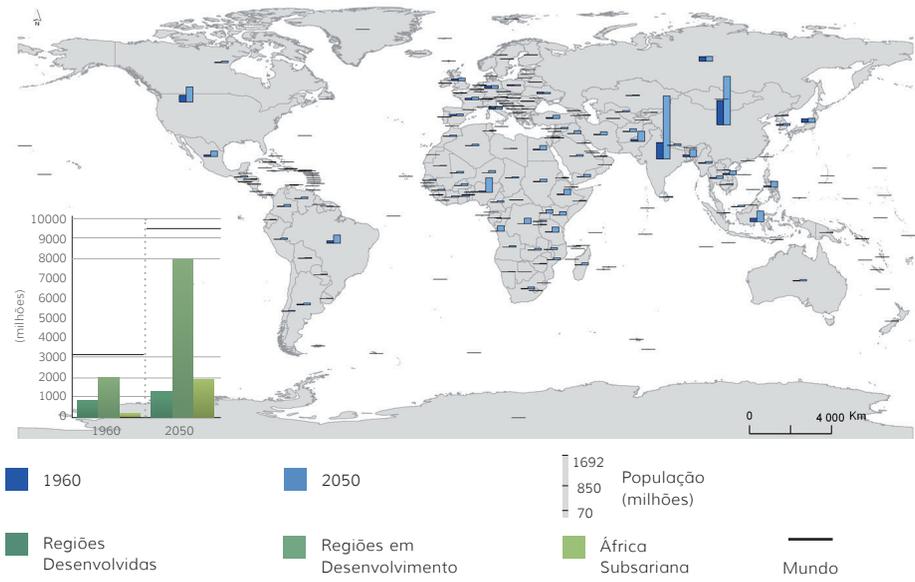
A urbanização é um aspeto importante na transição que marca o nosso século. Hoje, é um fenómeno global e verifica-se ser mais acentuado nos países em desenvolvimento.

Entre 1960 e 2010, a população urbana triplicou; nos países em desenvolvimento passou a ser de 2.601 milhões. Esta tendência manter-se-á nos próximos 15 anos. As dez maiores cidades do mundo, em 2025, para além de Tóquio, Nova Iorque e Los Angeles, irão localizar-se em Países em Desenvolvimento: Deli, Xangai, Bombaim, Dacca, Pequim, Carachi, Calcutá, Manila e Shenzhen (na Ásia), Cidade do México e São Paulo (América Latina) e Lagos (África) (NU, 2012).

As cidades, principalmente as dos países mais pobres, continuam a atrair população (figura 2.3). Em 2011, nos países em desenvolvimento, 62% das maiores cidades tinham

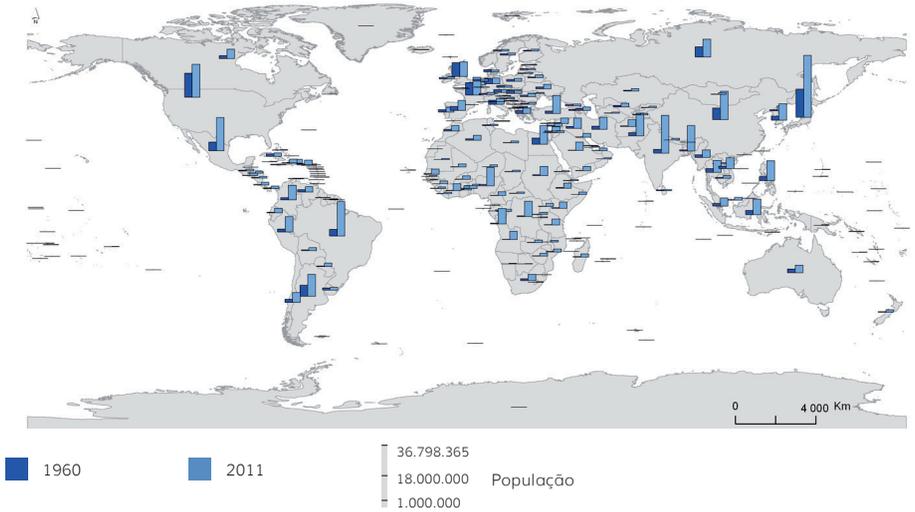
¹ A construção das classes nos mapas apresentados neste capítulo têm por base a média e o desvio-padrão da distribuição do indicador, excepto o mapa da Figura 2.13 que tem por base quintis.

² Em 2012 a população do Mundo era de 7.052,1 milhões de habitantes (5902,2 milhões nos Países em Desenvolvimento e 1.244,1 milhões nos Países Desenvolvidos) e, em 2050, prevê-se que sejam 9.306,1 milhões (7.964,2 milhões nos Países em Desenvolvimento e 1.311,3 milhões nos Países Desenvolvidos).



Fonte: Elaborada a partir de NU, 2012.

Figura 2.2 – População em 1960 e população estimada para 2050, segundo os países.

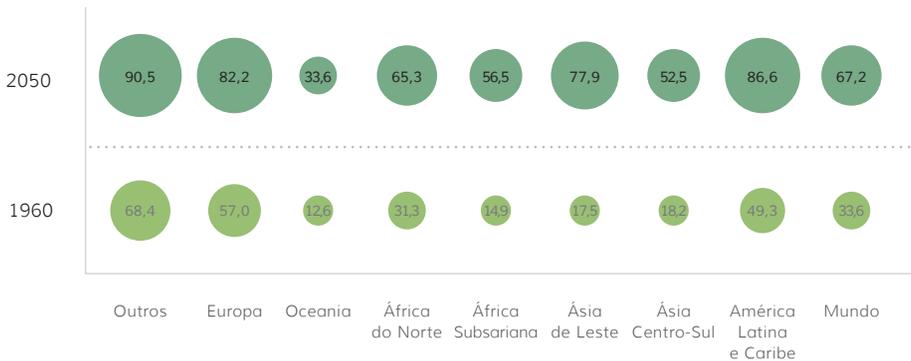


Fonte: Elaborada a partir de BM, 2013.

Figura 2.3 – População na maior cidade em 1960 e 2011, segundo os países.

mais de 750.000 habitantes; ou seja, as maiores cidades dos países em desenvolvimento têm cerca de três vezes mais população do que as dos países desenvolvidos. Das 23 cidades com mais de 10 milhões de habitantes no ano de 2011, 18 localizam-se em países em desenvolvimento (Ásia: 12; América Latina: 4; África: 2).

Embora os países em desenvolvimento apresentem forte atração urbana no início do séc. XXI, as suas populações continuam a viver maioritariamente em espaços rurais. Todavia, em 2050 estima-se que cerca de 64% da população dos países mais pobres viva nas cidades, enquanto nos países mais desenvolvidos esse valor será de 86% (figura 2.4)³.



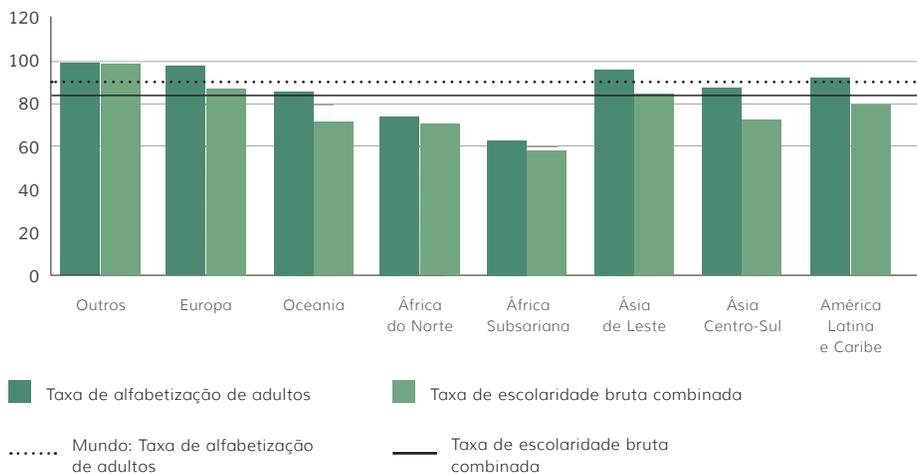
Fonte: Elaborada a partir de NU, 2012.

Figura 2.4 – População urbana 1960 e 2050 (percentagem), segundo as Regiões do Mundo.

1.4 Considerações sociais e económicas e de acesso aos cuidados de saúde

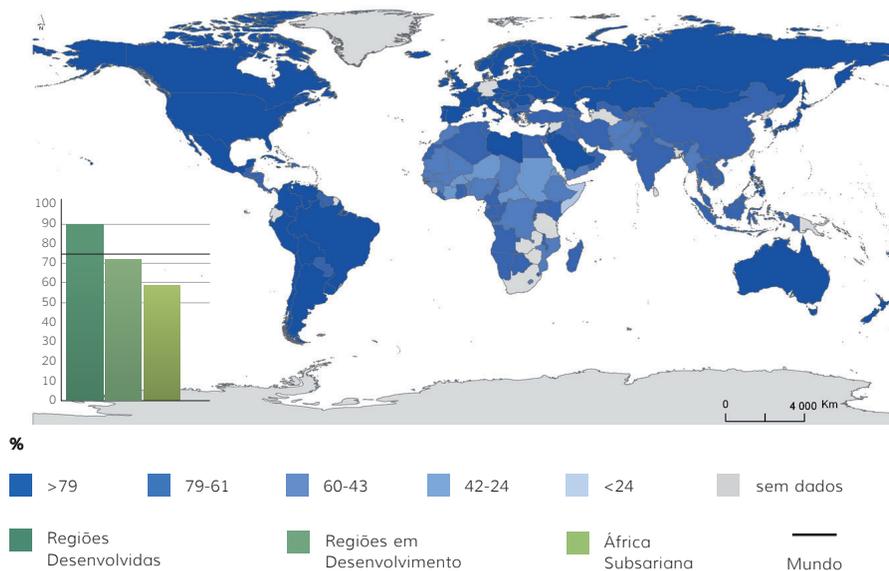
Constata-se que, no Mundo, as desigualdades em saúde se verificam entre as diferentes regiões, sendo as mais pobres as que, cumulativamente, apresentam piores indicadores relativos às condições de habitação, de alimentação e de instrução. São locais onde a probabilidade de contacto com os serviços de saúde de qualidade e em quantidade que assegure a continuidade dos cuidados quase nunca é garantida, em consequência da falta de acesso em geral e do geográfico, em particular (Illsley e Le Grand, 1993; Jenkin, 1984).

3 Os resultados deste capítulo têm por base informação que permite comparar um conjunto de indicadores relativos a 195 países. Para facilitar a comparação entre grandes regiões, utilizaram-se duas classificações dos principais grupos mundiais: a) Países Desenvolvidos (48) e Países em Desenvolvimento (147), com destaque, dentro dos países em desenvolvimento, para os da África Subsariana (48), pelas características específicas de grande privação; b) Europa (43), Oceânia (12, não inclui os países Austrália e Nova Zelândia), África do Norte (6), África Subsariana (48), Ásia Centro-Sul (43), Ásia de Leste (5, não inclui o Japão), América Latina e Caribe (33) e Outros (5). Os resultados têm como principais fontes de informação as bases de dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e do Banco Mundial (BM). A base de dados do BM considera um total de 214 países, mais 19 que a base do PNUD.



Fonte: Elaborada a partir de BM, 2013 e PNUD, 2013.

Figura 2.5 – Taxa de alfabetização de adultos (valores percentuais relativos à população com 15 ou mais anos) 2007-2011 e Taxa bruta de escolaridade todos os níveis (valores percentuais da população entre os 6 e os 23 anos) 2011.



Fonte: Elaborada a partir de UNESCO, 2012.

Figura 2.6 – Taxa Bruta de escolaridade, todos os níveis, 2011 (valores percentuais da população entre os 6 e os 23 anos).

Em 2010 (PNUD, 2013) observam-se variações regionais tendo em conta fatores importantes para a saúde e para o desenvolvimento humano:

1. Apesar das taxas de alfabetização de adultos e de escolaridade terem aumentado consideravelmente nos últimos vinte anos nos países em desenvolvimento, continuam a observar-se aí os valores muito baixos (figura 2.5). Assim, pode afirmar-se que os desequilíbrios na educação são visíveis no quadro mundial, continuando a registar-se os níveis mais baixos de índice de educação na África Subsaariana, correspondendo a valores mais baixos das taxas brutas de escolaridade combinada dos ensinos primário, secundário e superior e das taxas de alfabetização e adultos (figura 2.6).

2. A taxa de crescimento anual do PIB a preços de mercado (em USD) em 2012 regista diferenças entre regiões, com alguns países a apresentarem valores negativos de crescimento (figura 2.7). Com valores negativos apresentam-se 28 países, com Sudão, Grécia e Portugal a evidenciarem os valores mais baixos (-10,1, -6,4 e -3,2, respetivamente). A distribuição deste indicador é reveladora de fortes assimetrias, o que condiciona o progresso e o desenvolvimento económico e social dos países e regiões. A taxa de crescimento anual do PIB varia entre 0,6, valor médio nos países mais ricos, e 3,9, valor médio nos países mais pobres.

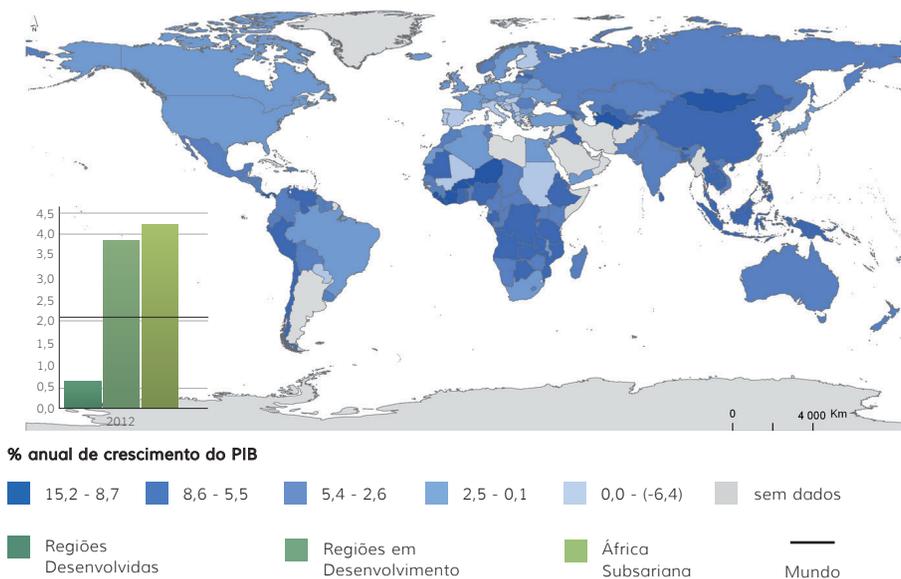
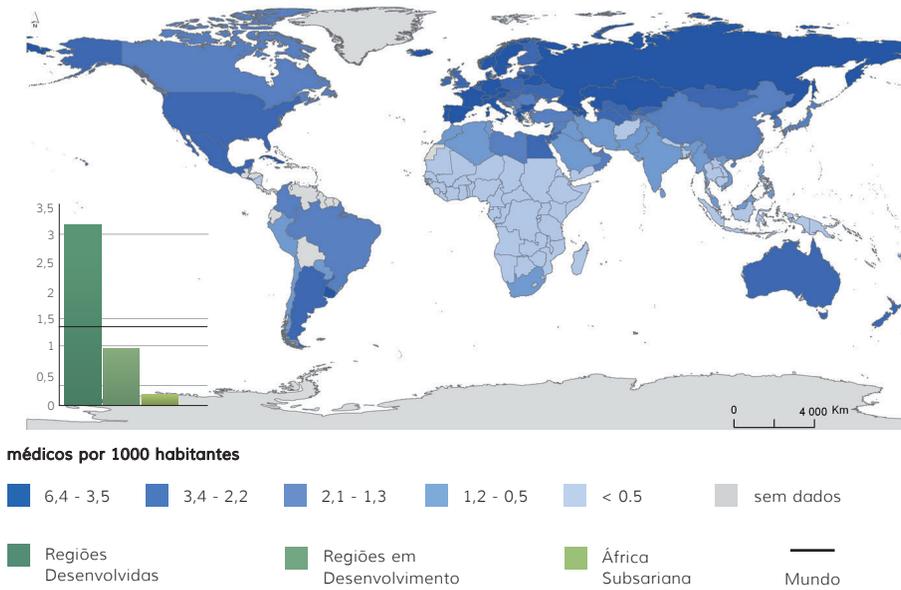
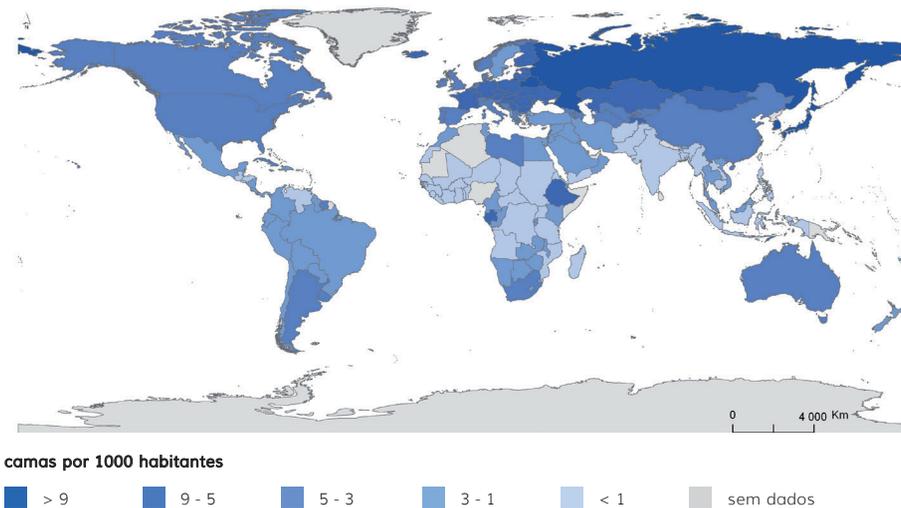


Figura 2.7 – Taxa de crescimento anual do PIB a preços de mercado com base em USD, 2012.



Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2013.
Figura 2.8 – Médicos por 1000 habitantes, em 2005-2010.



Fonte: Elaborada a partir de BM, 2013.
Figura 2.9 – Camas por 1000 habitantes, 2005-2010.

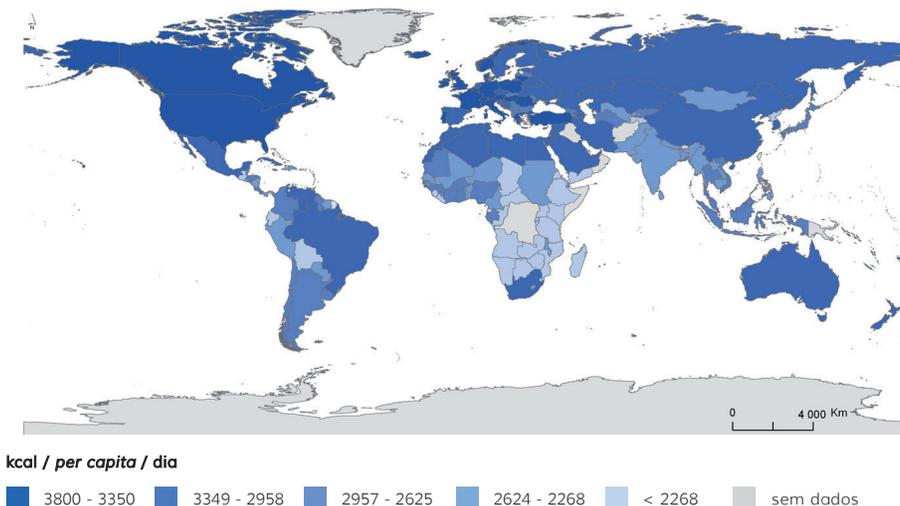
3. A média da despesa pública na saúde (em % do PIB) era de 4,7% em 1990 e passou para 6,5% em 2010. Nos países da África Subariana, em 2010, esse valor é de apenas 3,0%.

4. A disponibilidade de médicos (figura 2.8) (1,4; 1,0 e 3,2 por 1000 habitantes, respetivamente no Mundo, nos países em desenvolvimento e nos países desenvolvidos) é reveladora das fortes variações geográficas no que respeita à oferta de cuidados de saúde. A corroborar este facto, observe-se a distribuição das camas hospitalares que replica os desequilíbrios que se verificam para os médicos (figura 2.9).

5. Em 2008, nos países da África Subariana, a população sem acesso à água potável (31,4%) e ao saneamento (65,8%) é ainda elevada, revelando situações de grande precariedade, associadas a baixos níveis de bem-estar.

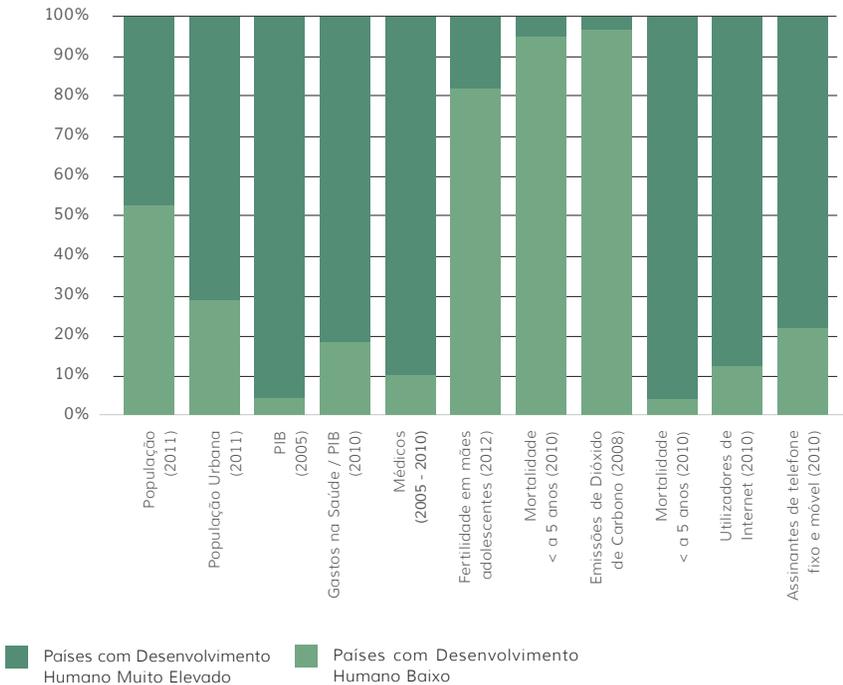
6. Nos países mais pobres são consumidas menos calorias diárias *per capita* (figura 2.10). A oferta diária de calorias *per capita* sofreu um aumento no conjunto de todos os países do Mundo, sendo a variação maior nos países em desenvolvimento.

7. O consumo de bens e serviços aumentou rapidamente nos países em desenvolvimento, especialmente em bens básicos como a energia. Em 2009⁴ a taxa de eletrificação era de 76,5% (% de população com eletricidade). Apesar disso, nos países da África Subariana



Fonte: Elaborada a partir de FAOSTAT, 2013.

Figura 2.10 – Quilocalorias diárias *per capita*, 2009.



Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2013 e NU, 2012.
 Figura 2.11 – Desigualdades entre Países com Desenvolvimento Baixo e Muito Elevado, 2012.

apenas 34,9% da população tem eletricidade. As diferenças são assinaláveis quando se compara, por exemplo, com a taxa de eletrificação dos países desenvolvidos, 99,7%.

8. Os países com desenvolvimento humano muito elevado possuem 47% da população mundial, mas representam 95% de PIB, 82% dos gastos na saúde/PIB, 91% de médicos, 97% das emissões de dióxido de carbono, 87% de utilizadores de internet e 78% dos assinantes de telefone fixo e móvel (figura 2.11).

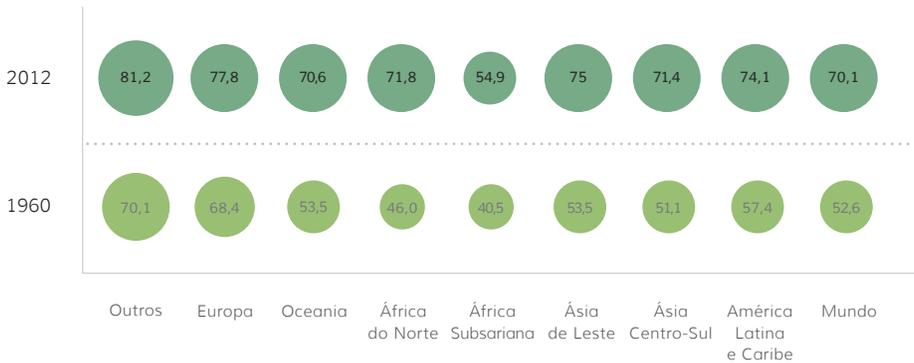
A distribuição desigual do consumo mundial desencadeou uma enorme acumulação de carências em áreas essenciais ao desenvolvimento humano. As carências de consumo travam o desenvolvimento e conduzem à pobreza.

Todavia, a ligação entre o consumo e desenvolvimento não é automática e nem sempre é positiva. É que, em muitos países, o desenvolvimento aparece como sendo exclusivamente favorável aos mais ricos – não aos mais pobres (PNUD, 2000; Santana, 2009a; Santana, 2009b).

1.5 Variação territorial nos principais indicadores de saúde

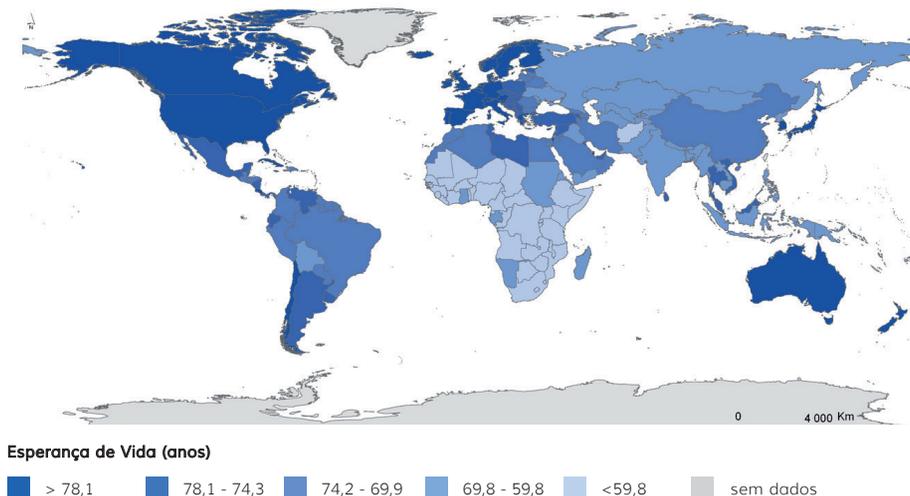
As variações na esperança de vida à nascença, entre regiões, países e, dentro do mesmo país, entre áreas urbanas e rurais, são elevadas, apesar do aumento verificado nas últimas décadas na esperança de vida, genericamente, em quase todos os países do Mundo.

De facto, nas últimas cinco décadas, a esperança de vida aumentou no Mundo de 52,6 para 70,1 anos (figura 2.12). O progresso mais rápido no aumento da



Fonte: Elaborada a partir de BM, 2013 e PNUD, 2013.

Figura 2.12 – Esperança de vida à nascença (anos de vida), 1960 e 2012, segundo as Regiões do Mundo.



Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2013.

Figura 2.13 – Esperança de vida à nascença, 2012.

esperança de vida, a nível mundial, registou-se nos países em desenvolvimento, com cerca de dezoito anos de vida ganhos. Destaque para países com progressos notáveis: Maldivas (37 para 77), Vietname (44 para 75), Omã (42 para 73), Nepal (38 para 69) e Butão (37 para 68). Nos países da África Subsariana a variação foi de 14,3 anos de vida ganhos.

Mas enquanto em 2012, em média, os países em desenvolvimento atingem uma esperança de vida de 67,3 anos (Serra Leoa, Guiné-Bissau, República Democrática do Congo, Lesoto, Suazilândia, Afeganistão, República Centro-Africana, Zâmbia, Chade, não atingem os 50 anos), nos países desenvolvidos este indicador é de 78,1 anos (Austrália, Mónaco e Suíça chegam aos 82 anos; Japão: 83 anos) (figura 2.13).

Uma das causas do aumento da esperança de vida foi a diminuição da mortalidade infantil entre 1970 e 2010, com grande expressão nos países da África do Norte (- 88 óbitos com menos de 1 ano por 1000 nados-vivos), Ásia Centro-Sul (- 77 óbitos com menos de 1 ano por 1000 nados-vivos) e África Subsariana (- 60 óbitos com menos de 1 ano por 1000 nados-vivos) (figura 2.14). No entanto, apesar deste facto, em 2010 as variações regionais na taxa de mortalidade infantil são dramáticas. As diferenças entre países são assinaláveis e podem observar-se na figura 2.15. É também nos países mais pobres que se registam as mais altas taxas de mortalidade dos menores de 5 anos e de mortalidade materna (figuras 2.16 e 2.17).

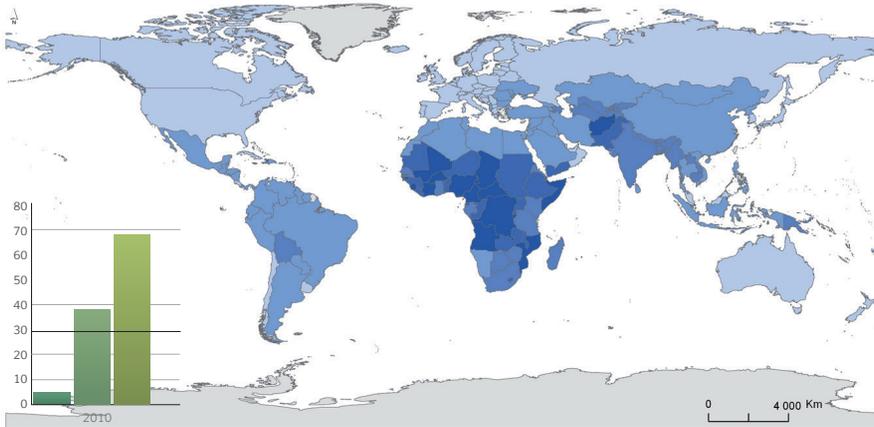
O envelhecimento é uma das consequências do aumento da esperança de vida. Em 2012, em cada 100 pessoas cerca de 8 têm 65 e mais anos. O envelhecimento é mais elevado nos países desenvolvidos (16%) e mais baixo nos da África Subsariana (3%). A população mais jovem é, percentualmente, mais elevada nos países em desenvolvimento.

O desenvolvimento de um país implica uma população ativa que suporte, financeiramente, a não ativa (população com idade superior a 64 anos e inferior a 15



Fonte: Elaborada a partir de BM, 2013 e PNUD, 2013.

Figura 2.14 – Taxa de Mortalidade Infantil, 1970 e 2010 (por 1000 nados-vivos).

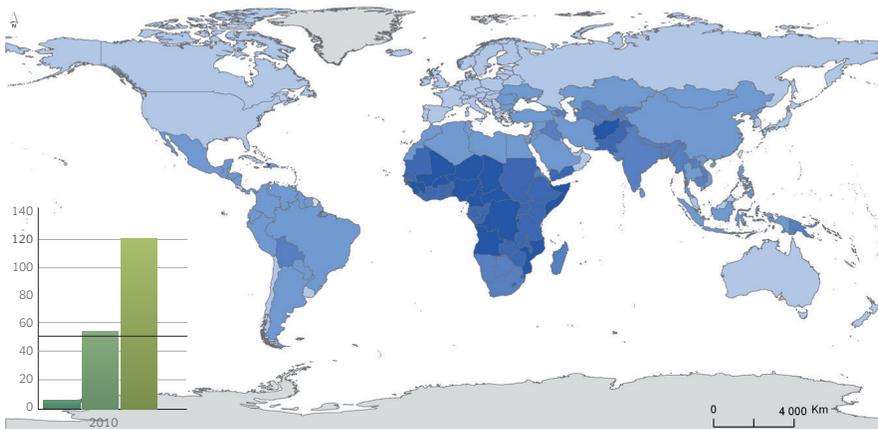


Óbitos por 1.000 nados-vivos



Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2013.

Figura 2.15 – Taxa de Mortalidade Infantil, 2010.

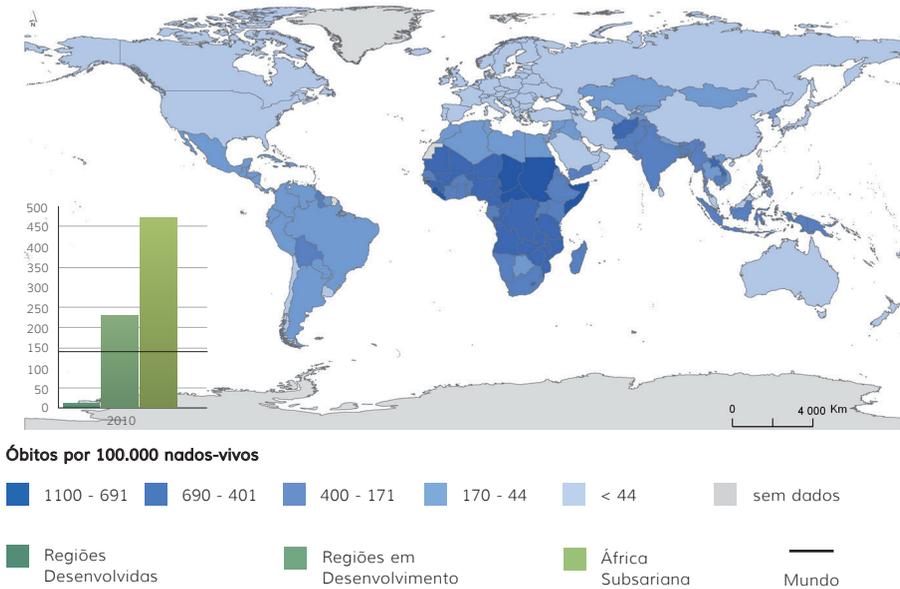


Óbitos por 1.000 nados-vivos



Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2013.

Figura 2.16 – Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos, 2010.



Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2013.

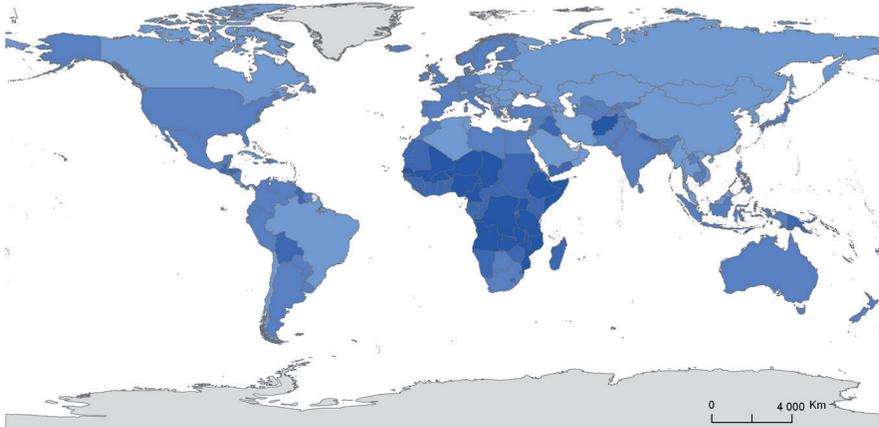
Figura 2.17 – Taxa de Mortalidade Materna, 2010.

anos). Para isso importa conhecer o índice de dependência total. Este indicador mede o esforço que é pedido à população em idade ativa (15-64 anos) de um país ou região para suportar os dependentes jovens e os dependentes idosos.

Em 2012, considerando a população do Mundo, para cada 100 pessoas com menos de 15 e mais de 64 anos existem cerca de 54 com idade compreendida entre 15 e 64, considerados potencialmente ativos. Os valores extremos deste indicador encontravam-se na África Subsariana – mais alto – e na Ásia Oriental excluindo China – mais baixo (figura 2.18).

Verifica-se que a maior proporção de população jovem reside nos países mais pobres, contribuindo para o coeficiente de dependência total elevado, pelo peso dos dependentes jovens sobre os ativos. Não fora o facto de estes países, genericamente, sofrerem o flagelo de taxas de mortalidade prematuras muito elevadas (por exemplo, infantil, de crianças e jovens adultos – materna) e estaríamos perante países com francas possibilidades de progresso económico.

Na sequência do indicador anterior, é importante observar também o coeficiente de dependência de idosos (figura 2.19). Em oposição ao que se observa nos países em desenvolvimento, localizados no hemisfério sul, os valores mais altos observam-se nos países desenvolvidos.

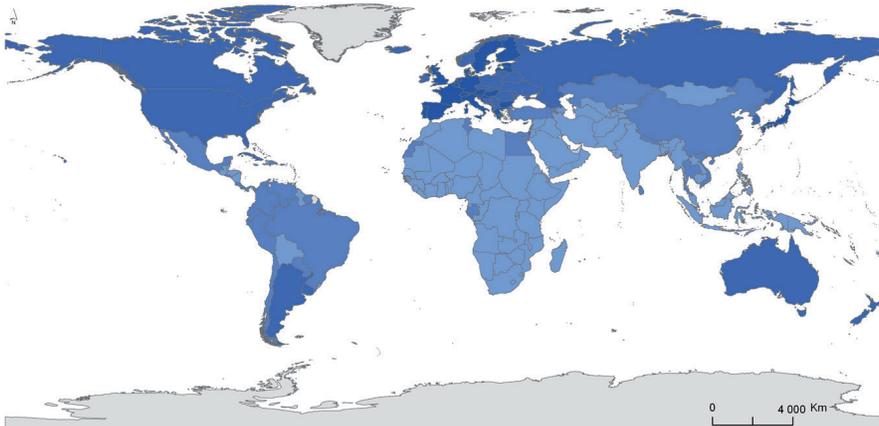


Habitantes dos 0 aos 14 anos e com 65 ou mais anos por 100 habitantes em idade ativa



Fonte: Elaborada a partir de BM, 2013.

Figura 2.18 – Índice de Dependência Total, 2012.



Habitantes com 65 ou mais anos por 100 habitantes em idade ativa



Fonte: Elaborada a partir de BM, 2013.

Figura 2.19 – Índice de Dependência de Idosos, 2012.

As variações na fertilidade são causa e consequência do desenvolvimento económico e social, bem como da adoção de políticas específicas (anti-natalistas e ou de planeamento e controlo da natalidade). A taxa de fertilidade total, em 2000, era de 3,9 nados-vivos por cada mulher entre os 15 e os 49 anos nos países em desenvolvimento e 1,5 nos países desenvolvidos. No ano de 2012 o valor dos países em desenvolvimento sofre um decréscimo, passando a ser de 3,2. Mantem-se o valor de 1,5 para os países desenvolvidos. O valor extremo mais baixo (1,1) regista-se na Bósnia e Herzegovina e valor mais alto (7,0) no Níger.

2. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No século XX ocorreu uma autêntica revolução na saúde que teve reflexos na alteração demográfica - transição demográfica – e na mudança de padrões de doença – transição epidemiológica (Curtis, 1987; Stolnitz, 1996). Esta última resulta num maior número de causas de morte e de incapacidade que vão desde doenças infecciosas às não contagiosas ou designadas de doenças crónicas (cancro, doenças do coração, acidentes vasculares cerebrais e perturbações mentais, são as que se destacam) (Santana, 2009a, Santana, 2009b).

Em síntese, podem hierarquizar-se os fatores, por ordem do respetivo impacto, que contribuíram para a transição demográfica e epidemiológica: a) melhoria da nutrição e das condições de vida individual; b) melhoria do ambiente (comunidade) através de legislação na saúde pública e na administração; c) efeitos diretos da intervenção médica (Phillips, 1985; Phillips, 1990; Philips e Verhasselt, 1994; Stolnitz, 1996).

McKeown (1976), argumenta que, após 1960, as alterações médicas apenas contribuíram de maneira insignificante para o declínio da mortalidade das doenças infecciosas. Esquece, contudo, o trabalho de prevenção e o estabelecimento de medidas de saúde pública levado a cabo pelos médicos.

Consideram-se quatro grandes períodos na evolução das doenças e, consequentemente, das causas de morte.

O período até ao século XVII, com destaque para os 100 anos entre 1348 e 1448, foi designado como a "Idade de Ouro da Bactéria" (*Golden Age of Bacteria*). Caracteriza-se pela dominância de doenças como a peste, a lepra, a sífilis, o sarampo, o tifo e a desintéria. Por exemplo, entre as primeiras comunidades agrícolas e a pré-industrialização, as taxas de mortalidade associada a crises resultantes de falta de alimentos são superiores três ou quatro vezes à taxa normal, enquanto a que corresponde à das doenças infecciosas é vinte vezes superior.

O período entre 1680 e 1850 corresponde à transição entre o padrão pré-industrial, caracterizado pelas doenças infecciosas e deficiência alimentar, e o padrão presente, dominado pelas doenças crónicas não infecciosas, tais como doenças de coração e cancro, as quais começaram a ter significado há cerca de 250 anos na Europa.

A partir de 1850 verifica-se o declínio das doenças infecciosas, sendo este facto o principal responsável pela grande diminuição das taxas de mortalidade. Todavia, verifica-se a dominância das doenças crónicas, como o cancro e as doenças do coração. Mais recentemente, as causas externas (acidentes, suicídios, homicídios) também contribuem consideravelmente para a mortalidade.

Todavia, a transição epidemiológica não ocorreu de forma simultânea em todo o mundo, e em algumas regiões tarda em fazer-se sentir. Em alguns países em desenvolvimento, por exemplo, as principais causas de morte continuam a ser as doenças infecto-contagiosas. No entanto, as doenças crónicas não transmissíveis como o cancro, doenças cardiovasculares e diabetes, e os acidentes e outras causas externas (e.g., suicídios, homicídios), que estão relacionadas com os estilos de vida, envelhecimento e desastres ambientais, estão em crescimento em quase todos os territórios. Por outro lado, as alterações recentes nas estruturas económicas e sociais têm vindo a traduzir-se em *stress* social e psicológico. Refira-se, a título de exemplo, as consequências na saúde do desemprego e o do subemprego, que são problemas comuns com que se defrontam os países desenvolvidos e em desenvolvimento (CDSS, 2010).

Enquanto importantes progressos têm vindo a ser conseguidos no controlo e prevenção de algumas destas doenças, o mundo vai assistindo a um recrudescimento de antigas doenças como a tuberculose, a difteria, a malária e a cólera. A par destas, novas doenças como a SIDA constituem uma ameaça para a população mundial e afetam as hipóteses de desenvolvimento das comunidades (Elender, Bentham e Langford, 1998; Moatti, 2000).

Mais de mil milhões de pessoas entraram no séc. XXI sem terem beneficiado da revolução na saúde e, em consequência, vivem uma vida curta e flagelada por doenças. Para muitos coloca-se o duplo problema: as doenças dos pobres (infecciosas e parasitárias) e o rápido crescimento das não contagiosas (acidentes, diabetes, doenças do coração). Outros, embora não tão pobres, enfrentam dificuldades para garantirem a sua saúde, por não terem acesso a cuidados de saúde em tempo útil ou de qualidade (Santana, 2009a; Santana, 2009b). Por exemplo, em países economicamente desenvolvidos, alguns grupos sociais debatem-se com problemas relacionados com o pagamento de tratamentos cada vez mais caros.

Mas não é só nos países em desenvolvimento que se verifica a reemergência de algumas doenças. A difteria, por exemplo, reapareceu em países da ex-união soviética. A tuberculose voltou a aparecer em quase todos os países, na maior parte dos casos associada à SIDA e ao fenómeno de resistência aos medicamentos.

2.1 Das doenças infecciosas às doenças crónicas e causas externas

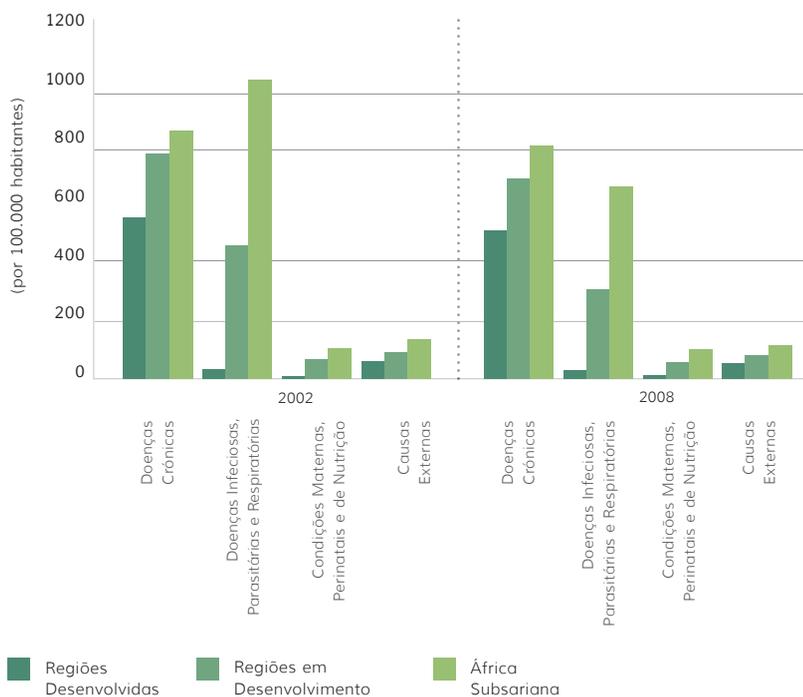
A observação das figuras 2.20 e 2.21 revela que a mortalidade tem vindo a diminuir nos últimos anos, quer nos Países Desenvolvidos quer nos Países em Desenvolvimento (incluindo os da África Subsariana): considerando os valores de 2008, os grandes grupos de causas de morte em análise revelam valores inferiores aos de 2002.

Outro tipo de análise permite considerar as diferenças entre o modelo Ocidental (a) acelerado, que ocorre nos países desenvolvidos, e o dos países ainda em desenvolvimento (b), exemplificando com as taxas de mortalidade por doenças crónicas, com os primeiros a apresentarem, por 100.000 habitantes, 495 óbitos e os segundos 674, em 2008. São exemplos de países:

Modelo (a): Estados Unidos, Japão, Reino Unido, Suécia, Alemanha, Nova Zelândia e Austrália;

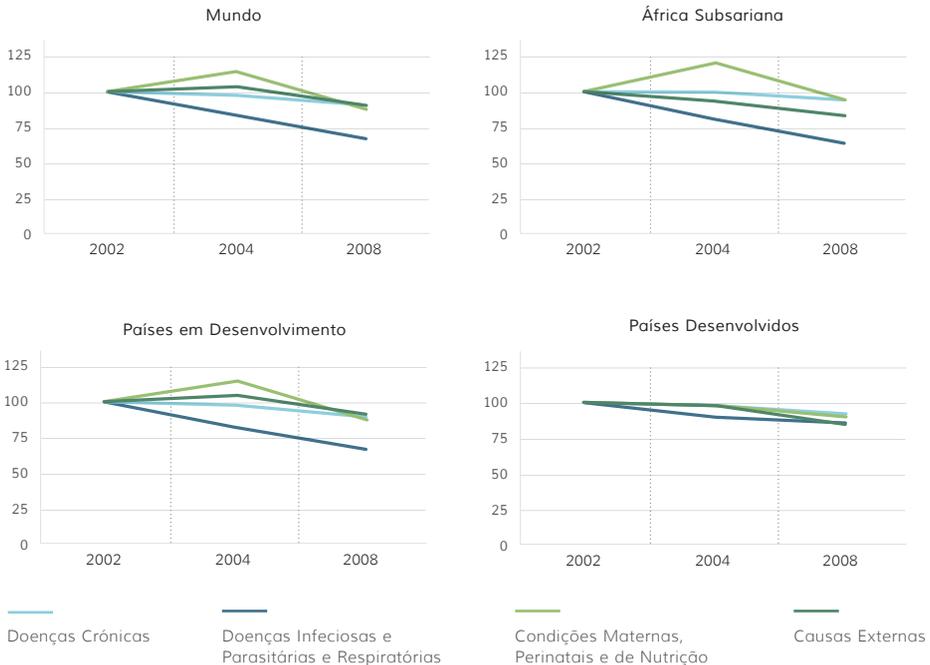
Modelo (b): Zimbabwe, Lesoto, África do Sul, Suazilândia, Serra Leoa, Botswana, República Centro Africana e Malawi.

As comparações entre as taxas de mortalidade devem atender à distribuição da estrutura de idades. Por exemplo, o Sri-Lanka tem uma taxa de mortalidade bruta mais baixa do que a Suécia porque a população é mais jovem. Por esse facto, devem ser observadas razões padronizados pela idade ou, se possível, comparar as taxas em idade específica da morte.



Fonte: Elaborada a partir de WHO, 2004 e 2011.

Figura 2.20 – Taxa de Mortalidade padronizada pela idade por grupo de causas de morte, 2002 e 2008, nos Países Desenvolvidos, Países em Desenvolvimento e África Subsaariana.



Fonte: Elaborada a partir de WHO, 2004, 2009 e 2011.

Figura 2.21 – Evolução da Taxa de Mortalidade padronizada pela idade por grupos de causas de morte (por 100.000 habitantes) em 2002, 2004 e 2008 (valor base, ano 2002 = 100).

Por outro lado, a distribuição das causas de morte também varia em função do género: mortalidade prematura mais elevada nos homens em acidentes de viação, de trabalho, tumor maligno do pulmão, SIDA, são alguns exemplos registados em Portugal.

2.2 Fatores explicativos na base da alteração dos padrões de mortalidade

Até meados do século vinte consideravam-se os avanços médicos como o maior contributo para o declínio da mortalidade.

A prática da medicina através da proliferação de serviços de saúde é, genericamente, acompanhada pelo aumento dos níveis de saúde (quantidade e qualidade). No entanto, a medicina é fundamentalmente uma intervenção física e química, estando longe da reestruturação completa da "normalidade" e bem-estar dos indivíduos (Dubos, 1968).

Quando se analisa a evolução da Medicina e a sua relação com a saúde consideram-se duas fases. A primeira, próxima da ideia da etiologia da doença com agentes

específicos patogénicos; uma relação mais técnica do que social entre o médico e o doente. A segunda preocupa-se com o indivíduo enquanto membro de uma comunidade; mais do que a saúde puramente biológica, a saúde implica o bem-estar, interrelacionando-se com a satisfação das necessidades sociais, com a capacidade funcional de produzir e aumentar rendimentos e com a reposição da “normalidade” dos desempenhos sociais.

De facto, a literatura sobre as desigualdades em saúde (CDSS, 2010; WHO, 2013) comprova que fatores como o rendimento, o nível de instrução (principalmente das



No entanto, nem todos os países europeus têm partilhado de forma igual o desenvolvimento social, económico e de saúde. Embora as circunstâncias sociais e económicas tenham melhorado em todos os países, as diferenças permanecem e a saúde sofreu, particularmente nos países do leste da Região Europeia. Mesmo os países mais ricos têm visto aumentar as desigualdades nas condições de vida das pessoas e diminuir a mobilidade social e a coesão social. Como resultado provável dessas mudanças, as iniquidades na saúde não estão a diminuir; estão a aumentar em muitos países. (WHO, 2013: 1)

mulheres adultas), a produção e a utilização de novos conhecimentos, têm associações fortes com a saúde, variando no mesmo sentido. Ou seja, quando aumenta a instrução ou o rendimento, por exemplo, aumenta o nível de saúde das populações.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde identificou 20 fatores de risco associados às principais causas de morte que ocorrem no Mundo. A hierarquia destes fatores de risco varia consoante se observe o conjunto dos países em desenvolvimento (baixo peso, prática de relações sexuais não protegidas, má qualidade da água, deficiência nutricional em ferro, zinco e vitamina A, poluição dentro de casa pela utilização de combustíveis sólidos, pressão arterial alta, consumo de tabaco, colesterol elevado e consumo excessivo de álcool) ou os países desenvolvidos (consumo de tabaco, pressão arterial alta, consumo de álcool, colesterol elevado, obesidade, consumo baixo de frutas e vegetais, inatividade física, consumo de drogas ilícitas, prática de relações sexuais não protegidas).

A diferença nos fatores de risco entre os dois conjuntos de países revela-se não só na hierarquia das principais determinantes mas também na influência que cada um dos fatores tem sobre a probabilidade de ocorrência da doença ou morte. Por exemplo, nos países em desenvolvimento, as determinantes que se posicionam em primeiro lugar são os fatores associados ao ambiente, físico e social (e.g., acesso a água tratada; subnutrição; poluição dentro de casa pela queima de combustíveis sólidos; relações sexuais não protegidas).

Todavia, a pressão arterial alta, o consumo de tabaco e de álcool em excesso são também responsáveis por parte significativa dos óbitos que se registam nos países mais pobres.

Os desafios que se colocam aos países em desenvolvimento são imensos (forte atração da população às cidades, com alteração do quadro demográfico das áreas de saída e de chegada, aumento das iniquidades, escassez de recursos económicos e humanos, crescente aumento das expectativas) e nem sempre os sistemas de saúde têm capacidade para proporcionar mais e melhor saúde à sua população; ou por questões de forte instabilidade política, económica e social, ou porque os sistemas de saúde não incorporam atividades que tenham como objetivo modificar as determinantes contextuais da saúde (Freitas *et al.*, 2008). Para que efetivamente seja possível melhorar, manter ou recuperar a saúde, é necessário que o sistema de saúde dos países em desenvolvimento seja mais do que um conjunto de organizações públicas e privadas que prestam serviços ao indivíduo e à comunidade. É necessário promover o diálogo entre os vários setores que afetam direta ou indiretamente a saúde das populações, utilizando a evidência científica que revela as fortes associações entre as determinantes do meio ambiente (físicos, sociais, económicos, culturais) e a saúde.

À semelhança do que tem vindo a acontecer, no médio e longo prazo, os países de rendimento mais alto continuarão a investir elevados montantes na investigação e desenvolvimento, o que continuará a produzir impactos positivos na saúde de apenas alguns grupos mais afluentes. Nesses mesmos países, por outro lado, prevê-se que venham a ser investidos montantes bem menores na resolução de problemas dos grupos mais pobres e socialmente excluídos. O resultado será a diminuição da saúde em geral e o aumento da pobreza (Elender, Bentham e Langford, 1998).

O que se verifica, genericamente, é que as diferenças entre pobres e ricos aumentam, quer se trate de países ricos quer se trate de países pobres. Por isso, hoje é pacífico reconhecer que é mais importante conhecer como é efetuada a redistribuição interna do rendimento nacional do que a mera consideração do rendimento *per capita* de um país.

2.3 A nutrição como determinante da saúde

Verifica-se uma relação forte e complexa entre a dieta alimentar, a nutrição e a saúde. A dieta alimentar é um elemento da cadeia que se associa com o tipo de sociedade. Ou seja, a nutrição depende, diretamente, da capacidade económica e social dos países ou dos grupos.

O crescimento da população nem sempre foi acompanhado pelo aumento dos recursos e varia de país para país. O aumento da taxa bruta de crescimento da população é cerca de três vezes mais rápido nos países mais pobres do que nos mais ricos. Por outro lado, o crescimento da população nos países pobres não é acompanhado pelo crescimento da economia. As consequências têm sido visíveis no aumento da fome que, em alguns casos, é de tal forma dramática, que atua como causa de morte direta ou indireta (Deo, 1980).

Por outro lado, a evolução na produção dos alimentos transforma a dieta alimentar. As mudanças na dieta, principalmente durante o século XX, fizeram-se sentir na saúde das populações, do seguinte modo: a) dieta muito pobre em calorias· nos países em desenvolvimento é causa de morte por doenças associadas à subnutrição; b) padrões de consumo alimentar moderno (ricos em calorias) nos países desenvolvidos têm efeitos sobre a saúde fazendo aumentar as doenças crónicas (e.g., obesidade, com consequências na diabetes de tipo II, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças osteomusculares, cancro da mama, doenças da vesícula biliar); c) globalização dos consumos alimentares, e os efeitos sobre a saúde, desencadeiam patologias em grupos antes protegidos pelo tipo de dieta alimentar.

2.4 As perturbações mentais como determinante de morbilidade e mortalidade

O *British Department of Health and Social Security* (DHSS, 1975: 10) descreve as perturbações mentais como: (...) *um problema social central, talvez "o" problema central de saúde do nosso tempo*. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), as perturbações mentais são uma das principais causas de incapacidade e do aumento das taxas de mortalidade (Smith, 1978; Winn, 1987).

A saúde mental resulta de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, sociais e de contexto. A evidência empírica sugere que aspetos do ambiente podem influenciar a saúde mental para além das características individuais, *i.e.* o efeito da vizinhança/lugar.

Na última década análises estatísticas multi-escala confirmaram que o contexto tem efeito sobre a saúde, independentemente, ou para além, das características individuais. O ambiente social é influenciado pelas dimensões de estabilidade residencial (e.g., alojamento permanente e migração), estrutura familiar (e.g., isolamento), capital e coesão social, qualidade do ambiente construído e composição étnica. Por outro lado, as mudanças sociais constituem-se como poderosos "determinantes" da saúde; as crises económicas estão associadas ao aumento das doenças mentais e, em alguns casos, à diminuição da esperança de vida (morre-se mais e mais cedo) (CDSS, 2010).

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010) vem reafirmar que as comunidades que asseguram o acesso a bens básicos e fomentam a coesão social são essenciais para a equidade em saúde e, particularmente, para a saúde mental das populações. A abordagem das determinantes sociais identifica que melhorias nas condições de vida no que diz respeito ao rendimento, habitação, transporte, emprego, educação, assistência social e serviços de saúde terão impactos na saúde mental das populações (Miles *et al.*, 2011; Johns *et al.*, 2012).

A “causalidade” das doenças mentais pode sintetizar-se atendendo a dois aspetos. O primeiro, relativo ao contexto social das doenças mentais: a incidência das doenças mentais varia de acordo com as características individuais (estatuto socioeconómico, idade, género, estado civil) culturais, habitacionais, de trabalho (emprego/desemprego) e de organização do território. O segundo aspeto diz respeito à perspetiva espacial das doenças mentais: a urbanização e a esquizofrenia (Smith, 1978; Winn, 1987).

A urbanização intensa, e em alguns casos difusa e desorganizada/caótica, está associada a novos padrões de mortalidade (Harpham e Tanner, 1995; Harpham e Mluie, 1995) (e.g., homicídios, suicídios, *overdose* de drogas) em consequência da situação de grande vulnerabilidade psicológica de alguns grupos de risco dos quais se destacam os jovens urbanos (e.g., violência, uso de drogas), as famílias monoparentais, os desempregados de longa duração, os idosos, os mais pobres, a população de isolados (o contexto) (Rutz, 2000). Em países com diferentes níveis de infraestrutura e organização do sistema de saúde, estes problemas sociais representam desafios significativos de desenvolvimento (CDSS, 2010). O planeamento urbano e o *design*, bem como as condições sociais podem ter um papel positivo ou negativo na saúde humana e na equidade em saúde (Snyder *et al.*, 2011): diferentes formas de governança podem adequar agendas, programas e políticas, incluindo formas de promoção da saúde, ou perpetuar a exclusão social, a distribuição desigual de recursos e as desigualdades em saúde.

Em síntese, existem fenómenos/fatores que aumentam a vulnerabilidade aos problemas mentais, de que são exemplo o aumento da esperança de vida, o crescente isolamento dos idosos, a desintegração social, o isolamento geográfico e social (contexto), as alterações nas estruturas familiares, os constrangimentos de vizinhança associados a espaços urbanos desorganizados (contexto), o clima, as crises económicas e financeiras relacionadas com fenómenos de pobreza, caracterizados por desemprego, condições precárias de habitação, mobilidade limitada, oportunidades de vida reduzidas (Santana, 2002), aumento de *stress* e pressão social, todos suscetíveis de impacto sobre a saúde e bem-estar (Marmot, 2004). Estes aspetos serão aprofundados no capítulo III.

3. OS CONCEITOS DE BEM-ESTAR E DE QUALIDADE DE VIDA E A SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

São vários os conceitos de bem-estar e qualidade de vida associados à saúde. Importa verificar como se articulam e como variaram ao longo do tempo.

Na Antiguidade clássica, considerava-se a qualidade de vida na sua dimensão filosófica. Na atualidade, os investigadores afastam-se cada vez mais dos indicadores negativos de doença e procuram indicadores mentais e físicos mais positivos e de

bem-estar, que possam funcionar como suplemento aos de mortalidade; ou seja, satisfação com a vida e com as condições de vida: felicidade.

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos estudos sobre esta temática, em grande medida decorrentes do aumento da esperança de vida, que agregam investigadores de várias áreas do saber (sociologia, psicologia, geografia, economia, história, medicina, farmácia, educação, criminologia, arquitetura), bem como diferentes setores que dominam a vida das populações e das comunidades (*e.g.*, habitação, transportes, artes, emprego) (Palagiano, 1986). Apesar do vasto leque de intervenientes, e talvez por isso, não se estabelece um consenso sobre a definição de qualidade de vida.

Porque, de facto, a qualidade de vida é um conceito que depende da interpretação e da perceção individual (Carr-hill, 1990; Curtis, 1987). Ou, ainda, qualidade de vida é o resultado psicométrico de conjuntos de componentes em avaliação: estado emocional, interação social, estatuto económico, estado de saúde e capacidade física (Ferreira e Santana, 2003).

Como se pode, então, entender a relação entre as características dos lugares, nas suas múltiplas dimensões (ambiental, social e económica), incluindo as práticas de planeamento do território, e a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde das populações? O trabalho científico “Criar Cidade. Amadora Saudável e Ativa” (Santana *et al.*, 2008) avaliou a inter-relação entre os aspetos do ambiente físico e social (determinantes contextuais) e as características da população (composicionais), concluindo que os resultados em saúde, bem-estar e qualidade de vida no município da Amadora dependem de quem se é e do local onde se vive.

Ou seja, a saúde é o elemento principal no desenvolvimento sustentável e, nesse sentido, a construção do LUGAR deve ter como objetivos não só a melhoria na qualidade do espaço físico (construído, de circulação e de relação), como também a capacidade de projetar as suas consequências no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades (Barton e Tsourou, 2000), principalmente em áreas urbanas (Palagiano, 1986), onde reside mais de 50% da população do Mundo.

Quando se destaca o estado de saúde referenciado à qualidade de vida está a referir-se o estado de saúde subjetivo (Wigle, 1995). Essencialmente, são analisados os efeitos percebidos do estado de saúde na capacidade de viver plenamente a vida, podendo ser aferidos com a utilização de instrumentos de medida, avaliando: a) capacidade funcional; b) estado de saúde; c) estado de sintomas e somático; d) bem-estar psíquico; e) suporte social; f) satisfação com a vida; g) independência moral; h) controlo sobre a vida; i) capacidade de adaptação e *coping*.

Por exemplo, medir o estado de saúde de populações permite definir níveis de comparação entre grupos, detetar iniquidade em relação a condições de saúde (entre diferentes patologias ou tipos de cronicidade, por exemplo), a áreas geográficas (entre regiões, países ou zonas entre os países), a condições sociais (*e.g.*, entre grupos

populacionais socialmente excluídos e os restantes), a condições económicas (e.g., entre várias classes de rendimento e ocupação), ou ainda relativas ao género e à idade (Ferreira e Santana, 2003).

O MOS SF-36 (Ferreira e Santana, 2003) é um exemplo de instrumento de medida da percepção do estado de saúde e da qualidade de vida, e que está dividido em oito dimensões: a) escala de Função Física, mede o impacto das limitações físicas na qualidade de vida; b) escala de Desempenho Físico, mede o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos; c) escala de Desempenho Emocional, mede o impacto das limitações em saúde devidas a problemas emocionais; d) escala para Dor, mede a intensidade e o desconforto causados pela dor e de que modo é que esta interfere com o trabalho normal; e) escala para a Saúde em geral, mede a percepção holística da saúde; f) escala de Vitalidade, mede os níveis de energia e de fadiga; g) escala de Função Social, mede a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas atividades; h) escala de Saúde Mental, mede a ansiedade, a depressão, a perda de controlo comportamental ou emocional e o bem-estar psicológico.

4. DESENVOLVIMENTO HUMANO E SAÚDE

No entendimento das questões da Geografia da Saúde tem que ser dada especial ênfase à ligação estreita entre a saúde e o desenvolvimento (Agbonifo, 1983).

A saúde da população pode e deve ser melhorada. Nesse sentido, devem ser equacionadas as causas que estão na origem da mortalidade precoce, da incapacidade ou da doença, minimizando ou eliminando nexos de causalidade que influenciam a falta de saúde e maximizam os fatores que possam vir a determinar bons níveis de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Por isso, deve incrementar-se o desenvolvimento social e económico. Estas noções (saúde e desenvolvimento) são complementares e até recíprocas. Ou seja, o desenvolvimento social promove a saúde e uma população saudável é um dos principais fatores para o desenvolvimento económico de um país ou de uma região.

Importa, então, analisar as variações no espaço de indicadores compósitos:

1. Índice de desenvolvimento humano (IDH), escalonado segundo o grau de desenvolvimento humano dos países (figura 2.22): países com desenvolvimento humano muito elevado (47 países); países com desenvolvimento humano elevado (47 países); países com desenvolvimento humano médio (47 países) e países de desenvolvimento humano baixo (46 países)⁵;

2. Índice de pobreza humana para países em desenvolvimento IPH-1⁶ ;
3. Índice de pobreza humana para os países da OCDE (IPH-2)⁷.

O IPH-1 mede a privação em três dimensões da vida humana: longevidade, conhecimento e um padrão de vida digno. O IPH-2 inclui, para além das anteriores, a exclusão social.

Embora utilizando cálculos matemáticos diferentes, as variáveis que compõem o IDH e o IPH são semelhantes: a longevidade, o nível educacional e o nível de vida. A diferença entre estes indicadores compostos reside no facto de que o IDH foca o progresso da comunidade como um todo, enquanto o IPH se centra na situação e progresso das pessoas mais pobres da comunidade.

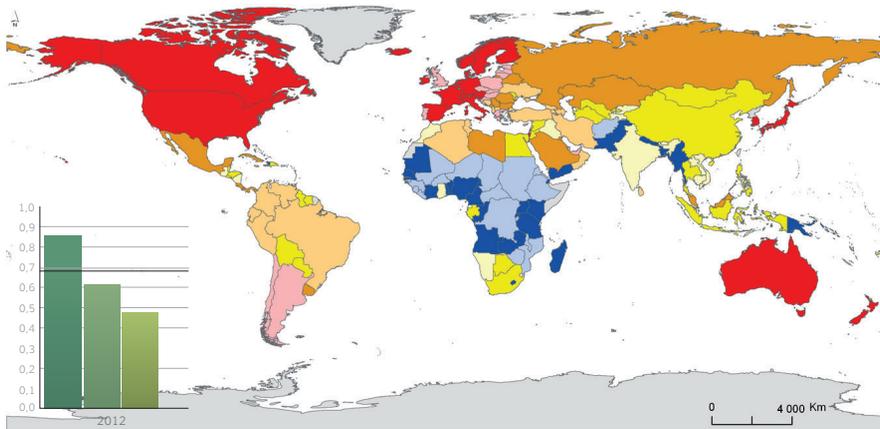
O valor do IDH em 2012 varia consideravelmente. Com posição de destaque, no topo da hierarquia do IDH, surgem a Noruega, a Austrália, os Estados Unidos da América, a Holanda e a Alemanha. Na base, ou seja com valores mais baixos, evidenciam-se, por ordem decrescente, Burkina Faso, Chade, Moçambique, República Democrática do Congo e Níger (figura 2.22).

A observação dos valores de IDH registados ao longo do período 1990-2012 permite afirmar que apenas dois países sofreram retrocesso ao nível do desenvolvimento: Zimbabue e Lesoto. Este facto ficou a dever-se, principalmente, à epidemia da VIH, à estagnação económica e aos conflitos loco-regionais. Pelo contrário, em alguns países observam-se mudanças positivas importantes no IDH, com destaque para países que, embora sejam classificados dentro dos grupos do desenvolvimento humano médio ou baixo, registam um forte incremento neste período (China, Irão, Ruanda, Myanmar, Vietname e Líbano). No contexto dos países de desenvolvimento humano muito elevado, as maiores mudanças no IDH verificam-se na República da Coreia, Irlanda, Estónia, Chile, Hungria, Alemanha e Letónia.

5 Classificação dos países nos grupos de desenvolvimento humano, apresentada no Relatório de Desenvolvimento Humano, 2013, pp.150. Este indicador foi lançado em 1990, no Relatório de Desenvolvimento Humano. O IDH é calculado utilizando a soma do índice de esperança de vida, do índice do nível de educação e do índice do PIB ajustado *per capita* (dól.PPC) e dividindo por três (PNUD, 2000:269).

6 A construção do IPH-1 para os países em desenvolvimento concentra-se na privação em três dimensões essenciais da vida humana: a) a privação na longevidade é representada pela percentagem de pessoas que esperam sobreviver aos 40 anos, b) a privação no conhecimento pela percentagem de adultos que são analfabetos, c) a privação de vida adequada (percentagem de pessoas sem acesso a água potável, percentagem de pessoas sem acesso a serviços de saúde e percentagem de crianças menores que 5 anos com peso moderado ou severamente deficiente) (PNUD, 2000).

7 O IPH para os países da OCDE concentra-se na privação em quatro dimensões da vida humana: a) longevidade (vulnerabilidade à morte numa idade relativamente precoce: não esperam sobreviver aos 60 anos), b) conhecimento (excluídos do mundo de leitura e da comunicação: funcionalmente analfabetos), um padrão de vida adequado (aprovisionamento económico total); c) pessoas que vivem abaixo da linha de privação de rendimento (estabelecida em 50% do rendimento pessoal disponível médio); d) a não participação ou exclusão social (taxa de desemprego de longo-prazo da força de trabalho) (PNUD, 2000:272)



Níveis de IDH

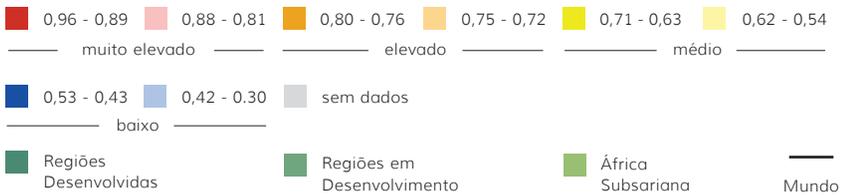


Figura 2.22 – Índice de Desenvolvimento Humano, 2012.
 Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2013.

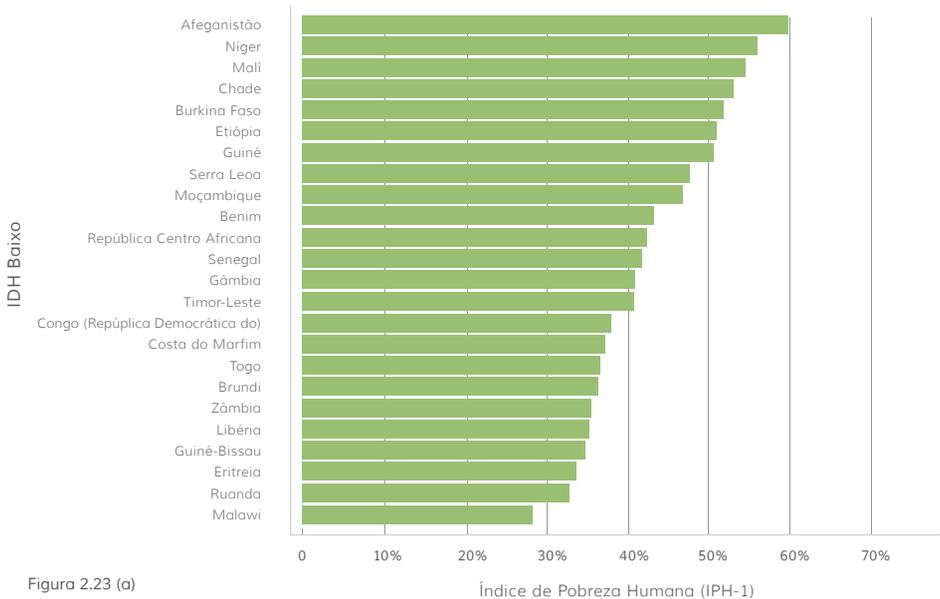


Figura 2.23 (a)

IDH Médio

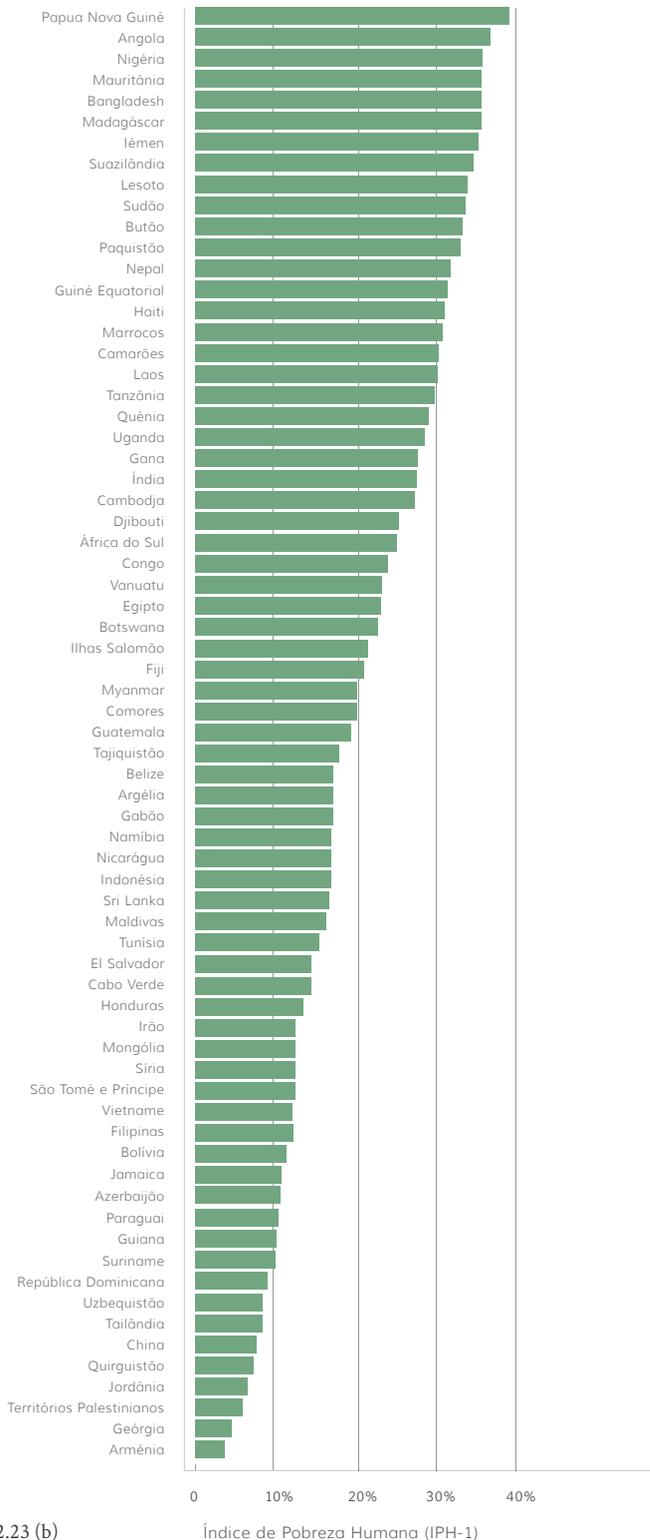


Figura 2.23 (b)

Índice de Pobreza Humana (IPH-1)

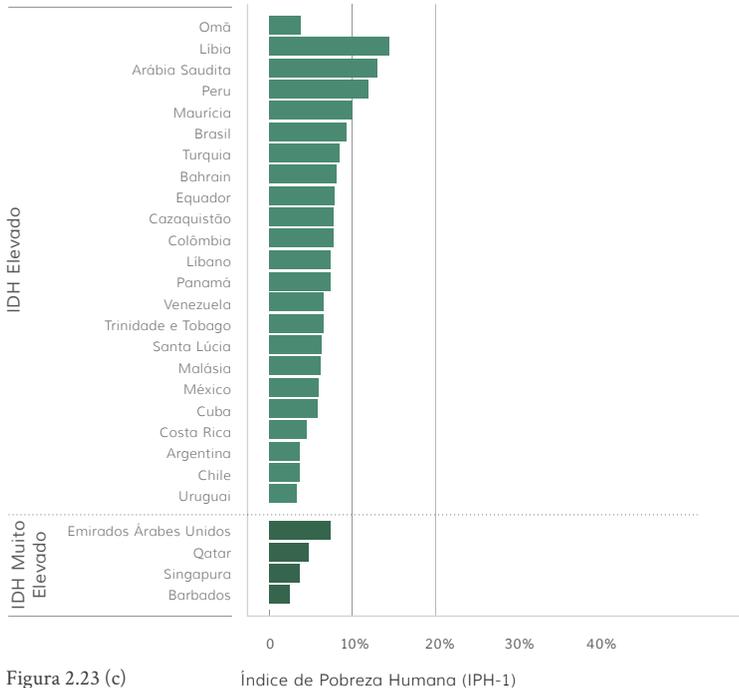


Figura 2.23 (c)

Índice de Pobreza Humana (IPH-1)

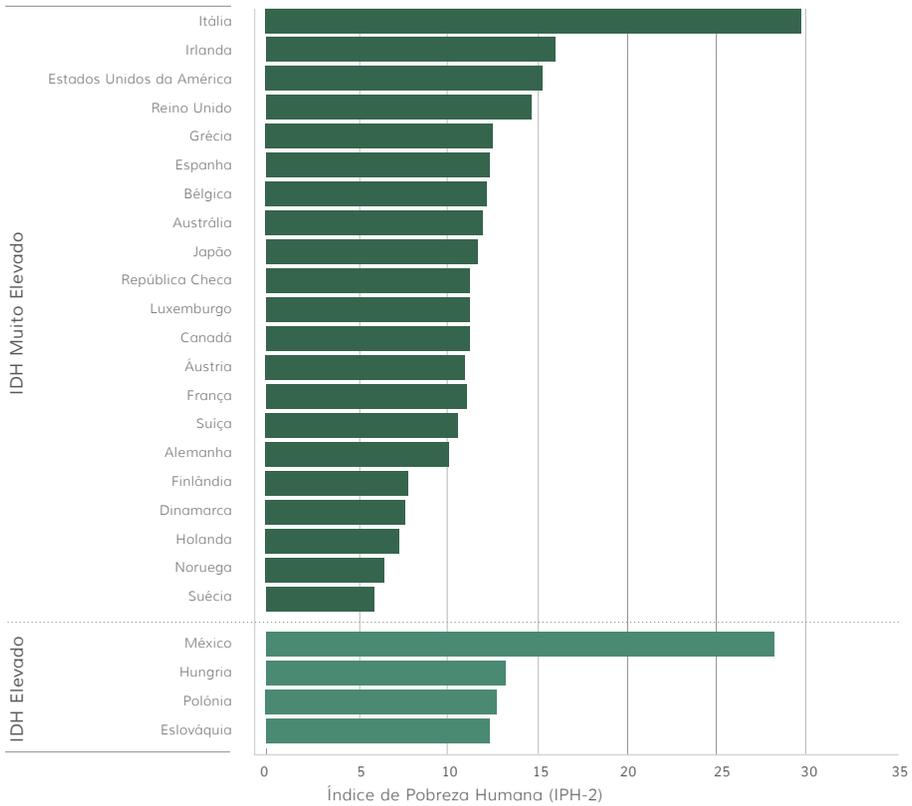
Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2009.

Figura 2.23 (a) (b) (c) – Índice de Pobreza Humana (IPH-1) e Índice de Desenvolvimento Humano nos Países em desenvolvimento, 2007.

Na figura 2.23 (a), (b) e (c) pode verificar-se que o Índice de Pobreza Humana (IPH-1), entre os países em desenvolvimento varia consideravelmente. O IPH-1, em 2007, variava entre 2,6% em Barbados e 59,8% no Afeganistão⁸. Em África contavam-se ainda vários países com IPH-1 igual ou superior a 50% (Guiné, Etiópia, Burkina Faso, Chade, Mali e Níger), revelador de condições de forte privação. O significado deste indicador é dramático e indica a proporção de população que, na sua vida, é afetada pelas três privações principais, indicando quão espalhada está a pobreza humana. Nestes últimos países, mais de metade da população não chega a atingir os 50 anos, é analfabeta, não tem acesso a água potável, não tem acesso a serviços de saúde, além de apresentar uma elevada taxa de crianças menores de cinco anos com peso insuficiente.

Todavia, alguns países registam valores baixos de IPH-1 e têm, simultaneamente, um IDH elevado. A comparação entre os dois índices permite detetar quais os países que necessitam de uma melhor distribuição do desenvolvimento humano e de uma maior atenção aos mais pobres.

⁸ O IPH-1 foi calculado para 120 países em desenvolvimento.



Fonte: Elaborada a partir de PNUD, 2009.

Figura 2.24 – Índice de Pobreza Humana (IPH-2) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Países da OCDE, 2007.

A pobreza não existe só nos países em desenvolvimento. Nem sempre o desenvolvimento humano tem contribuído para a redução da pobreza. Assim, nem sempre um IDH elevado significa um IPH-2 baixo. Alguns países que estão no topo do IDH apresentam índices de pobreza⁹ com valores superiores a 15%, destacando-se Itália, Irlanda, Estados Unidos da América¹⁰. Em sentido oposto, os valores mais baixos registam-se na Europa do Norte, com IPH-2 inferior a 10%. Valores entre os 10% e os 15% são encontrados, em países como Alemanha, a Suíça, a França, a Áustria e o Canadá (figura 2.24). Existe uma fatia

⁹ O IPH-2 foi calculado para os países da OCDE excepto para a República da Coreia, Turquia, Portugal, Nova Zelândia e Islândia.

¹⁰ Apesar da controvérsia quando foi lançado, este indicador (IDH) mede e indica a posição de um país em termos de desenvolvimento humano, não retirando contudo importância aos indicadores económicos. O IDH pode servir como complemento de leitura de outros indicadores como o PIB ou o PNB.

da população desses países que está sujeita a morrer precocemente, se encontra excluída do mundo da leitura e da comunicação, tem um rendimento abaixo da média do país e sofre processos de exclusão social. Conclui-se, então, que os ganhos em saúde que têm vindo a verificar-se nos últimos trinta anos apresentam ritmos diferentes nos vários contextos socioeconómicos e políticos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental reconhecer que a saúde é crucial para o desenvolvimento individual e coletivo e, nesse sentido, devem ser desenvolvidas políticas públicas que garantam viver mais anos e com mais saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Alguns estudos revelam que os investimentos na saúde dos grupos mais desfavorecidos (pobres e excluídos socialmente) têm consequências positivas no crescimento económico, não só individual como da comunidade (Ziglio, 1991; Berman e Kawachi, 2000). Um dos objetivos é reduzir o excesso de mortalidade e morbilidade que afeta os pobres e/ou excluídos (Whitehead, 1988). Por isso deverá ser dada atenção a doenças como a tuberculose, a malária e a SIDA (Burgess, 1985; Burnet, 1984; Cliff e Haggett, 1988), aos acidentes, a algumas doenças crónicas e perturbações mentais (e.g., hipertensão, diabetes), que afetam maioritariamente os pobres e que se tornam, simultaneamente, obstáculos ao crescimento económico (Burr *et al.*, 1994; Crimmins, Hayward e Saito, 1994). Especial atenção deverá ser dada à mortalidade infantil e materna e aos problemas de nutrição nos grupos mais vulneráveis, bem como à cobertura de programas de imunização.

Em consequência deste quadro, podem sintetizar-se algumas áreas de atuação: a) aumento da educação em geral e da educação para a saúde, principalmente das crianças e jovens do sexo feminino, em virtude das consequências positivas, por exemplo, ao nível dos resultados em saúde individual e da família, e na fertilidade; b) informação sobre o impacto na saúde da adoção de comportamentos saudáveis durante a infância e a juventude; c) melhor acesso a bens de consumo essenciais à generalidade da população (água potável, alimentação, habitação, saneamento, por exemplo); d) desencorajamento dos padrões de consumo que têm impacto negativo sobre a sociedade e reforçam as desigualdades e a pobreza; e) identificação das necessidades em saúde da população em geral e de determinados grupos em particular (e.g. idosos, idosos pobres); f) reflexão sobre as atuais políticas de saúde (e.g. tratamento desigual para necessidades desiguais); g) desenho de novos tipos de serviços de saúde que permitam responder aos problemas atuais de saúde, mas que sejam suficientemente flexíveis para poderem vir a ter atuações diferentes em consonância com necessidades emergentes (novos pobres ou excluídos socialmente); h) preparação e treino dos profissionais de saúde para lidar com grupos de risco e com a terceira e quarta idades.

Bibliografia Específica

- Agbonifo, P.O. (1983). The State of Health as a Reflection of the Level of Development of a Nation, *Social Science and Medicine*, 17, 2003-2006.
- Alcoforado, M. J. (1992). L'influence du temps atmosphérique sur l'apparition de certains troubles respiratoires à Lisbonne. In Besancenot, J. P. (Ed.), *Risques Pathologiques, Rythmes et Paroxismes climatiques*, Paris, John Libbey Eurotext, (pp.147-156).
- Barton, H. e Tsourou, C. (2000). *Healthy Urban Planning. A WHO guide to planning for people*, WHO/ROE, Londres, Spon Press.
- Baum, F. (2008). *The New Public Health*, 3rd Edition, Victoria, Oxford University Press.
- Berkman, L. e Kawachi, I. (2000). A historical framework for social epidemiology. In Berkman, L. e Kawachi, I. (Ed.). *Social Epidemiology*, Nova Iorque, Oxford University Press, (pp.3-12).
- Benzeval, M. (1998). The self-reported health status of the lone parents, *Social Science and Medicine*, 46 (10), 1337-1353.
- Benzeval, M., Juge, K. e Whitehead, M. (1995). *Tackling inequalities in health*. Londres, King's Fund.
- Besancenot, J. P. (1988). Climat et santé, *Bulletin de l'Association des Géographes Français*, 65(5), 343-345.
- Besancenot, J. P. (1989). Le géographe face à l'étude des relations climat-santé: premiers résultats et pistes de recherche, *Climat et santé*, 1, 1-18.
- Burgess, L. (1985). Tuberculosis and Urban Ecological Structure: The Derby Case, 1979-83, *The East Midland Geographer*, 9, 9-20.
- Burnet, M. (1984). Biomedical Research: Changes and Opportunities. In Black, N., D. Boswell, D., Gray, A., Murphy, S. e Popay, J. (Ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, (pp.89-94).
- Burr, M.L., Limb, E.S., Andrae, S., Barry, D.M. e Nagel, F. (1994). Childhood asthma in four countries: A comparative Survey, *International Journal of Epidemiology*, 23(2), 341-347.
- Carr-Hill R. (1990). The measurement of inequalities in health: lessons from the British experience, *Social Science and Medicine*, 31, 393-404.
- Carstairs, V. e Morris, R. (1991). *Deprivation and Health in Scotland*, Aberdeen, Aberdeen University Press.
- CDSS - Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais, *Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde* (coord. Marmot, M.), Portugal, Organização Mundial da Saúde.
- Clavier, C. e Leeuw, E. (2013). *Health Promotion and Policy Process*, 1st Edition, Oxford, Oxford University Press.
- Cliff, A.D. e Haggett, P. (1988). Spatial Aspects of Epidemic Control, *Progress in Human Geography*, 15, 315-331.
- Cliff, A.D., Haggett, P. e Smallaman, M. (1993). *Measles. An historical geography of a major human viral disease. From global expansion to local retreat, 1940-1990*, Oxford, Blackwell.

- Crimmins, E.M., Hayward, M.D. e Saito, Y. (1994). Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status and Life Expectancy of the Older Population, *Demography*, 31(1), 159-175.
- Curtis, S. (1987). Self Reported Morbidity in London and Manchester: Intra-urban and Inter-urban Variations, *Social Indicators Research*, 19, 255-272.
- Cutter, S. (1996). Vulnerability to environmental hazards, *Progress in Human Geography*, 20(4), 529-539.
- DEO, W.A. (1980). *The Geography of Famine*, Londres, Edward Arnold.
- DHSS - Department of Health and Social Security (1975). State of the Public Health for the Year 1975, *Department of Health and Social Security*, Londres, HMSO.
- Dubos, R. (1968). *Man, Medicine and Environment*, Nova Iorque, Pelican.
- Elender, F., Bentham, G. e Langford, I., (1998). Tuberculosis mortality in England and Wales during 1982-1992: its association with poverty, ethnicity and aids, *Social Science and Medicine*, 46(6), 673-681.
- Ferreira, P. e Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.
- Freitas, P., Santana, P., Zaky, A., Vaz, A., Neves, e. e Lima, A. (2008). *Saúde para Todos – Mudando o paradigma da prestação de cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe*, Instituto Marquês de Valle Flôr, Cooperação Portuguesa – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giggs, J.A. (1979). *Human Health Problems in Urban Areas*. Oxford, Oxford University Press.
- Giggs, J.A. (1983). Health. In Pacione, M. (Ed.), *Progress in Urban Geography*, Londres, Croom Helm, (pp.193-222).
- Giggs, J.A. (1986). Mental Disorders and Ecological Structure in Nottingham, *Social Science and Medicine*, 23, 945-961.
- Harpham, T. e Bluie, I. (1995). *Urbanization and mental health in developing countries*, Aldershot, Ashgate.
- Harpham, T. e Tanner, M. (1995). *Urban health in developing countries: Progress and prospects*, Londres, Earthscan.
- Illsley, R. e Le Grand, J. (1993). Regional inequalities in mortality, *Journal of Epidemiology and Community Health*, December, 47(6), 449.
- Jenkin, P. (1984). Inequalities in Health: The Black Report and Reactions to It. In Black, N., D. Boswell, D., Gray, A., Murphy, S. E Popay, J. (Ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, (pp.325-334).
- Kark, S.L. (1974). *Epidemiology and Community Medicine*, Nova Iorque, Appleton-century-crofts.
- Johns, L., Aiello, A., Cheng, C., Galea, S., Koenen, K.C. e Uddin, M. (2012). Neighborhood social cohesion and posttraumatic stress disorder in a community-based sample: findings from the Detroit Neighborhood Health Study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 1899-906.
- Jones, K. e Moon, G. (1987). *Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Geography*, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- Michel, E., Letoullec, A., Hatton, F. e Jouglu, E. (1990). Disparités géographiques de la mortalité par sida en France, *Espace, Population, Societes*, 3, 533-540.

- Kaplan, G., Pamuk, E., Lynch, J., Cohen, R. e Balfour, J. (1996). Inequalities in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potencial pathways, *British Medical Journal*, 312, 999-1003.
- Kasl, S.V. (1997). Current research in the epidemiology and public health of aging. The need for more diverse strategies (editorial), *Journal of Public Health*, 87(3) 333-334.
- Kearns, R. A. (1996). AIDS and medical Geography: embracing the Other?, *Progress in Human Geography*, 20(1), 123- 131.
- Kickbush, I., Mccann, W. e Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health In all Policies, *Health Promotion International*, 23(1), 1-4.
- Kunst, A. (1997). *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*, Phd Erasmus University Rotterdam.
- Langford, I.H. (1994). Using empirical Bayes estimates in the geographical analysis of disease risk, *Area*, 26(2), 142-149.
- Last, J. M. (1983). *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford, OUP.
- Learmonth, A.T.A. (1988). *Disease Ecology*, Oxford, Basil Blackwell.
- Lewis, N.D. e Mayer, J.D. (1988). Disease as Natural Hazard, *Progress in Human Geography*, 12, 15-33.
- Mackenbach, J. P., Bouvier-Colle, M.H. e Jouglu, E. (1990). Avoidable mortality and health services: a review of aggregate data studies, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44, 106-111.
- Mackenbach, J. e Kunst, A. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe, *Social Science and Medicine*, 44, 757-771.
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How social standing affects our Health and Longevity*, Londres, Times Books.
- Mckeown, T. (1976). *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Miles, R., Coutts, C. e Mohamadi, A. (2011). Neighborhood Urban Form, Social Environment, and Depression, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 89(1), 1-18.
- WHO – World Health Organization (2005). *Global Health promotion scaling up for 2015 – a brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015*, Unedited working paper, Organização Mundial de Saúde.
- WHO – World Health Organization (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report (coord. Marmot, M.)*, Organização Mundial de Saúde, Gabinete Regional para a Europa.
- Palagiano, C. (1986). How to Measure the Urban Quality of Life. In Palagiano, C. (Ed.), *Ambiente Urbano e Qualita' Della Vita*, Perugia, Editrice Rux.
- Philips, D.R. e Verhasselt., Y. (1994). *Health and Development*, Londres, Routledge.
- Phillips, D.R. (1985). The epidemiological transition in Hong Kong, *Proceedings, IGU Conference on Medical Geography*, Itália.

Phillips, D.R. (1990). Researching Epidemiological Transition: Problems and Prospects-Examples From South-east Asia. In Bentham, G., Haynes, R. e Langford, I. (Ed.), *Fourth International Symposium in Medical Geography Proceedings*, East Anglia, University of East Anglia, (pp.61-68).

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2000). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2009: Direitos Humanos e Desenvolvimento Humano*, Nova Iorque, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2013: A Ascensão do Sul: Progresso Humano num mundo diversificado*, Nova Iorque, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Rowland, A.J. e Cooper P. (1983). *Environment and Health*. Bristol, Edward Arnold.

Rutz, W. (2000). Mental Health in Europe. In Pereira Miguel, J. Ferrinho, P. (Ed.), *Health Determinants in EU*, Évora Conference Proceedings, Évora, Europress, (pp. 100).

Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and Health, *Social Science and Medicine*, 55, 132-145.

Santana, P., Santos, R., Costa, C. e Loureiro, A. (2008). *Criar Cidade. Amadora Saudável e Activa*. Relatório Prémio de Reconhecimento Científico 2008 – Saúde e Qualidade em Ambiente Urbano, Coimbra Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis (Policopiado).

Santana P. (2009a). Por uma Cidade Saudável, *JANUS 2009 – Portugal no Mundo Aspecto da Conjuntura Internacional. A Saúde no Mundo. Jornal Público / Universidade Autónoma de Lisboa*, 83-84.

Santana, P. (2009b). Urbanização e Saúde, *JANUS 2009 – Portugal no Mundo Aspecto da Conjuntura Internacional. A Saúde no Mundo. Jornal Público / Universidade Autónoma de Lisboa*, 80-82.

Smith, C.J. (1978). Problems and Prospects for a Geography of Mental Health, *Antipode*, 10, 1-12.

Snyder, V.N.S., Friel, S., Fotso, J.C., Khadr, Z., Meresman, S., Monge, P. e Patil-Deshmukh, A. (2011). Social Conditions and Urban Health Inequities: Realities, Challenges and Opportunities to Transform the Urban Landscape through Research and Action, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88(6), 1183-93.

Stolnitz, G. (1996). Overview, *Demographic Causes and Economic Consequences of Population Ageing, United Nations Economic Commission for Europe and United Nations Populations Fund, Economic Studies*, 3, 1-12.

Subramarian, S. V., Kawachi, I. e Kennedy, B. (2000). Does context matter? A multilevel analysis of self rated health in U.S., Harvard School of Public Health, Proceedings, *IX International Symposium in Medical Geography*, Montreal.

Thumerelle, P. (1990). Les inégalités géographiques de la mortalité, *Espace, Population, Societes*, 3, 361-362.

UE - União Europeia (1997). *Tratado de Amsterdão*, Amsterdão, União Europeia.

Whitehead, M. (1988). The Health Divide. In Whitehead, M. (Ed.), *Inequalities in Health*, Suffolk, Penguin Books Ltd., (pp.217-351).

Whitehead, M. e Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health?, *Lancet*, 338, 1059-1063.

Wigle, D. (1995). Canada's health status: a public health perspective, *Risk Analysis*, 15 (6), 693-698.

Wilkinson R. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*, Londres, Routledge.

Winn, S. (1987). Psychiatric Disorders in Nottingham: A Comparison of Diagnostic and Age Groups, *The East Midland Geographer*, 9, 21-29.

Wrigley, E.A. (1987). People, Cities and Wealth. The Transformation of Traditional Society, *Institute of British Geographers*, 13, 504-508.

Ziglio, E. (1991). Indicators of Health Promotion Policy: Directions for Research. In Bernard Badura, B. e Kickbuch, I. (Ed.), *Health Promotion Research. Towards a new social epidemiology*, Copenhaga, WHO regional publications European Séries, 37, (pp.29 - 54).

Outras fontes

BM – Banco Mundial (2013). <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx> (homepage na Internet), *The World DataBank* (consultado 2013 Jul 31), disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>.

FAOSTAT – Food and Agriculture Organization of the United Nations (2013). faostat.fao.org (homepage na Internet), *Food and Agriculture Organization of the United Nations; c2013* (consultado 2013 Jul 31), disponível em: <http://faostat3.fao.org/home/index.html#VISUALIZE>.

NU – Nações Unidas (2012). *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision*, Nações Unidas, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão de População, edição CD-ROM.

WHO – World Health Organization (2004). *Disease and injury country estimates 2002*, Organização Mundial de Saúde, Departamento de Medição e Informação em Saúde.

WHO – World Health Organization (2009). *Disease and injury country estimates 2004*, Organização Mundial de Saúde, Departamento de Medição e Informação em Saúde.

WHO – World Health Organization (2011). *Disease and injury country estimates 2008*, Organização Mundial de Saúde, Departamento de Medição e Informação em Saúde.

PNUD. – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2000). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2009: Direitos Humanos e Desenvolvimento Humano*, Nova Iorque, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, pp.290.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2009). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2009: Ultrapassar Barreiras: Mobilidade e desenvolvimento humanos*, Nova Iorque, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, pp.217.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2013: A Ascensão do Sul: Progresso Humano num mundo diversificado*, Nova Iorque, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, pp.203.

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2012). <http://stats.uis.unesco.org> (homepage na Internet), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - Institute for Statistics, *Data Centre* (consultado 2013 Jul 31), disponível em: <http://stats.uis.unesco.org>.

III.

VARIAÇÕES
EM SAÚDE

Um dos temas que mais tem preocupado os investigadores na área da saúde tem sido a tentativa de explicação das variações em saúde, como ocorrem no tempo e no território e porque ocorrem, bem como a identificação dos grupos mais vulneráveis. A necessidade de estudar as variações em saúde e, conseqüentemente, as causas das desigualdades, resulta da estratégia que existe, em alguns países, de melhorar a saúde dos que estão em situação de desvantagem. São várias as formas de abordagem das desigualdades em saúde, correspondendo a uma variedade de fatores que se podem identificar como responsáveis ou em estreita ligação com a saúde. Pode, no entanto, concluir-se que existe sempre uma conexão forte e dinâmica entre a condição socioeconómica e a saúde, que percorre a vida do indivíduo desde a infância (ou gestação) à idade adulta. Na generalidade dos países, encontra-se uma correspondência entre a pobreza e os baixos níveis de saúde. Independentemente do suporte material individual, deve ser dada ênfase à base espacial de referência e às circunstâncias sociais e económicas nas quais as pessoas vivem e onde desenvolvem as suas atividades profissionais e sociais, ou seja, considerar o indivíduo inserido na comunidade e os atributos dessa mesma comunidade. Trata-se de analisar, para além dos fatores composicionais, os de contexto e a interligação entre eles.

Nos objetivos deste capítulo enquadram-se as seguintes preocupações:

- ▶ Compreender o papel das variáveis sociais, demográficas, culturais, étnicas e outras (bem-estar no local de trabalho, na residência, lugares de recreio e da comunidade em geral) na saúde da população;
- ▶ Demonstrar que as diferenças em saúde se verificam entre territórios e, por isso, os atributos socioeconómicos devem ser observados numa base geográfica e em várias escalas de observação (que se complementam e interagem).
- ▶ Evidenciar o papel do contexto - pela positiva ou pela negativa - no estado de saúde, esbatendo, ou atenuando, a relação individual e direta entre classe social e estado de saúde.

1. DETERMINANTES EM SAÚDE

De acordo com a visão ecológica, um agente é considerado uma causa necessária, mas não suficiente de doença, porque, para que a doença se desenvolva, devem estar presentes condições favoráveis no hospedeiro e no ambiente (Mausner e Bahn, 1999: 49).

Os fatores que estão na base das desigualdades em saúde, como referido em capítulos anteriores, são, em síntese, os seguintes: a) condições económicas das famílias (e.g., emprego e rendimento), dos países ou dos locais de residência; b) políticas públicas de saúde (e.g., oferta e acesso a cuidados preventivos e continuados) e de educação (educação para a saúde e informação para comportamentos em sociedade); c) qualidade do ambiente (e.g., do ar, da água, da habitação e do local de trabalho) e clima; d) estilos de vida (e.g., exercício físico, dieta alimentar); e) comportamentos e consumos (e.g., sexo protegido, consumo de tabaco e álcool); f) gestação e vida na infância.

A saúde de um indivíduo resulta das características genéticas, dos comportamentos e do ambiente físico e social da área de residência. Trata-se de *causalidade múltipla ou etiologia multi-fatorial*, sendo necessário mais do que um fator para que a saúde (ou, a contrário, a doença) ocorra, e várias escalas de análise (lugar de residência/trabalho/recreio, região, país, mundo).

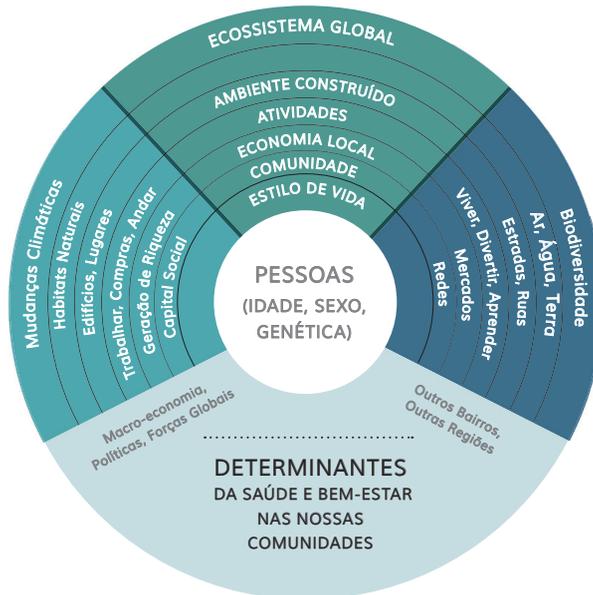
O estudo destas temáticas tem levado à construção de modelos que procuram expressar a rede de relações dos diferentes níveis de determinantes sociais com as desigualdades em saúde (figuras 3.1 e 3.2). Dos vários modelos propostos, apresenta-se o de Dahlgren e Whitehead (1991) que dispõe as determinantes sociais de saúde em diferentes camadas, segundo o seu nível de abrangência, desde a mais próxima ao indivíduo (determinantes individuais) até à mais afastada, onde se identificam as macro-determinantes ao nível da comunidade (local/regional) (figura 3.1). Assim, no centro são considerados os indivíduos, com a carga genética predeterminada, mas influenciada por fatores de contexto (a várias escalas). Ainda neste nível, são considerados os comportamentos pessoais e estilos de vida – influenciados por padrões de amizade e normas da comunidade –, que podem afetar ou promover a saúde. No segundo nível são representadas as influências sociais e comunitárias: a disponibilidade, ou não, de apoio mútuo em condições desfavoráveis, pode causar efeitos, positivos ou negativos, na saúde. No terceiro nível estão incluídos os fatores estruturantes, como a habitação, condições de trabalho, acesso a serviços e a disponibilidade de meios essenciais, entre outros. Por último, influenciando todos os anteriores, encontra-se a camada dos fatores com impacto na sociedade: socioeconómicos, culturais e ambientais (Tsourou, 2005).

O padrão de vida (emprego, educação, rendimento) de uma dada sociedade, por exemplo, pode influenciar as escolhas individuais relativas à habitação, ao trabalho e às interações sociais, assim como ao estilo de vida e aos hábitos alimentares.



Fonte: Adaptado de Dahlgren e Whitehead, 1991: 11.

Figura 3.1 - Determinantes sociais da saúde.



Fonte: Adaptado de Barton e Grant, 2006: 2.

Figura 3.2 - Modelo de determinantes sociais da saúde e bem-estar.

Posteriormente, Barton e Grant (2006) apresentam um modelo que, além de incluir as determinantes considerados por Dahlgren e Whitehead, considera o ecossistema global, onde forças globais como a macroeconomia, as políticas internacionais e a vulnerabilidade à variabilidade climática, têm impactos importantes em todas as determinantes da saúde e do bem-estar da população (figura 3.2).

2. NEXOS DE CAUSALIDADE: O PAPEL DA COMPOSIÇÃO

A saúde dos indivíduos depende, em grande parte, das suas características individuais.

2.1 As explicações com base nas características imutáveis dos indivíduos

▶ Relativas à idade: as taxas de mortalidade são mais elevadas na infância, decrescendo depois, acentuadamente e atingindo o ponto mais baixo entre os 5 e os 14 anos. A partir dos 40 anos crescem, quase que duplicando em cada 10 anos. Em virtude destas diferenças, torna-se necessário, sempre que se quiser comparar populações, corrigir as diferenças existentes na composição etária. Entre a morbidade e a idade existe também uma relação forte: a morbidade aumenta com a idade, principalmente nas doenças crónicas. As doenças infecciosas são mais frequentes nos mais novos, nos mais idosos e nos mais vulneráveis biológica e socioeconomicamente.

▶ Relativas ao género: as taxas de mortalidade são mais altas nos homens do que nas mulheres. O oposto se passa com as taxas de morbidade. Genericamente, verifica-se, por exemplo, que a razão homem-mulher é de quase quatro para um nos homicídios e de três para um nas doenças respiratórias, sendo igual na diabetes *mellitus*. As mulheres consomem mais consultas médicas do que os homens, por isso atuam sobre a doença numa fase mais precoce, o que resulta em maior morbidade mas menor mortalidade no género feminino.

2.2 As explicações com base nas características mutáveis dos indivíduos

É possível operar mudanças e implementar estratégias sobre as características mutáveis dos indivíduos, tendo em vista melhores estados de saúde nas regiões ou nos países.

▶ A família: Incluem-se variáveis como a dimensão da família – famílias numerosas são geralmente mais frequentes em agregados familiares pobres, com consequências graves para a saúde; a idade da mãe – nos extremos da idade materna verifica-se serem mais comuns as malformações (síndrome de Down, por exemplo); privação de progenitores – a perda de um ou ambos os progenitores tem impacto negativo na saúde mental.

▶ O grupo étnico: muitas doenças diferem entre os grupos étnicos, quer na frequência quer na severidade com que se revelam. Os africanos têm taxas mais elevadas de doença cardíaca hipertensiva, acidentes vasculares, tuberculose, sífilis, homicídio e acidentes e cancro do colo do útero nas mulheres.

▶ O estado civil: encontra-se geralmente associado com o nível de mortalidade em ambos os sexos. As taxas aumentam dos casados para os solteiros, viúvos e divorciados, sendo mais altas neste último grupo.

▶ O rendimento: importante enquanto garante do acesso aos bens de consumo em geral, e aos de saúde em particular. Vários estudos demonstram associações fortes entre o rendimento baixo e altas taxas de morbilidade e de mortalidade, principalmente em países onde a redistribuição da riqueza é mais iníqua, como foi referido anteriormente. Pelo contrário, em sociedades mais igualitárias, as diferenças em saúde em função dos níveis de rendimento têm vindo a atenuar-se nas últimas década, de que são exemplo a Suécia, Dinamarca, Noruega, Canadá e Finlândia.

▶ O desemprego: os desempregados revelam períodos mais longos de morbilidade, frequentemente relacionada com perturbações mentais. O desemprego pode também traduzir-se em consumos excessivos de álcool ou tabaco, por exemplo, com problemas de saúde física e mental graves daí decorrentes.

3. NEXOS DE CAUSALIDADE: O PAPEL DO TEMPO

A análise da causalidade de acordo com o tempo cronológico revela que as tendências das doenças têm vindo a alterar-se. A transição epidemiológica marca a transição do domínio das doenças infecciosas para o das doenças crónicas, degenerativas, mentais e acidentes.

As doenças parasitárias são dos casos mais exemplificativos da importância das variações estacionais para o aumento da doença. Em determinadas latitudes as condições meteorológicas inerentes às estações do ano garantem as condições necessárias à proliferação de vetores de doença (Rodgers, 2006).

Nos países com climas temperados verifica-se uma distribuição desigual da mortalidade ao longo do ano. Para além do aumento da doença associada a períodos de temperaturas extremas, tanto frias como quentes, verifica-se uma sazonalidade bem marcada no padrão da mortalidade ao longo do ano. Este padrão caracteriza-se por um aumento da mortalidade durante os meses mais frios e um decréscimo quando as temperaturas são mais elevadas (Rau, 2007).

Outras dimensões relevantes do tempo são relativas ao tempo que medeia entre a perceção da alteração do estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Depende do tipo de doença, da idade e da necessidade de continuidade dos cuidados de saúde (referenciação dos cuidados de saúde primários para o hospital). Por exemplo, tempos de espera elevados para uma intervenção cirúrgica podem provocar o aparecimento de doenças oportunistas em consequência da debilidade dos doentes. Por outro lado, podem ocorrer perigos associados à utilização durante períodos longos de medicamentos com contra indicações para outras patologias ou dos efeitos psicossociais provenientes dessa situação (falta ao trabalho durante períodos longos).

4. NEXOS DE CAUSALIDADE: O PAPEL DO LUGAR

4.1 Aspetos metodológicos

Ao iniciar a apresentação deste ponto, devem ser considerados os pressupostos metodológicos relativos à definição do Lugar. Desde logo, considerar os limites naturais (e.g., as barreiras físicas – montanhas, rios, lagos) e as barreiras políticas (as fronteiras administrativas). As fronteiras políticas raramente coincidem com as naturais. O que importa é realizar estudos em áreas com características físicas e socioeconómicas homogéneas podendo, no entanto, (des)agrupar diferentes áreas administrativas.

A análise ecológica é relevante e permite considerar o efeito do ambiente na saúde individual ou das populações, tendo em conta os modos de vida, os habitats e o que os rodeia. Deve ser explorada a influência potencial do meio físico e social na saúde da população e nos comportamentos em saúde. Todavia, a *falácia ecológica* (Pearce, 2000), ou seja, o uso impróprio de dados agregados como uma medida aproximada dos dados individuais, é considerada como um risco a evitar por alguns autores.

Nos últimos anos têm vindo a ser desenvolvidas ferramentas e métodos de análise que permitem realizar estudos ecológicos com maior credibilidade. Destacam-se a utilização do Sistema de Informação Geográfico (SIG), da análise *MultiLevel* ou de outros modelos hierárquicos de tipo *bayesiano* que permitem a modelação dos dados numa estrutura hierárquica e a verificação de variações entre grupos espaciais.

4.2 Explicações das variações em saúde com base nas características da comunidade

Identificam-se as condições relativas à comunidade (lugar de residência, trabalho, ensino), que podem ser analisados individualmente ou em resultado de interações, em quatro grandes grupos.

O primeiro grupo integra as condições físicas do Lugar partilhadas por todos os residentes (Cummings et al., 2007). Destaque para condições climáticas como a temperatura (a exposição ao calor e ao frio é frequentemente associada a doenças cardiovasculares, respiratórias e mentais (Hajat et al., 2007), a humidade (responsável por surtos de asma), a precipitação (várias doenças parasitárias estão relacionadas com os ciclos de precipitação), a pressão atmosférica (rápidas descidas de pressão atmosférica aumentam o risco de ataque cardíaco (Houck, 2005), a qualidade do ar (a poluição atmosférica é causa de vários tipos de cancro, doença isquémica cardíaca, doenças respiratórias (Jarret et al., 2005)). A composição e contaminação do solo e a disponibilidade de água potável para consumo são condições básicas que condicionam a exposição a vários agentes nocivos (e.g., radão, arsénio, pesticidas). A modelação em SIG é aqui de extrema utilidade, permitindo identificar a origem dos fatores ambientais, a população afetada e delinear estratégias de resposta.

O segundo grupo inclui as condições da habitação relativas à insalubridade, como, por exemplo, a presença de humidade e bolores, dificuldade de arejamento e renovação do ar, presença de materiais tóxicos nas tintas, vernizes, canalização ou isolamentos, falta de saneamento, de condições de conforto (aquecimento, água potável, banho e retrete, lotação, isolamento de ruído) ou de sobrelotação, que têm impactos na morbilidade e na mortalidade. A associação entre determinadas doenças (e.g., doenças infecciosas e parasitárias, cardiovasculares, respiratórias, depressões, artrites reumatóides, outras doenças osteomusculares e dos órgãos dos sentidos, diarreias, envenenamentos) e as condições de pobreza da habitação está bem documentada (WHO, 2010).

O terceiro grupo é relativo às condições do local de trabalho/ensino e o tipo de trabalho. Ou seja, condições físicas (exposição ao frio, calor, ruído, vibração), químicas (chumbo, amianto, agentes químicos), psicossociais (*stress*), ergonómicas (postura laboral, cargas pesadas), segurança (quedas, choques, utilização indevida de maquinaria) a que estão expostos os indivíduos nos locais de trabalho/ensino/recreio. Por exemplo: a fibrose pulmonar por exposição à sílica, o cancro do estômago e do pulmão nos trabalhadores do amianto e do crómio, o cancro da bexiga em trabalhadores expostos a tintas de anilina, os acidentes e traumatismos nos trabalhadores de minas e agrícolas, alto nível de *stress* ocupacional nos controladores de tráfego aéreo (WHO, 2001).

Devem, ainda, ser consideradas as diferenças entre as comunidades de tipologia urbana e rural e a forma como se desenvolve a variação da morbilidade e mortalidade entre elas – genericamente mais altas à medida que aumenta a ruralidade – quer em doenças específicas, que são mais frequentes na população rural – osteomusculares, acidentes e quedas, transtornos mentais – quer na mortalidade em praticamente todas as causas de morte, incluindo mortalidade materna e infantil. Esta variação urbano-rural tem vindo a atenuar-se com o aumento das acessibilidades aos serviços públicos nas áreas rurais e o crescimento da área urbana (Santana, 2005; Santana 2009).

Importa reconhecer a relevância das circunstâncias do meio físico e social local que promovam a saúde, onde se incluem aspetos do ambiente local que têm efeitos positivos sobre a saúde: a) qualidade dos espaços públicos e de recreio; b) recursos e serviços sociais que promovam e mantenham estilos de vida saudáveis; c) normas sociais que podem induzir a população a ter comportamentos saudáveis; d) oferta de produtos alimentares de boa qualidade na comunidade. Em sentido contrário, ambientes que induzam a doença, ou seja, aspetos negativos sobre a saúde: poluição atmosférica, ruído, violência, exclusão. As áreas de privação sociomaterial coincidem, genericamente, com locais desprovidos de equipamentos e serviços públicos que possibilitem bem-estar e qualidade de vida às populações.

Como refere Marmot: *a pobreza é mais complexa do que a mera falta de dinheiro* (Marmot, 2001: 135).

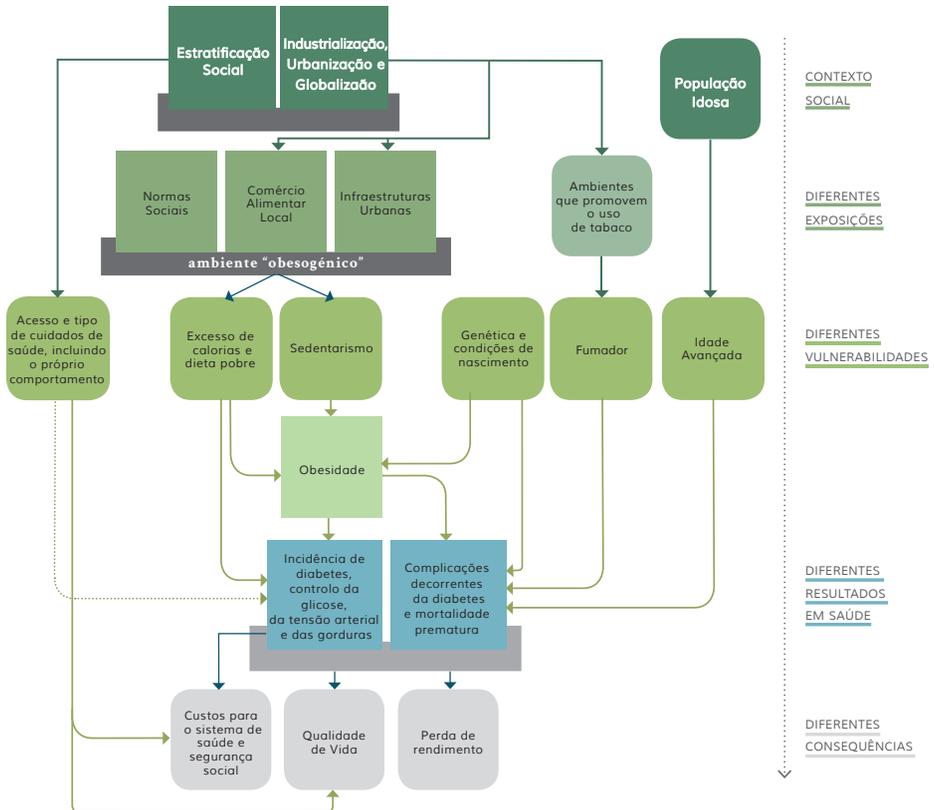
As áreas de pobreza e privação sociomaterial podem apresentar características diferentes. Serem áreas de pobreza ou de privação em termos absolutos em que, para além do fator comunidade, enquanto espaço organizado para satisfazer as necessidades fundamentais da população residente (*e.g.*, rendimento, escolaridade, emprego), tem que ser considerado o fator localização relativamente a outros espaços geográficos. Ou seja, quanto maior é a distância relativamente a áreas fornecedoras ou prestadoras de serviços públicos de qualidade, maior é a condição de pobreza ou de privação de um lugar, amplificando a sua privação na medida da falta de serviços oferecidos localmente. Ou, contrariamente, constituírem-se como áreas de pobreza ou privação em termos relativos, considerando que, para além das características (de privação) desse lugar, o facto de estar próximo de áreas de oferta de serviços públicos em quantidade e qualidade, podendo usufruir em igualdade com os demais residentes (que habitem ou não em áreas de privação), possibilita melhor acesso aos bens e serviços e, conseqüentemente, melhores estilos de vida e comportamentos, com conseqüências na saúde individual e da comunidade.

A capacidade da comunidade em oferecer suporte social ou redes sociais (que intensificam ou promovem a coesão social) está na origem de variações territoriais em alguns resultados em saúde, principalmente nas perturbações mentais, doenças cerebrovasculares, do coração e doenças infecciosas.

Relativamente à coesão social, a literatura tem vindo a identificar a importância das instituições de solidariedade social e os efeitos de vizinhança. Chan e Chané, em 2006, referem que a coesão social é um estado referente à interação vertical e horizontal entre os membros da sociedade, caracterizada como um conjunto de atitudes e normas que incluem a confiança, o sentimento de pertença e a vontade de participar e ajudar, bem como as manifestações comportamentais. Beauvais e Jenson (2002) identificam cinco aspetos fundamentais da coesão social: a) cultura cívica; b) ordem e controlo social; c) solidariedade social e redução das disparidades; d) redes e capital social; e) lugar e identidade.

O capital social implica o nível individual e o de grupo, as redes mantidas por cada indivíduo e os benefícios pessoais que este retira dessa relação (Chan, Ho-Pong To e Chané, 2006). Putman (1993:36), definindo capital social, defende que a organização social e as suas características (redes, normas e confiança) facilitam ou inibem a coordenação e cooperação para benefícios mútuos da comunidade.

Existe uma interação forte entre os conceitos de capital social e coesão social. Ambos pressupõem a interação entre indivíduos, a existência de relações de confiança, ajuda e cooperação entre os indivíduos, um compromisso cívico, a partilha de uma identidade comum, a presença de um sentimento de pertença a uma sociedade/comunidade, a adesão/união dos cidadãos com um propósito comum: um bem-estar partilhado que transforma, constrói e dinamiza o território.



Fonte: Adaptado de Whiting, Unwin e Roglic, 2010: 87.
 Figura 3.3 – Determinantes sociais da Diabetes.

Barton, Grant e Guise (2003: 85) referem que a existência de redes locais de suporte mútuo e confiança são fulcrais para a saúde e bem-estar de uma comunidade. Controlo social informal, manutenção de normas saudáveis e acesso a várias formas de apoio social, podem contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis e de bem-estar.

Pode observar-se na figura 3.3 o exemplo da diabetes, onde as ligações que se estabelecem entre cada um dos nós do esquema proporcionam oportunidades de intervenção que podem ajudar a compreender e a reduzir as desigualdades na incidência, nos resultados e nas consequências da diabetes. Partindo de diferentes resultados de cuidados de saúde, verifica-se que os indivíduos mais desfavorecidos são mais propensos a desenvolver diabetes e tendem a ter pior controlo da glicose. Os fatores que tornam os indivíduos mais vulneráveis à incidência da diabetes e ao pior controlo da glicose são: a) acesso e tipo de cuidados de saúde; b) genética e condições de nascimento; c) obesidade; d) sedentarismo; e) excesso de calorias e dieta pobre; f) tabagismo; g) envelhecimento. Muitos desses fatores, à exceção da genética e do envelhecimento, podem ser modificados, potencialmente, com o objetivo de reduzir as diferenças nos resultados a nível individual dos mais desfavorecidos (Whiting, Unwin e Roglic, 2010).



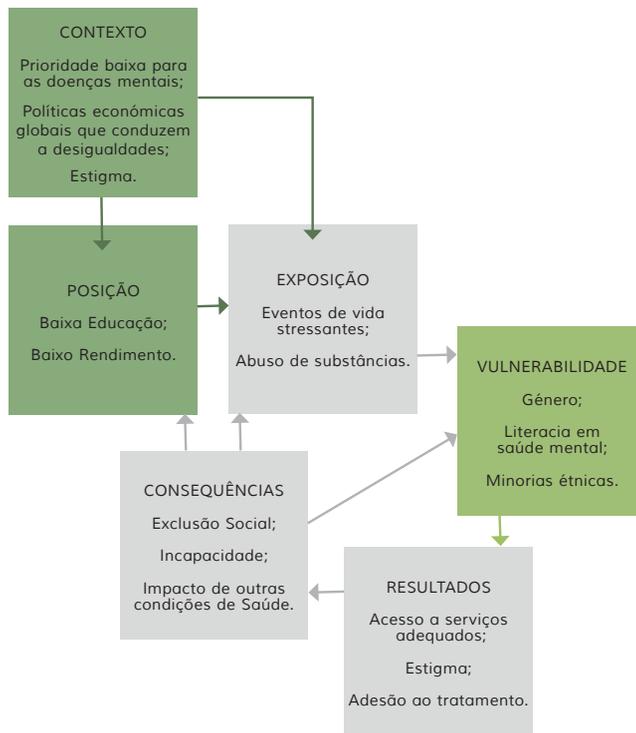
(...) a mente é uma porta de entrada crucial através da qual as influências sociais afetam a fisiologia, causando doença (Marmot, 2001: 135).

Os contextos de vivência do indivíduo podem promover estados de perturbações mentais ou funcionar como amortecedores da vulnerabilidade à doença mental (Stockdale et al., 2007; Khedmati et al., 2012). Como foi referido no capítulo II, características adversas das áreas de residência, trabalho, educação ou recreação, podem contribuir para o desenvolvimento de problemas emocionais (Evans, 2003; Stuckler et al., 2009; Miles et al., 2011), falta de identidade, não integração na comunidade e enfraquecimento dos laços sociais (Almedom, 2005). Este processo tem consequências no comportamento dos indivíduos, com impactos negativos na saúde (Rohrer e Blackburn, 2005; Miles et al., 2011; Khedmati et al., 2012).

Por exemplo, a criminalidade tem efeitos na saúde mental e física das vítimas, provocando alterações comportamentais, com graves consequências para toda a comunidade (Harries, 2000). O sentimento de insegurança, aliado ao medo do crime (perceção de insegurança), tem consequências diretas nas alterações de rotinas diárias (diminuição da fruição das oportunidades disponíveis localmente) e, indiretas, no aumento dos níveis de ansiedade e nervosismo. Ou seja, as alterações no estado emocional comprometem, por exemplo, a prática de estilos de vida saudáveis como caminhar, utilizar espaços públicos (praças e jardins), bem como do relacionamento com vizinhos e familiares, com impactos negativos na saúde.

É crescente o reconhecimento de que aspetos do contexto social, físico e cultural podem afetar a saúde mental do indivíduo, facilitando ou inibindo estilos de vida e comportamentos com impacto sobre o seu bem-estar. Por exemplo, a prática de atividade física regular encontra-se associada a melhor estado de saúde e a menor perturbação do estado emocional; através do incremento da interação social (contactos interpessoais e intergeracionais), é estimulado o sentimento de pertença ao lugar/comunidade promovendo, por essa via, uma melhoria no bem-estar e na saúde física e mental (Santana, Nogueira e Santos, 2007).

O conhecimento (e avaliação) das determinantes sociais no risco de doença mental desempenham um papel importante na explicação da doença e, ainda, contribuem no apoio a: a) medidas de prevenção primária, através da identificação de grupos-alvo para a prevenção e cuidados; b) intervenções socioeconómicas; c) tratamentos biológicos e psicológicos. Esta abordagem pode levar à rutura do ciclo vicioso que estabelece a relação entre as perturbações mentais e as desigualdades sociais, contribuindo para o desenvolvimento humano mais harmonioso (Patel *et al.*, 2010).



Fonte: Adaptado de Patel *et al.*, 2010: 121.

Figura 3.4 - Ciclo vicioso das determinantes sociais e perturbações mentais.

A relação entre as perturbações mentais e a privação material/pobreza pode ser entendida através das seguintes etapas (figura 3.4): a) aumento do custo financeiro do tratamento e medicação para as perturbações mentais; b) aumento do custo para as famílias (tempo de cuidador e custos de oportunidade); c) perda de rendimentos, como resultado da redução da produtividade devido a perturbações mentais; d) redução da capacidade para o trabalho (doméstico e remunerado); e) estigma; f) redução do acesso aos cuidados de saúde; g) abuso de substâncias (Patel *et al.*, 2010).

5. ESTRATIFICAÇÃO SOCIOECONÓMICA E VARIAÇÕES EM SAÚDE

Como foi referido anteriormente, o lugar, nas suas componentes físicas e sociais, afeta a saúde, quer diretamente quer indiretamente, através da influência sobre os estilos de vida e os comportamentos saudáveis. Vários estudos (Benzeval *et al.*, 2001; Bosma *et al.*, 2001; Macintyre *et al.*, 2003; Mackenbach *et al.*, 2003; Braveman *et al.*, 2010; WHO, 2013) revelam a existência de associações entre as áreas desfavorecidas e os resultados em saúde (*e.g.*, valores elevados de incidência, prevalência e mortalidade por doenças coronárias e doenças mentais), os riscos biológicos (o baixo peso à nascença para tempo completo, a obesidade e a tensão arterial elevada) e os comportamentos de risco (consumo de tabaco e álcool, inatividade física e dieta pobre ou desequilibrada).

O prestígio e poder, genericamente, estão associados a classe social. Neste conceito estão incluídos fatores como a ocupação, a educação, o local de residência (contexto), os rendimentos e os estilos de vida. Tanto a mortalidade infantil como a mortalidade prematura nos homens evidencia um gradiente de classe social. A variação da mortalidade precoce ou prematura, segundo as classes sociais, foi estudada por Edwin Chadwick, em 1840, na cidade de Londres. Chadwick verificou que a taxa de mortalidade infantil na classe dos artesãos e operários era duas vezes e meia superior à da classe alta inglesa. A carreira da saúde e a carreira profissional estão interligadas e dependentes uma da outra. Todavia, as explicações das variações em saúde tendem a ser discutidas com base em seis pressupostos que têm em conta a estratificação socioeconómica.

▶ Associação entre estilos de vida e classes sociais: os consumos de tabaco e álcool (excessivo) estão na origem da maior parte das doenças e causas de morte e estes comportamentos são marcados por fatores culturais, sociais e económicos, sendo as classes sociais mais baixas as que, genericamente, apresentam mais comportamentos de risco e maior probabilidade de morte prematura, doença e incapacidade. Nos países da Europa verifica-se uma geografia do risco associado ao consumo de tabaco e álcool. Relativamente ao tabaco, o seu uso é mais frequente no Norte da Europa, com

consequências no aumento relativo das doenças cardiovasculares nas classes sociais mais baixas. O consumo excessivo de álcool é mais elevado nos países do Sul da Europa, provocando um aumento do risco da mortalidade prematura nas classes sociais mais baixas, fundamentalmente devido às doenças cerebrovasculares, tumores malignos, doenças gastrointestinais, cirrose do fígado, agressões e acidentes (Mackenbach, 2000).

▶ **Ambiente construído:** relativo às características do local de residência/de trabalho/ ensino/recreio (e.g., oferta e qualidade de espaços verdes urbanos, da habitação, das lojas de produtos alimentares, do espaço público caminhável) com efeitos positivos e negativos nos mais expostos. Por exemplo, os mais pobres são mais afetados pelas condições de acesso deficiente a bens e serviços (e.g., produtos alimentares saudáveis, possibilidade de prática de exercício físico, oferta de bens e serviços) quando comparados com residentes com condição económica e social mais elevada. São também mais afetados pela insegurança, crime, violência, potencialmente mais frequente nas áreas mais pobres.

▶ **Ambiente socioeconómico:** onde se inclui o rendimento e a educação, dois atributos indispensáveis que potenciam o acesso a diferentes estilos de vida, com impacto na saúde, e aos cuidados de saúde de boa qualidade e com grande potencial de prevenção. Genericamente, verifica-se uma degradação do estado de saúde ou um aumento da mortalidade com a diminuição do rendimento, nos trabalhadores manuais e/ou na população com níveis mais baixos de escolaridade (ou sem escolaridade). Todavia, existe uma relação curvilínea entre o rendimento e a mortalidade, ou seja, a associação entre a mortalidade e o rendimento é mais forte nos níveis de rendimento mais baixos do que nos mais altos.

▶ **Acessibilidade geográfica aos serviços de saúde preventivos e de promoção e a resposta dos serviços:** mais vantajosa para os que se localizam geograficamente mais perto ou pertencem a classe social mais afluente. Genericamente, são as regiões mais ricas, quando comparadas com as mais pobres, que podem fornecer mais e melhores serviços. Todavia, o rendimento, segundo alguns autores, é o fator mais importante no acesso aos cuidados de saúde (baixo rendimento corresponde a maiores necessidades reais em saúde e a maior dificuldade de acesso) seguido pela escolaridade (mais baixa corresponde a mais problemas de saúde e menos informação), pela ocupação (trabalhadores manuais têm ocupações de maior risco para a saúde e menor acesso aos serviços) e pelo local de residência (áreas rurais são potencialmente locais de residência de população mais idosa e mais pobre, sendo também as áreas com menor acessibilidade geográfica a este tipo de serviços).

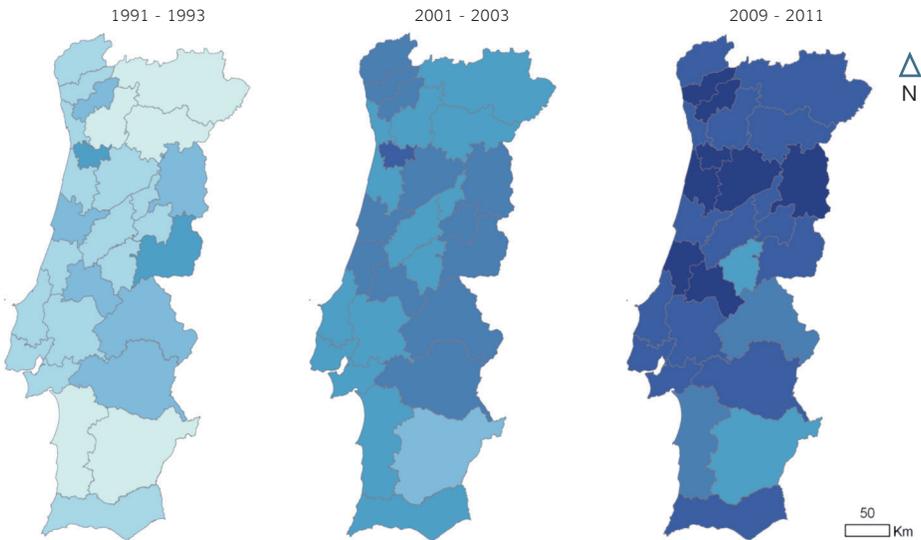
▶ **Causalidade inversa ou desvio seletivo:** os mais saudáveis sobem na hierarquia social, verificando-se uma ligação estreita entre carreira da saúde e a carreira profissional.

▶ **Potencial biológico hereditário:** existem poucas provas que atestem a existência de qualquer diferença de tendência genética entre grupos sociais.

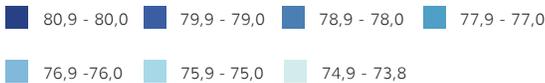
Alguns autores (Power, 1994; Judge, 1995; Power e Mathews, 1997) referem que, em Estados mais igualitários, a esperança de vida é maior, em consequência da diminuição

das diferenças individuais, resultantes, por um lado, da diminuição das diferenças de riqueza individual entre os topos (os mais ricos e os mais pobres) e, por outro lado, por condições de acesso a bens e serviços públicos oferecidos de forma mais equitativa pela comunidade.

Alguns exemplos podem ser apresentados, relativamente à evolução de indicadores como a esperança de vida à nascença e à razão de mortalidade e de morbilidade entre os países da Europa (contraste entre os países do Norte e os do Sul da Europa (figura 6.4, capítulo VI) e dentro do mesmo país (exemplo das desigualdades na esperança de vida à nascença em Portugal, em 1991-93 e 2009-11, figura 3.5).



Esperança de Vida à Nascença, por NUTS III (anos de vida)



Fonte: INE, Tábua completa de mortalidade.

Figura 3.5 – Esperança de Vida à Nascença em Portugal Continental (NUT III) nos períodos 1991-1993, 2001-2003 e 2009-2011.

6. SAÚDE URBANA E POLÍTICAS PÚBLICAS

A questão da saúde urbana no início do século XXI coloca, ou recoloca, algumas questões que importa considerar e que conferem ao planeamento urbano um carácter imprescindível (Barton e Tsourou, 2000):

- ▶ A saúde é a condição básica do desenvolvimento sustentável (saúde da sociedade);
- ▶ A saúde e o bem-estar da população são influenciados pelos atributos do lugar ou da comunidade, podendo estes sobrepor-se aos do indivíduo;
- ▶ Uma população com baixos valores de mortalidade prematura e/ou morbilidade será potencialmente mais produtiva, resultando desse facto um possível aumento da capacidade de produzir, e consequentemente de gerar riqueza (saúde da economia);
- ▶ Cada vez mais pessoas vivem em áreas urbanas e suburbanas;
- ▶ O organismo urbano é como um ser vivo: é influenciado e influencia a saúde dos grupos humanos (saúde ambiental);
- ▶ O planeamento urbano deve ser dirigido às pessoas.



A salubridade está entre as preocupações originais do Planeamento Urbano, que teve grande desenvolvimento na Antiguidade Clássica. Alguns dos desastres da cidade medieval, que não suportou o crescimento, resultaram do esquecimento dos princípios básicos do urbanismo clássico: a localização, o abastecimento de água, o sistema de esgotos, (...). A Cidade das Luzes trouxe a afirmação do Planeamento numa perspetiva integrada, que todavia foi insuficiente para responder aos reptos da cidade industrial, mormente no problema da habitação, que está no centro dos problemas sociais. (Gaspar, 2007: 23)

O planeamento urbano saudável é fruto da necessidade de ordenar/planear espaços urbanos, proporcionando saúde, qualidade de vida e bem-estar. Esta filosofia assenta em princípios de equidade, cooperação intersetorial, envolvimento da comunidade e sustentabilidade (Barton e Tsourou, 2000; Barton, Grant e Guise, 2003; Salgueiro, 2005; Nogueira, Santana e Santos, 2006; Wismar, Blau e Ernst, 2006; Williams, 2013).

A saúde associada ao planeamento urbano tem ganho cada vez mais espaço nos fora de discussão académica e política.

Santana (2005) refere que a influência do contexto na saúde é complexa e holística, porque o contexto é formado por múltiplos ambientes, dos quais se podem destacar o ambiente físico, o social, o económico e o cultural. Estes ambientes desdobram-se em

diversos fatores, de que se destacam a poluição atmosférica, a qualidade da água, o capital social ou oportunidades locais (bens e serviços), como foi apresentado neste capítulo.

Planejar lugares mais saudáveis, capazes de promover a saúde e a qualidade de vida dos seus habitantes, é não esquecer nenhuma destas dimensões. Planejar é identificar com precisão as características ambientais que, potencialmente, determinam o bem-estar e a qualidade de vida humana (Santana et al., 2008).

De acordo com Weinstein (1980: 18) *temos que ajustar a cidade às necessidades do Homem, em vez de ajustar o Homem às necessidades da cidade*, para que viver na cidade seja um fator de aperfeiçoamento e não de degradação da vida humana.

A desigual distribuição espacial dos resultados em saúde é devida à composição da população residente e às especificidades do local (Macintyre et al., 2002) e, nesse sentido, o Lugar merece ter atenção política e intervenções/ações políticas mais adequadas (Whitehead, 1998).



O reconhecimento do papel do ambiente na determinação da qualidade de vida e da saúde atribuiu ao lugar a capacidade de explicar os padrões de vida, saúde, doença e morte dos indivíduos. Nesta perspectiva, vários estudos concluem que as situações de vulnerabilidade formam clusters, sugerindo uma amplificação do risco identificada pela ocorrência simultânea de vários fatores. (Santana et al., 2007: 165)

As necessidades dos residentes na urbe são, assim, orientadoras das formas de moldar o espaço urbano, pretendendo-se criar ambientes que promovam a saúde e previnam a doença, através de uma leitura multinível da realidade urbana.

Uma das questões de saúde urbana que mais preocupa políticos e cidadãos é a do crescimento do número de pessoas com mais de 64 anos e da sua proporção no total da população residente em espaço urbano. Ou seja, no espaço urbano cada vez vive mais gente que cada vez vive mais anos, que se desejam com qualidade. O envelhecimento nas (das) cidades deve recolocar algumas questões na (re)organização e planeamento urbano.

Barton e Tsourou (2000) argumentam que o planeamento urbano deve ser dirigido às pessoas; a cidade deve ser planeada tendo em conta grupos específicos, com necessidades específicas. Nesse sentido, o espaço urbano deve garantir a manutenção da autonomia e da independência à medida que se envelhece (envelhecimento ativo), devendo ser este um objetivo chave partilhado por cidadãos e decisores políticos.

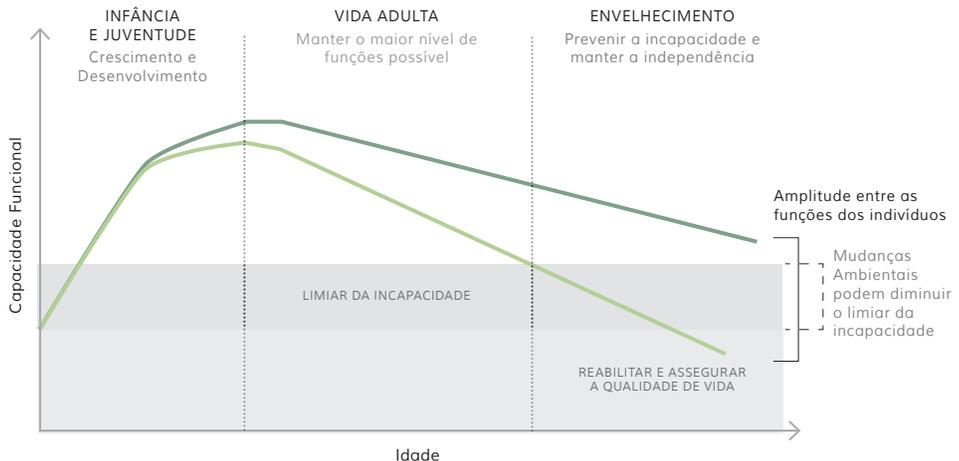
Este objetivo poderá ser alcançado se as ações/programas/políticas tiverem uma perspectiva de atuação ao longo da vida (*Life course perspective of maintaining independence in older age*; WHO, 1999): a criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de

amanhã. A qualidade de vida de que desfrutarão, como avós, depende dos riscos e oportunidades que experimentaram ao longo da vida e, ainda, da forma como gerações sucessivas providenciam ajuda mútua e apoio quando necessário. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) reconhece que as políticas e programas de envelhecimento ativo devem encorajar e equilibrar responsabilidade pessoal (auto-cuidado), ambientes amigos dos idosos (*age-friendly*) e solidariedade intergeracional.

Os responsáveis (políticos, famílias e indivíduos) devem contribuir, cada um à sua medida, no ordenamento do território, tendo como finalidade adotar práticas de saúde positivas, em todas as fases da vida. Para isso será necessário investir em ambientes que propiciem este objetivo: *tornar as escolhas saudáveis as escolhas fáceis* (WHO, 2002:17). A Organização Mundial de Saúde declara que, de facto, o envelhecimento saudável depende de uma variedade de influências ou determinantes que envolvem indivíduos, famílias e nações ao longo dos diferentes ciclos da vida.

Compreender a evidência que existe acerca dessas determinantes ajudará a conceber políticas e programas que, com carácter prospetivo, venham a funcionar.

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde argumentava que não era possível atribuir relação causal direta a nenhuma determinante, no entanto, o substancial corpo de evidência, quanto ao que determina a saúde, sugere que todos esses fatores (e a interação entre eles) são bons preditores de como todos envelhecem: indivíduos e populações.



Fonte: Adaptado de WHO, 2002:14.

Figura 3.6 - Perspectiva de vida tendo em conta a manutenção da máxima capacidade funcional.

Também será necessário compreender melhor as trajetórias que explicam como essas determinantes genéricas afetam, de facto, a saúde e o bem-estar (WHO, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) é da opinião de que é útil considerar a influência de várias determinantes ao longo da vida, de modo a aproveitar as transições e janelas de oportunidade para incrementar a saúde, participação e segurança em diferentes fases (figura 3.6). Por exemplo, o emprego, que é uma determinante ao longo da vida adulta, influencia fortemente a capacidade financeira, na idade mais tardia de cada pessoa.

De igual modo, o acesso a bens e serviços de qualidade, a espaços públicos (incluindo os verdes), adequados e com baixos níveis de poluição – atmosférica, sonora, visual –, a transportes públicos confortáveis e seguros, é particularmente importante em todas as fases da vida, com impactos reconhecidamente importantes na fase da vida para além dos 64 anos.

Tendo como objetivo o incremento da equidade em saúde e, ainda, a visão holística da saúde, destaca-se a necessidade de desenhar políticas públicas, programas/ações de natureza intersetorial e multissetorial (Santana, 2005), destacando em seguida os mais relevantes.

- ▶ Na educação: o aumento dos níveis de instrução e de educação na infância e ao longo da vida, tem consequências diretas na saúde do próprio e da família (caso da mulher). É amplamente reconhecido que uma das medidas mais adequadas para reduzir as desigualdades em saúde, resultantes das desigualdades socioeconómicas, designadamente o rendimento, é a de garantir uma maior igualdade de acesso aos resultados da instrução (educação), o que poderá vir a ter consequências ainda mais relevantes na saúde do que a mera redistribuição da riqueza.
- ▶ Na educação para a saúde: refira-se, por exemplo, o campo da educação alimentar, controlo do peso, consumo de tabaco e outras dependências (drogas duras e álcool). Papel importante deve ser desempenhado pelos cuidados de saúde primários, os quais deverão reforçar a sua atuação nestas matérias, designadamente em âmbito escolar, onde é possível influenciar os comportamentos individuais. A intervenção precoce, nas idades escolares mais baixas, pode constituir a forma mais custo-efetiva de reduzir o número de novos fumadores, por exemplo. Quanto ao álcool, importa desenhar programas que combatam o consumo excessivo e afrontem as alterações nos padrões de consumo, designadamente ao nível das camadas etárias mais jovens. Está provado que neste conjunto de dependências se encontram as maiores determinantes na saúde. Intervenções com vista à redução dos consumos têm implicações notáveis na diminuição da mortalidade prematura e de algumas morbilidades.
- ▶ Na saúde pública: mais atuante na promoção da saúde dos mais pobres ou dos que residem em lugares mais vulneráveis, e na prevenção de morbilidades associados à pobreza, à exclusão social e à marginalização. São exemplo, as perturbações mentais,

as doenças osteomusculares, do aparelho respiratório (asma, bronquites, tuberculose) e as doenças infecciosas (SIDA, gastrites, tuberculose, meningites). As perturbações mentais são reconhecidas como uma causa importante de morbidade e até de mortalidade direta ou indireta (suicídios, homicídios, agressões), que aumenta em períodos de crise económica e financeira.

▶ Na saúde pública, atuando na vigilância e monitorização do ambiente físico: qualidade do ar, da água, saneamento básico, recolha e tratamento de resíduos, mas também do local de trabalho/ensino, da residência e dos lugares públicos de recreio.

▶ No ordenamento do território: integrar as preocupações da saúde no planeamento territorial ao nível da distribuição dos serviços e equipamentos públicos, das condições habitacionais, da requalificação de bairros históricos e degradados, dos espaços verdes, de lazer, de recreio e desporto, promover as cidades saudáveis, a segurança pública e rodoviária.

▶ Na segurança social: através de políticas públicas de inclusão e apoio aos grupos sociais mais vulneráveis, como população idosa, imigrantes, famílias monoparentais, vítimas de violência, por exemplo. Deve ser privilegiado o apoio à vida na infância (incluindo a gestação) pelas consequências, na idade adulta, de ambientes e comportamentos nocivos à saúde, geralmente associados a famílias pobres ou às que vivem em áreas de grande privação.

▶ Na reforma dos sistemas de saúde: desconcentração da gestão dos serviços de saúde e maior participação da comunidade no planeamento e na prestação de cuidados de saúde, adequando-os às necessidades reais da população.

A saúde em todas as políticas pode ser perspectivada a várias escalas de definição e implementação, envolvendo o governo, autarquias, instituições públicas e privadas, organizações da sociedade civil e comunidades (WHO, 2011; Clavier, 2013).

De facto, as redes de governança, multinível e intersectorial, assumem-se como estratégia fundamental na obtenção de ganhos em saúde.



A crise financeira global trouxe condições de grande dificuldade para partes da Região Europeia. Verifica-se portanto, uma necessidade ainda mais premente de agir sobre as determinantes sociais da saúde, garantindo que o compromisso com a equidade em saúde sobrevive e é reforçado. (WHO, 2013: 1)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, a Saúde é entendida não como um conceito objetivo ou como um estado de expressão exclusivamente biológica, mas como um modelo complexo, em que o bem-estar e a qualidade da vida individual e as suas componentes psíquicas e sociais, reflexos dos estilos de vida, relevam cada vez mais.

A saúde está intimamente ligada ao desenvolvimento. Os grandes progressos no bem-estar e na qualidade de vida foram mais significativos na melhoria dos níveis de saúde das populações do que algumas das novas conquistas na assistência à doença. Não se pode encarar a relação dicotômica Saúde/Doença, pois não é possível considerar a doença como um acidente pessoal e por isso tentar solucioná-lo, resolvendo o problema em si mesmo. É necessário antes resolver ou minorar as causas e os efeitos que estão a montante e a jusante.

Alterações sociais, económicas e culturais ocorridas nos últimos anos, têm provocado aumento nos níveis de saúde. A diminuição da pobreza, a melhoria nos níveis de nutrição, a higiene do meio, a melhoria nas infraestruturas urbanas, como por exemplo, a qualidade da água distribuída e o alargamento da malha consumidora, são alguns dos fatores que estão implícitos no estado de saúde de uma região ou de um país.

Assim, o estado de saúde e o nível de desenvolvimento estão intimamente relacionados, e esta relação é o reflexo da qualidade das políticas, incluindo as da saúde.

Uma política de saúde correta deve ser desenvolvida no sentido de eliminar as causas, mais do que curar as doenças. Para que isso se torne possível, é necessário incluir outras políticas que tenham efeito, por exemplo, na qualidade da nutrição, da água, do emprego, da habitação, dos transportes.

É relevante difundir a noção de prevenção e promoção da saúde e criar estruturas com esse objetivo. A boa acessibilidade e aceitabilidade dos serviços, espalhados por áreas que sejam acessíveis cada vez a um maior número de pessoas, são também metas importantes a alcançar quando se avaliam as variações em saúde.

Reconhecem-se, todavia, as diferenças na perceção do que é a doença e a saúde. A saúde e a doença são dois pólos da experiência de cada indivíduo. A doença, reconhecida em termos clínicos, para além da perceção pessoal efetuada pelo indivíduo, é um passo importante no planeamento e organização do sistema de cuidados de saúde e na localização dos recursos, no interior de cada sistema de saúde. No entanto, é muito importante conhecer o "intervalo" que se estabelece entre a perceção da doença por parte do indivíduo, que corresponde à observação e racionalização individual com uma base cultural e de conhecimentos anteriores adquiridos, e a doença medida e cientificamente julgada pelos profissionais de saúde. Existem valores, atitudes e o exercício da personalidade que têm uma influência sobre a perceção, interpretação e resposta à doença.

Bibliografia Específica

- Almedom, A. M. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence, *Social Science and Medicine*, 61(5), 943–964.
- Appay B. (2001). Precarité, precarisation réflexions épistémologiques. In Joubert, M., Chaurin, P., Facy, F. e Ringa, V. (Ed.), *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm (pp. 15-27).
- Atkinson, S. (1995). Restructuring health care: tracking the decentralisation debate, *Progress in Human Geography*, 19(4), 486-503.
- Barton, H. e Tsourou, C. (2000). *Healthy Urban Planning. A WHO guide to planning for people*, WHO/ROE, Londres, Spon Press.
- Barton, H. e Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat, *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252-253.
- Barton, H., Grant, M. e Guise, R. (2003). *Shaping Neighbourhoods – a guide for health, sustainability and vitality*, Nova Iorque, Spon Press.
- Benzeval M., Judge K. e Whitehead M. (1995). *Tackling inequalities in health*. Londres, King's Fund.
- Benzeval, M. e Judge, K. (2001). Income and health: the time dimension, *Social Science and Medicine*, 52(9), 1371-90.
- Bloom, J.R. (1990). The Relationship of Social Support and Health, *Social Science and Medicine*, 30, 635-637.
- Bosma, H., Mheen, H., Borsboom, G. Emackenbach, J. (2001). Neighbourhood socioeconomic status and all-cause mortality, *American Journal of Epidemiology*, 153, 363-371.
- Braveman, P., Egerter, S. e Williams, D. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age, *Annual Review of Public Health*, 32(3), 1-18.
- Carr-Hill R. (1990). The measurement of inequalities in health: lessons from the British experience, *Social Science and Medicine*, 31, 393-404.
- Carstairs V. e Morris R. (1991). *Deprivation and health in Scotland*. Aberdeen; Aberdeen University Press.
- Carter, C.O. e Peel, J. (1976). *Equalities and Inequalities in Health*. Londres, Academic Press.
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital, *Social Science and Medicine*, 52, 1501-1516.
- CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais, Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde* (coord. Marmot, M.), Portugal, Organização Mundial da Saúde.
- Clavier, C. e Leeuw, E. (2013). *Health Promotion and Policy Process*, 1st Edition, Oxford, Oxford University Press.
- Coates, B.E., Johnston, R.J. e Knok, P.L. (1977). *Geography and Inequality*. Oxford, Oxford University Press.

- Cummings, S., Curtis, S., Diez-Rieux, A. e Macintyre, S. (2007). Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach, *Social Science and Medicine*, 65(9), 1825–38.
- Dahlgren e Diderichsen, F. (1986). Strategies for Equity in Health: Report From Sweden, *International Journal of Health Services*, 16, 517-537.
- Dahlgren, G. e Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Davey Smith G. (1996). Income inequality and mortality; why are they related?, *British Medical Journal*, 312, 1085- 1086.
- Diez-Roux, A., Link, B. e Northridge, M. (2000). A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors, *Social Science and Medicine*, 50, 673-687.
- Diez-Roux, A.V., Merkin, S.S., Arnett, D., Chambless, L., Massing, M., Nieto, J., Sorlie, P., Szklo, M., Tyroler, H., Watson, R.K. (2001). Neighbourhood of residence and incidence of coronary heart disease, *New England Journal of Medicine*, 12, 345, 99-106.
- Donovan, J.L. (1984). Ethnicity and Health: A Research Review, *Social Science and Medicine*, 19, 663-670.
- Duncan, G. (1996). Income dynamics and health, *International Journal of Health Services*, 26(3), 419-444.
- Eames, M., Ben-Sholmo, Y. e Marmot, M.G. (1993). Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England, *British Medical Journal*, October, 21(307), 1097-1102.
- Entrikin, J. N. (1997). Place and Region 3, *Progress in Human Geography*, 21(2), 261-268.
- Evans, G.W. (2003). The built environment and mental health, *Journal of Urban Health*, 80(4), 536-55.
- Fox, J. (1994). Poverty and ill health: time to review the link, *British Journal of Nursing*, 3 (10), 491-492.
- Gaspar, J. (2007). Cidade, Saúde e Urbanização: apontamentos e notas de leitura, Santana, P. (coord.), *A Cidade e a Saúde*, Coimbra, Almedina, (pp.23-38).
- Gatrell, A. (1998). Structure of geographical and social space and their consequences for human health, *Geografiska Annaler*, 79 (3), 141-154.
- Giraldes, M. R. (1996). *Desigualdades socio-econômicas e seu impacto na saúde*, Lisboa, Estampa.
- Graham H. (2001). *Understanding Health Inequalities*, Buckingham, Open University Press.
- Hajat, S., Kovats, R. E Lachowycz, K. (2007) Heat related and cold related deaths in England and Wales: who is at risk?, *Occup Environ Med*, 64, 93-100.
- Harries, K. (2000). *Filters, Fears, and Photos: Speculations and Explorations in the geography of crime*. In Goldsmith, V., McGuire, P., Mollenkopf, J. e Ross, T. (Ed.), *Analysing Crime Patterns: Frontiers of Practice*, Thousand Cases, Sage Publications, (pp.23-33).
- Haynes, R. e Gale, S. (2000). Deprivation and poor health in rural areas: inequalities hidden by averages, *Health & Place*, 6, 275-285.
- Houck, P., Lethen, J., Riggs M., Gantt D. e Dehmer G. (2005). Relation of Atmospheric Pressure Changes and the Occurrences of Acute Myocardial Infarction and Stroke, *American Journal of Cardiology*, 96(1), 45-51.

- Jenkin, P. (1984). Inequalities in Health: The Black Report and Reactions to It. In Black, N.; Boswell, D.; Gray, A.; Murphy, S.; Popay, J. (Ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, (pp. 325-334).
- Jerrett M., Burnett R., Ma, R. Pope C., Krewski, D., Newbold, K., Thurston, G., Shi, Y., Finkelstein, N., Calle, E. e Thun M. (2005). Spatial analysis of air pollution and mortality in Los Angeles, *Epidemiology*, 16, 727-36.
- Johnston, R. J. e Knox, P.L. (1977). *Geography and Inequality*. Oxford, Oxford University Press.
- Jones, K., Gould, M. e Duncan, C. (2000). Death and deprivation: an exploratory analysis of deaths in the Health and Lifestyle survey, *Social Science and Medicine*, 50, 1059-1079.
- Jong, G.A. e Rutten, F.F.H. (1983). Justice and Health for All, *Social Science and Medicine*, 17, 1085-1095.
- Judge, K. (1995). Income distribution and life expectancy: a critical appraisal, *British Medical Journal*, 311(7015), 1282-1285.
- Kaplan G. Pamuk, E., Lynch J. Cohen R. e Balfour J. (1996). Inequalities in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways, *British Medical Journal*, 312, 999-1003.
- Karisto A., Notkola V., Valkonen T. (1978). Socioeconomic status and health in Finland and other Scandinavian countries, *Social Science and Medicine*, 12, 83-88.
- Kawachi, I., Kennedy, B., Wilkinson, R. (1999). Income inequality and health, *The Society and Population Health Reader*, Nova Iorque, The New Press.
- Kennedy, B., Kawachi I., Glass, R. e Prothrow-Smith, D. (1998). Income distribution, socio-economic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis, *British Medical Journal*, 3(317), 917-921.
- Khedmati, E., Forouzan, A., Majdzadeh, R., Asadi-Lari, M., Noorbala, A. e Hosseinpoor, A. (2012). Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach, *International Journal for Equity in Health*, 26, 11:18.
- Kunst, A., Groenhouf, F., Mackenbach, J. e The EU working group on socio-economic inequalities in health (1998). Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies, *British Medical Journal*, 316, 1636-1642.
- Kunst, A (1997). *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*, PhD Erasmus University Rotterdam.
- Kunst, A. e Mackenbach, J. (1996). *La mesure des inegalités de santé d'origine socio-économique*, Copenhaga, WHO Bureau Regional de L'Europe.
- Kunst, A., Bos, V., Mackenbach, J., Eu Working Group On Socio-Economic Inequalities In Health (2000). *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations*. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission. Pre-final draft, Department of Public Health, Erasmus University Rotterdam .
- Lahelma E., Manderbacka K., Rahkonen O. e Karisto A. (1994). Comparisons of inequalities in health: evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden, *Social Science and Medicine*, 38, 517-524.
- Le Grand, J. (1989). Equidade, Saúde e Cuidados de Saúde, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 5-15.
- Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M. e Lang, T. (2000). *Social Inequalities in Health*, Paris, La Découverte.

- Macintyre, S. e Ellaway, A. (2000). Ecological Approaches: rediscovering the role of physical and social environment, Berkaman L. e Kawchi, I., (Ed.), *Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, (pp.332-348).
- Macintyre, S., Ellaway, A. e Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?, *Social Science and Medicine*, 55(1), 125-139.
- Macintyre, S., Ellaway, A., Hiscock, R., Kearns, A., Der, G. e Mackay, 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, *Health & Place*, 9(3), 207-218.
- Mackenbach J. e Kunst A. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe, *Social Science and Medicine*, 44, 757-771.
- Mackenbach, J., Kunst, Q., Cavelaars, A., Groenohof, F., e The EU working group on Socio-economic Inequalities in Health (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe, *Lancet*, 349, 1655-1659.
- Mackenbach, J. (2000). Determinants of population health. In Pereira Miguel, J., e Ferrinho, P. (Ed.), *Health Determinants in the EU. Évora Conference Proceedings*, Évora, Europress, 2000, (pp.17).
- Mackenbach, J., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, Ö., Valkonen, T. e Kunst, A. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *International Journal of Epidemiology*, 32(5), 830-837.
- Macleod, M., Graham E., Johnston, M., Dibben, C. e Morgan, I. (1999). How does relative deprivation affect health?, *Health Variations*, Official Newsletter of the ESRC Health Variations Programme, 12-14.
- Miles, R., Coutts, C. e Mahamadi, A. (2011). Neighborhood Urban Form, Social Environment, and Depression, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 89(1), 1-18.
- Navarro, V. (2001). The political context of social inequalities and health, *International Journal of Health Services*, 31(1), 1-21.
- Nogueira, H., Santana, P. e Santos, R. (2006). Linking Perceptions of Health to Neighbourhood Environment in Lisbon Metropolitan Area, Portugal. In Monder, U., Brebbia, C. e Tiezzie, E. (Ed.), *The Sustainable City IV*, Southampton WIT Press, (pp. 723-733).
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigall, J., Funk, M. e Flisher, A. (2010). Mental Disorders: Equity and social determinants. In Blas, E. e Kurup, A., (Ed.) *Equity, social determinants and public health programmes*, Suíça, Organização Mundial de Saúde, (pp.115-134).
- Pearce, N. (2000). The ecological fallacy strikes back, *Journal of Epidemiology Community Health*, 54:326-327.
- Pereira, J., Campos A.C., Cortês M.F. e Costa, C. (1987). Equidade geográfica no sistema de saúde português. In Campos, A., e Pereira, J. (coord.) *Sociedade, Saúde e Economia*, Lisboa. ENSP.
- Pereira, J. (1995). *Inequity in infant mortality in Portugal, 1971- 1991*, Lisboa, documento de trabalho da APES (4/95).
- Pereira, J., Giraldes, M.R. e Campos, A.C. (1991). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Inst. Est. Desenvolvimento.

- Pereira, J. (2000). Income, health and inequality: portuguese evidence and international comparisons. In Abrasco (coord.), *O sujeito na Saúde Coletiva: Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, CD-ROM, Abrasco, 2000.
- Power, C. (1994). Health and social inequality in Europe, *BMJ*, 308, April, 1153-1156.
- Power, C. e Mathews, S. (1997). Origins of health inequalities in a national population sample, *Lancet*, 29(350), 1584-1589.
- Power, C. (1998). Life course influences, *Health Variations*, Official Newsletter of the ESRC Health Variations Programme, 1, 14-15.
- Rau, R. (2007). *Seasonality in Human Mortality: A Demographic Approach*, Heidelberg, Springer
- Rogers, D. e Randolph, S. (2006). Climate change and vector-borne diseases, *Adv Parasitol*, 62, 345-81.
- Rohrer, J. e. e Blackburn, C. (2005). Lifestyle and mental health, *Preventive Medicine*, 40, 438-443.
- Rowland, A. J. e Cooper P. (1983). *Environment and Health*. Bristol, Edward Arnold.
- Salgueiro, T. (2005). A cidade como Ambiente. In Medeiros, C. (coord.), *Geografia de Portugal*. Lisboa, Círculo Leitores, (pp. 274- 279).
- Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and health, *Social Science and Medicine*, 55, 132-145.vv
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*, Coimbra, Almedina.
- Santana, P., Nogueira, H. e Santos, R. (2007). Melhorar a Saúde na Amadora, intervindo no ambiente físico e social. In Santana, P. (coord.), *A Cidade e a Saúde*, Coimbra, Almedina, (pp.247-254).
- Santana, P., Nogueira, H., Costa, C. e Santos, R. (2007). Identificação das Vulnerabilidades do Ambiente Físico e Social na Construção da Cidade Saudável. In Santana, P. (coord.), *A Cidade e a Saúde*, Coimbra, Almedina, (pp.165-179).
- Santana, P., Santos, R., Costa, C. e Loureiro, A. (2008). *Pensar Amadora Cidade Saudável e Activa*. Relatório Vencedor da 3ª edição do Prémio de Reconhecimento Científico da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, subordinado ao tema Saúde e Qualidade de Vida.
- Shaw, M., Orford, S., Brimblecombe, N. e Dorling, D. (2000). Widening inequality in mortality between 160 regions of 15 European countries in the early 1990s, *Social Science and Medicine*, 50, 1047-1058.
- Smith, D.M. (1989). Conclusion: From Social Problems and the City to the Social Problem of Injustice. In Herbert, D. (Ed.), *Social Problems and the City*, Londres, (pp.387-396).
- Stockdale, S.E., Wells, K.B., Tang, L., Belin, T.R., Zhang, L. e Sherbourne, C.D. (2007). The importance of social context: neighborhood stressors, stress-buffering mechanisms, and alcohol, drug, and mental health disorders, *Social Science and Medicine*, 65(9), 1867-81.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. e Mckee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *The Lancet*, 37(4), 315-23.
- Subramanian, S.V., Kawachi, I. e Kennedy, B. (2000). Does context matter? A multilevel analysis of self rated health in the US, Harvard School of Public Health. In Proceedings - IX International Symposium in Medical Geography, Montreal.

- Thumerelle, P. (1990). Les inégalités géographiques de la mortalité, *Espace, Population, Societes*, 3, 361-362.
- Tonnellier, F. (1985). *Inégalités en matière de santé : aspects géographiques. Comprendre les inégalités en matière de santé*, Paris, CREDES.
- Townsend, P. e Davidson, N. (1988). The Black Report. In Townsend, P., e Davidson, N. (Ed.), *Inequalities in Health*, Suffolk, Penguin Books Ltd., (pp.1-216).
- Tsourou, C. (2005). L'Healthy Urban Planning: pianificare la città sana. In Bellavitti, P. (Ed.), *Una città in salute. Healthy Urban Planning a Milano: un approccio e un programma per una città più sana, vivibile, ospitale*, Milano, FrancoAngeli/DIAP, (pp.47-54).
- Trullén, J. (2003). Redes de cidades y economía del conocimiento. La Cataluña – Ciudades. In Font, A. (Coord.), *Planeamiento urbanístico – de la controversia a la renovación*, Barcelona, Diputación de Barcelona.
- Weinstein, M. (1980). *Health in the city*, Nova Iorque, Pergamon Press Inc.
- Whitehead M. e Dahlgren G. (1991). What can be done about inequalities in health?, *Lancet*, 338, 1059-1063.
- Whitehead, M. (1998). Health inequalities- today's biggest issue for public health, *Health Variations Newsletter*, ESRC, 1, 4-5.
- Whiting, D., Unwin, N. e Roglic, G. (2010). Diabetes: equity and social determinants. In Blas, E. e Kurup, A., (Ed.) *Equity, social determinants and public health programmes*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, (pp.77-94).
- WHO – World Health Organization (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. WHO/HSC/AHE/99.2. Prepared by Stein, C. and Moritz I., Genebra, WHO.
- WHO – World Health Organization (2001). *Work and health country profiles - Country profiles and national surveillance indicators in occupational health and safety*. In Rantanen, J.(coord.), *People and Work*, Research Reports 44, WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. WHO/NMH/NPH/02.8, Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, WHO.
- WHO – World Health Organization (2010). *International Workshop on Housing, Health and Climate Change: Developing guidance for health protection in the built environmentmitigation and adaptation responses*, Meeting report, WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization (2011). *Governance for health in the 21st century. A study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Baku, WHO.
- WHO – World Health Organization (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report* (coord. Marmot, M.), Organização Mundial de Saúde, Gabinete Regional para a Europa.
- Wilkinson R. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*, Londres, Routledge.
- Williams, L. (2013). *Between Health And Place: Understanding The Built Environment*, Toronto, Wellesley Institute.

Wismar, M., Blau, J. e Ernst, K. (2006). Is HIA effective? A synthesis of concepts, methodologies and results. In Stahl, T., Wimar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K., *Health in All Policies: Prospects and potentials*, Finlândia, Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies.

Zancheti, S. (2002). O desenvolvimento sustentável urbano, *Gestão do patrimônio cultural integrado*, Recife, CECI – Editora da Universidade de Pernambuco, (pp.15-33).

Outras fontes

INE – Instituto Nacional de Estatística. *Tábuas completas de mortalidade*, 1991, 1992, 1993, 2001, 2002, 2003, 2009, 2010 e 2011.

IV.

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Uma maior consciencialização dos consumidores relativamente aos cuidados de saúde prestados tem provocado, nos últimos anos, mudanças significativas quer nas necessidades de cuidados de saúde, quer nos padrões da sua utilização quer, ainda e conseqüentemente, na forma como se desenvolvem tecnológica, geográfica e organizacionalmente, os cuidados de saúde. Além disso, os padrões da distribuição das patologias estão também a alterar-se, como foi analisado anteriormente.

A implementação de novas tecnologias médicas, bem como um quadro demográfico em dramática mudança, entre outros fatores, determinam uma necessidade urgente de reestruturação dos serviços de saúde em geral. Os principais problemas estão essencialmente relacionados com a persistência de lacunas e iniquidades no acesso aos serviços, com o crescimento das despesas com a saúde, com a aparente falência das soluções ensaiadas, e, finalmente, com a inquietude da sociedade em geral, e dos utilizadores em particular, quanto à eficácia e aos resultados dos cuidados, isto é, quanto ao seu real impacto sobre a saúde e o bem-estar das populações.

Nos objetivos deste capítulo enquadram-se as seguintes preocupações:

- ▶ Analisar as características da oferta de cuidados de saúde e da população potencialmente utilizadora;
- ▶ Avaliar as relações que se estabelecem entre a oferta e a procura de cuidados de saúde;
- ▶ Entender as condicionantes do acesso e da utilização dos serviços de saúde (e.g., características geográficas dos lugares, políticas de saúde);
- ▶ Observar, analisar e tentar encontrar explicações para os graves indícios de discriminação no acesso aos cuidados em função de características dos utilizadores ou potenciais utilizadores, tais como a idade, etnia, local de residência, nível de rendimentos, correspondendo estes grupos, na maior parte dos casos, às situações de maior necessidade de cuidados de saúde.

1. NECESSIDADES EM SAÚDE

As necessidades em saúde resultam, ou são induzidas, por fatores individuais, relacionados com o nível de educação, os valores (econômicos, culturais e morais) e as circunstâncias (gravidade dos problemas de saúde). Têm consequências nas desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde, quer em qualidade quer em quantidade. Dependem e variam em função da própria dinâmica entre a oferta e a procura.

Podem ser classificados quatro tipos de necessidades: a) sentidas ou percebidas individualmente; b) normativas ou profissionalmente identificadas pelos médicos ou outros prestadores de cuidados de saúde; c) comparativas ou comprovadas cientificamente; d) expressas ou sentidas e convertidas (ou não) em procura expressa.

Os profissionais de saúde, principalmente os médicos (Reinhardt, 1987; Cromwell e Mitchell, 1986) têm um papel importante, enquanto indutores, na utilização e na frequência de utilização dos serviços. Por um lado, existe uma componente de agenciamento em alguns tipos de serviços curativos (*e.g.*, intervenção cirúrgica) e preventivos (*e.g.*, mamografia) por outro lado, porque a satisfação (e o nível de satisfação) com a prestação do cuidado de saúde pode ser revelada pela utilização sucessiva do mesmo tipo de serviços. Ainda, a utilização dos serviços geriátricos e tratamentos prolongados está associada à possibilidade de se viver mais anos com uma maior utilização de serviços, de forma mais intensiva e durante mais tempo.

Todavia, o entendimento da problemática em questão – conceito de saúde e doença e modelos de procura e utilização, a partir da perceção da necessidade de atos médicos – tem cada vez mais uma componente pessoal e um maior significado social (Igun, 1979), pelo destaque que a informação e a educação para a saúde têm ganho nas últimas décadas.

2. ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE: UM CONCEITO MULTIDIMENSIONAL

Quando se avalia a acessibilidade a um bem ou serviço deve ter-se em conta o que é oferecido e quem o procura. Estas são duas faces de uma mesma realidade. De um lado, temos os indivíduos, utilizadores ou potenciais utilizadores e, do outro, os recursos de saúde.

Assim, a análise do acesso e da utilização deve considerar as características que predispõem, facilitam ou inibem o acesso aos cuidados de saúde, presentes nos dois conjuntos de componentes que caracterizam o processo de prestação dos cuidados de saúde: oferta e procura.

A acessibilidade implica utilizadores e serviços ligados dinamicamente, interagindo e influenciando-se mutuamente. Ou seja, os padrões de utilização dos cuidados de

saúde refletem a complexa interação de dois grandes conjuntos de fatores; uns relativos à oferta, onde se incluem as componentes físicas (e.g., e de localização geográfica) dos recursos e as características sócio-organizacionais dos cuidados de saúde, e outros relativos à procura, associados às características dos potenciais utilizadores. Todavia, a importância de um fator, ou conjunto de fatores, pode alterar-se de acordo com condições específicas do meio social (e.g., cultura, capital social), dos sistemas de cuidados de saúde (público, privado ou misto) e, ainda, de tipos específicos de serviços (centro de saúde, hospital, médico privado, etc.) e de cuidados (e.g., preventivos, curativos).

Em síntese, quando se avaliam as condições de acessibilidade da população aos cuidados de saúde deve observar-se um conjunto de variáveis, relativas a três dimensões: as que caracterizam o território, as relativas aos indivíduos potencialmente utilizadores e as que se referem à organização dos serviços.

Na dimensão do território, são analisadas as componentes geográficas (tempo e custo para vencer a distância entre a residência e os cuidados de saúde) que expressam a proximidade espacial e representam a acessibilidade locacional dos serviços.

Na dimensão dos indivíduos potencialmente utilizadores incluem-se atributos como o género e a idade (características imutáveis), o rendimento, a posse de seguro de saúde, etc. (características mutáveis) e, ainda, a vontade e informação do utente, onde se incluem, entre outros, as atitudes e conhecimentos sobre os cuidados de saúde e a definição social e cultural de "doença" apreendida pelos sujeitos.

Nas características sócio-organizacionais são observadas todas as características dos recursos que influenciam os utilizadores dos cuidados de saúde: género do profissional de saúde contactado, especialização, barreiras ao contacto, e as características dos serviços (qualidade, tipo, profissionais de saúde treinados e de qualidade, etc.); bem como a qualidade da referenciação, a continuidade dos cuidados e a hierarquia dos cuidados.

A noção de acesso deve ser considerada num contexto de *as pessoas que precisam receber cuidados* (organização e disponibilidade); pessoas na população em risco usam os serviços de saúde com taxas de utilização *proporcionais e apropriadas à sua atual necessidade de cuidados* (Santana, 2005).

O acesso aos cuidados de saúde tem duas componentes: a) o acesso potencial, que depende do efetivo populacional, das necessidades em saúde dessa população e da sua capacidade de transposição de barreiras; b) o acesso realizado ou expresso, que equivale à efetiva utilização dos cuidados de saúde.

A acessibilidade geográfica a uma unidade de saúde é a base para a utilização dos serviços de saúde e um dos garantes da equidade em saúde. A acessibilidade física ou geográfica está diretamente relacionada com a distância entre dois locais: proveniência e destino. É essa distância que possibilita uma classificação morfológica do espaço geográfico,

medida em unidades de comprimento, tempo ou custo (Zaidi, 1994; Santana, 1995; Vasconcellos, 2000; Santana, 2005; Santana *et al.*, 2010; Comber *et al.*, 2011; Banister, 2011).

Todavia, a acessibilidade depende não somente da localização dos serviços mas também da capacidade de ultrapassar a(s) barreira(s) entre indivíduos e equipamentos. As barreiras e as “superfícies” de procura dependem, essencialmente, da capacidade de vencer a “distância” (Santana, 1995; Ferraz e Torres, 2004; Santana *et al.*, 2010; Rooy *et al.*, 2012; Kravitz *et al.*, 2011).

Por outro lado, a análise da acessibilidade geográfica dos serviços, por exemplo através da utilização de mapas de fluxos, permite visualizar as ligações estabelecidas entre os serviços e os utilizadores e estabelecer hierarquia de serviços, relativamente à sua atratividade. Esse tipo de informação é útil na identificação dos pólos de atração, na regionalização do atendimento, na verificação das distâncias percorridas pelos utilizadores e nos tempos ou custos envolvidos nas deslocações (Rodrigues, 2001; Santana *et al.*, 2010).

No entanto, a dimensão da área de influência de uma unidade de saúde e as distâncias a percorrer pelos seus utilizadores variam em função da complexidade dos cuidados prestados: os de uso mais frequente (cuidados de saúde primários) e de carácter trivial devem estar disponíveis próximo da residência dos utilizadores; em sentido oposto, a eficiência e a qualidade na prestação de cuidados especializados (em recursos humanos e técnicos), impõem a concentração dos serviços, podendo implicar deslocações mais longas.

O efeito da diminuição de utilização com o aumento da distância é familiar aos geógrafos no contexto do comércio a retalho e como um elemento dos modelos gravitacionais desenvolvidos por Stewart (1948) e Zipf (1949), a partir do trabalho pioneiro de Ravenstein. Esta metodologia foi introduzida, mais tarde, na análise dos cuidados de saúde por Shannon e Dever (1974), os quais consideraram que a maior utilização dos serviços correspondia a áreas mais próximas das unidades de saúde, mas que este facto resultava mais da informação da população vizinha dos cuidados de saúde sobre os benefícios dos serviços, do que da influência direta da distância da residência ao local da oferta.

Tem sido reconhecido que os aspetos de localização desempenham um papel importante no uso dos cuidados de saúde (consultórios médicos e hospitais) (Knox, 1978; Jones e Kirby, 1982; Joseph e Phillips, 1984; Santana, 2005; Garb e Wait, 2011). Withehouse (1985) argumenta que aqueles que têm de realizar viagens mais longas (superiores a quatro quilómetros) até aos cuidados de saúde, têm uma situação desvantajosa relativamente aos que vivem próximo. Ao fator distância têm sido associados outros que são igualmente influenciadores da capacidade de utilização dos cuidados de saúde pelos grupos populacionais com residência mais afastada: horário de funcionamento dos serviços, oferta de transportes públicos de acordo com os horários de funcionamento dos serviços, sistema de marcação da consulta, entre outros. A mobilidade individual – carro no

alojamento – e, ainda, o contacto direto (pelo telefone ou internet), quer com os cuidados de saúde quer com formas alternativas de deslocação – ambulância e táxi –, assumem significativa importância na utilização/não utilização dos serviços de saúde.

É importante considerar que não existe uma relação uniforme e apodítica entre o aumento da distância e a diminuição da utilização dos serviços de saúde. Os comportamentos de procura e utilização são influenciados quer pelas características dos serviços prestadores – dimensão, idade das instalações, qualidade dos cuidados, imagem pública, tipo de serviços oferecidos, área de influência –, quer pela capacidade de oferta e adequação dos horários dos transportes públicos quer, ainda, pelas características individuais dos consumidores dos cuidados. O efeito da distância pode ser contrariado, por exemplo, pela natureza dos sintomas ou da doença que os utentes sofrem (Girt, 1972; McLaren *et al.*, 2013). Esta abordagem varia, sobretudo, com o sistema de saúde e o tipo de cuidado de saúde em causa.

Kleindorfer (2009), Moisi *et al.* (2011) estudaram o efeito da distância na utilização do hospital. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas confirmando que o uso das consultas externas e do serviço de urgência hospitalares diminuía com o aumento da distância. Em Portugal também foi identificada (Santana, 1995b; 1996b) uma correlação estatisticamente significativa entre a utilização dos serviços de urgência e das consultas externas (primeiras consultas) e a distância percorrida entre a origem (residência) e o destino (no caso analisado, Hospitais da Universidade de Coimbra), isto é, o aumento da distância influenciava negativamente a utilização. Porém, a distância apenas influenciava a utilização dentro de determinados limites. O cálculo do coeficiente de regressão gerou o gradiente da linha de regressão que indica a influência do fator distância. Assim, quando a distância era inferior a 50 quilómetros, a variação era explicada pela função em cerca de 76% nas urgências e 44% nas consultas externas. A partir dos 50 quilómetros a equação deixava de ter significado para explicar a variância. Em ambos os casos, verificou-se uma diminuição da percentagem de utilização com o aumento da distância.

3. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como foi referido anteriormente, nas variáveis da acessibilidade aos cuidados de saúde incluem-se, por um lado, a procura – utilizadores – e os seus atributos (*e.g.*, estatuto social, rendimento e recursos económicos disponíveis, cobertura por segurança social ou seguro de saúde, tempo disponível para utilizar os serviços, género, idade, dimensão e estrutura do agregado familiar, estado civil, educação e informação, necessidades sentidas, crenças e fatores culturais, local de residência, hábitos alimentares, dependências – álcool, tabaco e drogas –, etnicidade e aculturação) e, por outro lado, o tipo de oferta (*e.g.*, hospital público ou privado, centro de saúde, médico privado, dentista), o local de prestação (*e.g.*, consultório, consulta externa, no domicílio), o propósito (prevenção primária,

secundária) o intervalo de tempo, o contacto com os serviços (uso ou não uso), o volume (quantidade de atos médicos) e a continuidade (Santana, 1995; 1999; Zuchi *et al.*, 2000; Travassos e Martins, 2004; Guimarães *et al.*, 2006; Ramalho *et al.*, 2006).

3.1 Barreiras ao acesso e utilização

As barreiras à utilização são relativas quer às condições da procura quer da oferta.

No que respeita à procura identificam-se, em primeiro lugar, as características imutáveis, ou seja, as que não podem ser manipuladas pelas políticas, como o género (as mulheres utilizam mais os cuidados de saúde primários e menos os hospitalares, por falta de mobilidade), a idade (os mais novos e os mais velhos têm mais necessidades de cuidados de saúde, mas são dependentes na deslocação aos serviços de saúde) e o grupo étnico (geralmente associado a problemas de saúde específicos e porque alguns grupos têm falta de acesso pela dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde). Em segundo lugar são consideradas as características mutáveis, aquelas sobre as quais é possível intervir, sendo o rendimento, segundo alguns autores, o fator mais importante no acesso aos cuidados de saúde (baixo rendimento corresponde a maiores necessidades reais em saúde e a maior dificuldade de acesso), seguido pela escolaridade (mais baixa corresponde a mais problemas de saúde e menos informação), pela ocupação (trabalhadores manuais têm ocupações de maior risco para a saúde e menos acesso aos serviços) e pelo local de residência (áreas rurais são potencialmente local de residência de população mais idosa e mais pobre, sendo também as áreas com menos acesso a serviços de saúde de qualidade) (Santana, 1995; Zuchi *et al.*, 2000; Oliveira e Bevan, 2003; Travassos e Martins, 2004; Ramalho *et al.*, 2006).

Considerando a oferta, verifica-se a existência de dois tipos de barreiras. As primeiras, são conhecidas como as barreiras estruturais (potenciais) e dizem respeito à disponibilidade de oferta de serviços ou profissionais, ao pagamento de taxas moderadoras, ao tempo de deslocação até à unidade de saúde, ao tempo de espera no dia da consulta, ao horário de atendimento, à área de influência do serviço de saúde, à (in)existência de redes de referência e ao tipo de práticas exercidas pelos médicos. As segundas são relativas às características dos profissionais de saúde (principalmente médicos e enfermeiros), onde se inclui a idade, o género, o treino profissional, a atitude do prestador perante o utente e, ainda, o seu grupo étnico.

Tendo em conta as barreiras socioeconómicas, um indivíduo tem um dado potencial de acessibilidade no espaço físico para cada tipo de cuidados de saúde, mas a realização da acessibilidade (a utilização de um serviço) pode depender da eficiência do sistema de referência. É o médico de família que inicia a cadeia de referências. Por isso, o acesso aos cuidados de saúde primários (por exemplo no caso de Sistema de Saúde de tipo Serviço Nacional de Saúde) é o elemento mais importante, pois determina,

acima de tudo, o acesso aos cuidados de saúde. A mudança na organização geográfica dos cuidados primários, especialmente clínicos gerais/médicos de família, tem consideráveis impactos em todos os padrões de acessibilidade. A prevalência da prática das referências introduz um elemento especial na acessibilidade aos cuidados de saúde.

Nos estudos realizados nos últimos anos, alguns já depois de 2000, verifica-se, todavia, que o fator mais importante na procura e utilização dos serviços de saúde não é apenas o rendimento ou o estatuto social mas sim o capital social, ou seja, a capacidade que a comunidade tem de se organizar para responder às necessidades reais da população. Estudos realizados quer na Europa quer na América do Norte (Yen e Kaplan, 1999, Macintyre e outros, 2003; Ellaway *et al.*, 2012; Mohnen *et al.*, 2011) revelam que as características da comunidade (disponibilidade de recursos de qualidade: serviços de saúde e outros) podem sobrepor-se às características dos indivíduos quando são apercebidos maus estados de saúde.

3.2 Características de atratividade dos cuidados de saúde

Os cuidados de saúde atraem a população da sua área direta de influência, mas também a de outras áreas mais ou menos distantes, dependendo de condições específicas de qualidade e quantidade dos recursos físicos e humanos que disponibilizam. Refiram-se, a título de exemplo, alguns deles: número de camas do hospital, disponibilidade de serviços de urgência ou atendimento permanente, acessibilidade geográfica (proximidade ao local de residência e adequação dos transportes públicos aos horários de funcionamento dos serviços), qualidade das instalações, qualidade do atendimento (*e.g.*, relações interpessoais: cortesia, afabilidade), número de profissionais de saúde por habitante, presença de alta tecnologia, presença ou ausência de programas de educação médica, acreditação da instituição e, ainda, a satisfação com os cuidados prestados.

De facto, a qualidade dos serviços revela-se na satisfação dos utilizadores. Todavia, a satisfação não é objetiva nem estática, antes se constitui como um valor cultural coletivo, mas também individual, sujeito a alterações.

E a (in)satisfação pode determinar os padrões de utilização de consumo dos cuidados de saúde. A satisfação está relacionada com os aspetos relativos a: a) conveniência dos serviços; b) coordenação entre os prestadores (na hierarquia cuidados de saúde primários/cuidados diferenciados); c) custos diretos (pagamento de taxas, transportes, ato médico, etc.) ou indiretos (*e.g.*, perda do dia de trabalho); d) atenção e cortesia do prestador; e) qualidade das instalações; e f) resultados dos cuidados.

Quando se considera a acessibilidade, deve ter-se em conta a inter-relação entre os indicadores de acesso e a eficiência e efetividade dos cuidados de saúde. Por um lado, devem ser considerados os *outputs*, ou seja, os cuidados efetivamente prestados

e, por outro, os respetivos *outcomes*, entendidos como as consequências efetivamente resultantes dos cuidados prestados numa ou em diversas situações. A relação entre os *outputs* e os *outcomes* traduz o impacto dos cuidados de saúde prestados sobre o estado de saúde das populações ou dos indivíduos a que foram prestados.

4. IGUALDADES E DESIGUALDADES NA OFERTA E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

O cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde só será assegurado em pleno se não se verificarem desigualdades significativas no grau de acesso das populações das diversas áreas geográficas. Idealmente, a oferta de cuidados de saúde deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acesso uniforme para todas as populações.

Considerando o tipo de oferta, de acordo com a teoria de bens e serviços oferecidos ao público, esta pode ser classificada em oferta pública e privada. Um bem ou serviço privado pode ser definido como o que apenas é consumido individualmente ou por grupos de indivíduos (genericamente, é aplicado o princípio da exclusão). Os serviços públicos são serviços da comunidade oferecidos simultaneamente a todos os cidadãos, mesmo que os prestadores possam ser privados, contratualizados para o efeito. Os serviços de saúde públicos baseiam-se em ações coletivas e envolvem propósitos de redistribuição de um conjunto de recursos materiais e não materiais.

Todavia, os sistemas de saúde podem proporcionar acesso desigual, quando os residentes em determinado ponto de um país têm uma probabilidade inferior (ou superior) de garantir acesso a cuidados, em virtude da distribuição dos recursos ser irregular e os níveis sanitários diferirem de região para região.

Assim, a distribuição geográfica dos recursos, porque “impura”, é reveladora das desigualdades no acesso, devendo ser implementadas ações/programas para que se atinjam: a) igualdade ponderada de despesas *per capita*; b) igualdade de recursos para necessidades iguais; c) igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades; d) igualdade de utilização para iguais necessidades; e) igualdade de satisfação de necessidades marginais; e f) igualdade de saúde.

4.1 O direito à saúde e à equidade no acesso aos cuidados de saúde

O direito à saúde e à equidade em saúde tem raízes políticas, que se traduzem na política da saúde, por exemplo, na decisão de garantir o acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde primários e/ou hospitalares.

A dotação de recursos financeiros e a construção de unidades de diferentes níveis de acordo (ou não) com as características da população residente e com as suas necessidades reais, pode (ou não) contribuir para a equidade em saúde.

Por fim, os comportamentos perante a saúde e a doença, quer dos políticos, do setor da saúde e de outros setores que contribuem direta ou indiretamente para o bem-estar e saúde das populações e das comunidades, quer dos gestores das unidades de saúde quer, ainda, da própria população potencialmente utilizadora, têm impactos que devem ser avaliados quando se pretende garantir o direito à saúde.

Há uma necessidade crescente e renovada de absorver novos conhecimentos acerca das alterações em saúde e nas condições sociais e, simultaneamente, refletir sobre os constrangimentos inerentes à oferta e utilização dos serviços de saúde em geral (Pereira, 1989).

Um dos objetivos prioritários da Organização Mundial de Saúde (1978) é reduzir as diferenças em matéria de saúde (Meta 1 do Programa Saúde para Todos), orientando para a igualdade perante a saúde, concretamente através da organização das infraestruturas dos sistemas de prestação de cuidados, de forma a que haja uma (re)distribuição de acordo com as necessidades e que sejam económicos e culturalmente acessíveis e aceites pela população (Meta 27 do Programa Saúde para Todos: *distribuição dos recursos*).

A equidade é, no seu conceito mais amplo, igualdade de resultados, ou seja, igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades, muito próximo do ideal de *justiça social* e *justiça distributiva* (White, 1979:59). Todavia, deve ser considerada em duas dimensões: a) equidade horizontal (tratamento igual para toda a população); b) equidade vertical (tratamento desigual dos desiguais).

Giraldes (1988) refere a noção de equidade, apresentando as perspetivas de Le Grand (1982) e Mooney (1983): a) igualdade da despesa *per capita* (mera igualdade estatística de consumo de recursos financeiros); b) igualdade de recursos para necessidades iguais (igualdade de resposta em termos de tipo, qualidade, local e preço, para situações de doenças iguais); c) igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades (igualdade de possibilidades de aceder aos serviços, isto é, garantia de igualdade na “transformação” da procura potencial em procura expressa); d) igualdade de satisfação de necessidades marginais (igualdade na satisfação para grupos de risco); e e) igualdade de saúde (igualdade dos resultados dos estilos de vida e dos cuidados de saúde prestados).

Pode, então, concluir-se que existem três pontos comuns: a) acesso igual para os utentes (tempo e custo); b) igualdade na utilização dos serviços, pela distribuição da despesa pública; e c) relação entre a despesa pública e indicadores de saúde.

Importa referir que a distribuição dos recursos é um ponto fundamental nesta abordagem. A localização dos serviços de saúde, ao estarem próximos da população mais carenciada

em termos económicos, aumenta as possibilidades de utilização dos serviços, porque a distância a percorrer entre o local de residência e o da oferta dos serviços de saúde é menor, assim deixando a distância de constituir uma barreira ao acesso aos serviços.

A utilização dos serviços (procura expressa) faz-se, em muitos casos, como reflexo da maior proximidade relativamente aos utilizadores, em áreas geográficas de maior facilidade de acesso, mais do que pela necessidade percebida ou clinicamente demonstrada.

Esta associação entre a utilização e a proximidade dos recursos é influenciada por outros fatores, como referido anteriormente, dos quais os mais importantes são o rendimento (ou estatuto socioeconómico), o género e a idade. A associação verifica-se com maior frequência na utilização dos cuidados de saúde primários, isto é, está intimamente ligada com a perceção da doença e a sua potencial gravidade.

4.2 A perspetiva territorial na utilização dos cuidados de saúde

Quando um governo assume que a saúde é universal e gratuita, tem como ideia básica que para iguais necessidades haverá igualdade de acesso e utilização dos cuidados de saúde, tendo em conta o mesmo nível de qualidade.

Genericamente, são as regiões mais ricas, quando comparadas com as pobres, que podem fornecer mais e melhores serviços. Aqui reside o paradoxo, já que é nessas áreas que reside, potencialmente, a população com menores necessidades em saúde. Todavia, verifica-se, em múltiplos estudos realizados um pouco por todo o mundo, que a proximidade geográfica pode atuar como indutor de utilização (Knox, 1979; Joseph e Phillips, 1984; Withhouse, 1985; Santana 1993; Zuchi *et al.*, 2000; Ramalho *et al.*, 2006). Ou seja, os autores observam que, genericamente, utiliza mais quem reside mais próximo dos serviços de saúde, sendo também verdadeiro o inverso, independentemente das necessidades percebidas e comprovadas clinicamente. Este facto sugere que, mesmo em sistemas de tipo SNS - Serviço Nacional de Saúde -, existem diferenças na acessibilidade aos serviços públicos em consequência da localização dos serviços de saúde em pontos específicos do território, onde se concentra grande parte da população, como tem vindo a ser verificado em Portugal (Santana, 1995a; Santana, 2005).

Quando se avalia o efeito da distância no bem-estar das populações, devem ser considerados os aspetos positivos, mas também os negativos. Ou seja, a proximidade de determinado tipo de serviços (hospitais e centros de saúde) é positiva, porque aumenta o acesso geográfico a esses serviços. Todavia, a existência de serviços de saúde com características particulares e/ou para clientes específicos (*e.g.*, hospitais psiquiátricos, centros de tratamento de toxicodependência) pode atuar de forma negativa no bem-estar da população que reside nas proximidades. Deve, ainda, considerar-se que, apesar da utilização aumentar, genericamente, com a proximidade aos serviços de saúde, a mera existência dos mesmos não é garante exclusivo ou suficiente do acesso/utilização, dependendo também,

por exemplo, da existência de redes de referência ou de características dos utilizadores, exigência e montante de pagamento de taxas moderadoras ou outros custos associados à utilização (tempo despendido, por exemplo), como já foi referido anteriormente.

A justiça territorial assegura a ligação entre as necessidades e os recursos no Serviço Nacional de Saúde. Nem sempre se verifica alta correlação entre os recursos disponíveis e o índice de necessidades relativas de serviços de saúde, atendendo às características da população de uma determinada área.

A importância absoluta dos fatores geográficos que afetam a acessibilidade depende da separação geográfica entre os prestadores e os consumidores. Todavia, a importância relativa destes fatores permanecerá fixa, tanto mais quanto a natureza absoluta dos outros fatores permanecerem constantes. Assim, as barreiras geográficas à acessibilidade tornam-se relativamente menos importantes quando as barreiras socioeconómicas se atenuam, quando a densidade da rede de serviços aumenta, ou quando a mobilidade dos potenciais consumidores cresce (Santana, 2005).

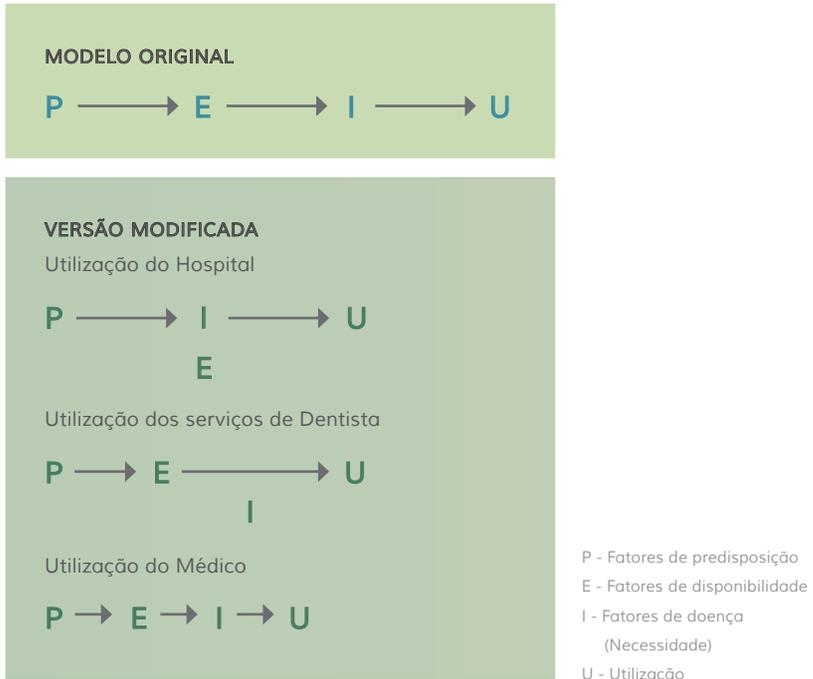
5. MODELOS DE UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Existe um conjunto vasto de modelos de utilização de cuidados de saúde. Poderão ser considerados como complementares e as suas diferenças são de grande importância para os investigadores. Verifica-se, no entanto, que não é possível estudar todo o espetro das variáveis envolvidas nos padrões de utilização num só modelo.

Em virtude de não estarem ainda estabelecidas as linhas gerais acerca do que se considera como mais relevante nos estudos de utilização dos cuidados de saúde (*e.g.*, dependendo do sistema de saúde, tipo de serviço), os investigadores baseiam o seu estudo em valores e objetivos individuais. Nesse sentido, têm vindo a ser desenhados modelos segundo perspetivas científicas de vária ordem, como pode ser observado nas figuras que se seguem (modelos de Andersen, 1968; Gross, 1972; Andersen e Newman, 1973; Veeder, 1975; Wan e Soifer, 1974; Veeder, 1978; Kroeger, 1983 e Stock, 1987; Andersen, 1995 e Andersen e Davidson, 2007 são alguns exemplos). Deve ainda ter-se presente que os resultados de um determinado estudo não podem ser aplicados diretamente noutro contexto, lugar ou tempo.

Como foi referido anteriormente neste capítulo, num esquema concertado e com vista a um planeamento eficaz dos serviços, devem ser analisadas as condições da oferta (contexto) e as características da população (composição) tendo sempre, como ponto de partida, o sistema político em que estão inseridos.

Andersen (1968) sugere que uma sequência de condições (fatores de predisposição, fatores de disponibilidade e fatores de doença/necessidade) contribui para a utilização (figura 4.1). Nos fatores de predisposição o autor inclui a composição da família, a



Fonte: Adaptado de Andersen, 1968.

Figura 4.1 - Modelo de Andersen.

idade, o género, o estado civil, a dimensão da família, a idade do elemento mais novo e do mais velho, a estrutura social, a ocupação e a educação. Os fatores de disponibilidade dizem respeito aos recursos económicos da família (por exemplo, seguros de saúde) e aos serviços de saúde da comunidade, incluindo a oferta e a distribuição dos recursos. Ainda neste grupo, dá relevo às atitudes acerca da doença e da utilização de cuidados de saúde. Por último, reconhece que a resposta a uma necessidade de saúde (morbilidade) é um fator que tem grande influência na utilização dos cuidados de saúde.

Numa primeira fase (modelo original), Andersen apresenta o modelo de uma forma sequencial, com os três conjuntos de fatores originando taxas de utilização diversas. Numa segunda fase (modelo modificado), reconhece que, por exemplo, a utilização do hospital é mais influenciada pelos grupos de variáveis de predisposição e doença, relegando para segundo plano o fator disponibilidade. Já na utilização do dentista invertem-se os papéis, passando a ser relevantes os fatores de disponibilidade e deixando de ter grande relevância os fatores relativos à percepção de doença. Neste modelo, o autor utilizou a família como uni-

dade de análise enquanto nos trabalhos subsequentes passou a utilizar o indivíduo, devido à dificuldade em desenvolver indicadores à escala familiar (Andersen, 1995).

No seguimento deste modelo outros surgiram, melhorando-o e, sobretudo, introduzindo variáveis que ainda não tinham sido incluídas: fatores de acessibilidade geográfica (distância e/ou tempo de deslocação da residência ao local da oferta), tempo de marcação das consultas, tempo de espera no dia da consulta, disponibilidade de serviços e médicos (Gross, 1972), figuras 4.2 e 4.3. Andersen, conjuntamente com Newman, primeiro (1973) (figura 4.4), e com Aday mais tarde (1974), vão transformando o modelo, dando maior ênfase ao impacto da sociedade sobre as determinantes individuais (predisposição, disponibilidade e nível de doença) quer diretamente, quer por intermédio do sistema de serviços de saúde. Esta foi a primeira tentativa de sistematizar e desenvolver as relações que se estabelecem entre o conjunto de fatores associados à sociedade, ao sistema de saúde e à população (figura 4.5).

$$U = f(E;P;A;H;X) + e$$

U = Utilização dos serviços de saúde

E = Fatores de disponibilidade (rendimento, seguro de saúde, dimensão da família, educação)

P = Fatores de predisposição (atitudes individuais face aos cuidados de saúde, serviços e médicos; valores relativamente à doença e crenças; informação relativamente à oferta)

A = Fatores de acessibilidade (distância e/ou tempo da residência ao local da oferta, atraso na marcação de consultas; tempo de espera no dia da consulta; disponibilidade de serviços e médicos)

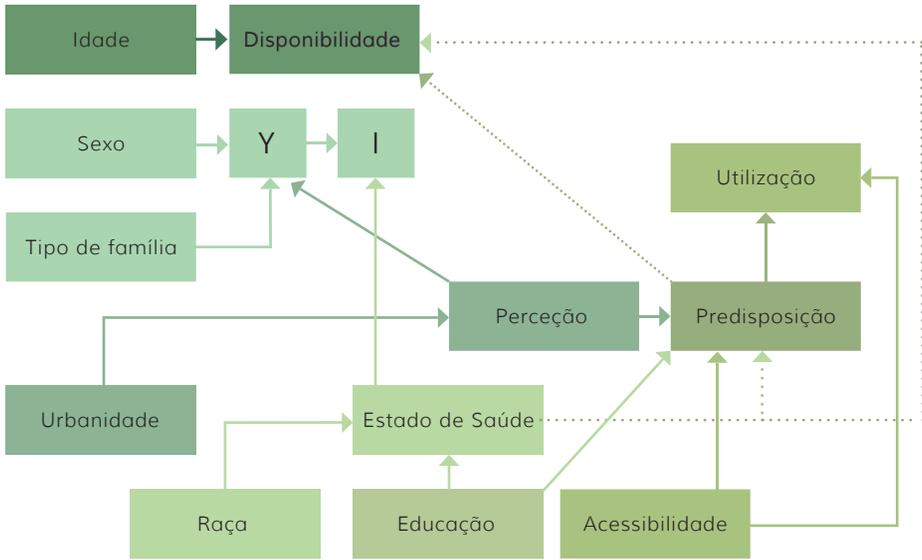
H = Perceção do estado de saúde individual ou da família

X = Variáveis, individuais ou exógenas (idade, sexo, dimensão da família, raça, educação e localização)

e = Erro residual

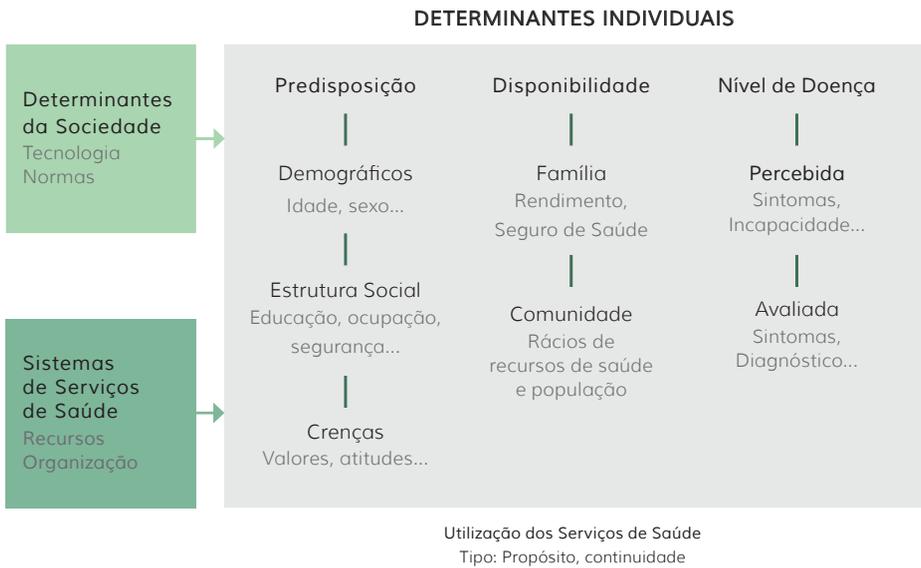
Fonte: Adaptado de Gross, 1972.

Figura 4.2 - Modelo de Gross.



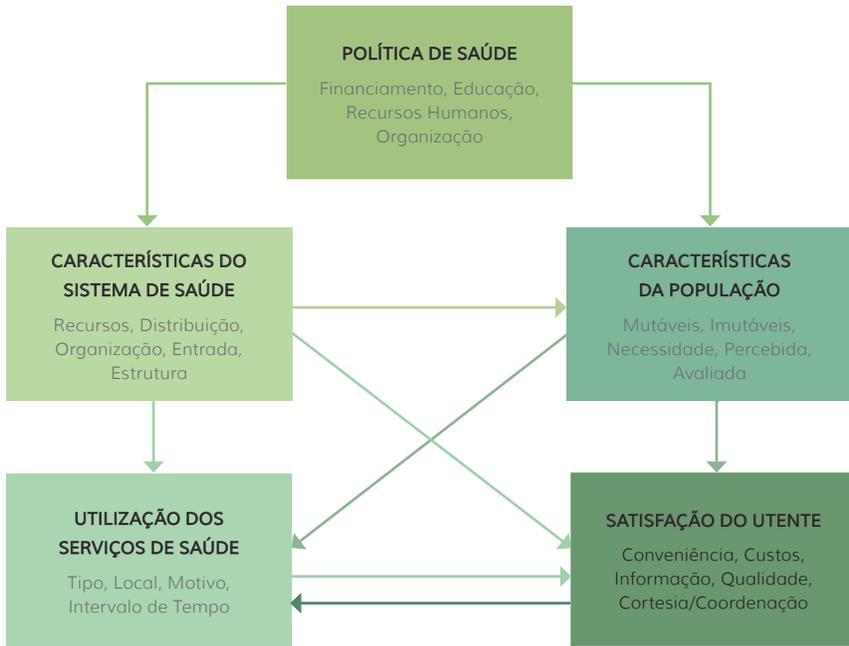
Fonte: Adaptado de Veeder, 1975.

Figura 4.3 – Modelo de Veeder: fatores de comportamento.



Fonte: Adaptado de Andersen e Newman, 1973.

Figura 4.4 – Modelo de Anderson e Newman.

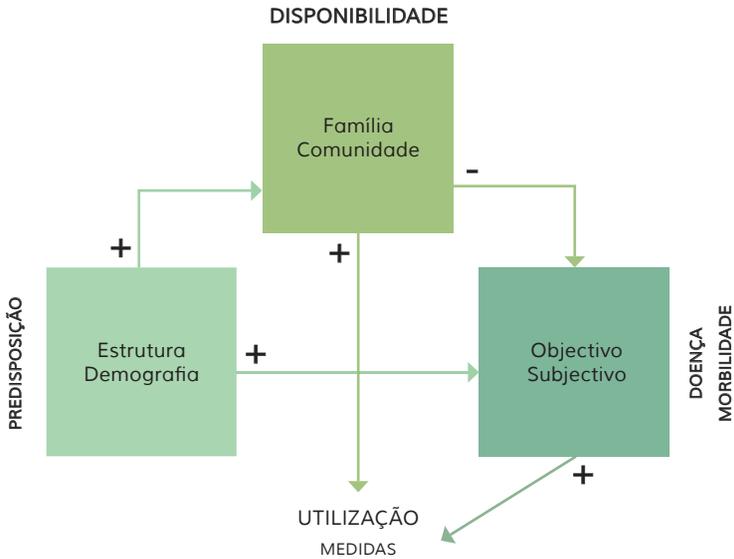


Fonte: Adaptado de Aday e Andersen, 1974.

Figura 4.5 – Modelo de Andersen e Aday.

Fundamentalmente, o papel da organização e do financiamento dos cuidados ganham cada vez maior importância no entendimento do modelo de acesso. Por isso, Aday, Andersen e Fleming (1980) referem que as políticas de saúde têm um contributo decisivo na oferta de cuidados. A entrada no sistema deve ser analisada tendo em conta as características do sistema de saúde e da população. O acesso tem componentes quantitativas e qualitativas que devem ser analisadas, distinguindo-se dois tipos de acesso: potencial e revelado. O primeiro põe em destaque a possibilidade ou probabilidade de entrada dos cidadãos no sistema, enquanto o segundo traduz o contacto efetivo dos cidadãos com o sistema de saúde e o consumo de cuidados concretos.

Ainda na sequência do modelo de 1968, de Andersen, outros autores (Wolinsky, 1978 e Kroeger, 1983) apresentam modelos que diferem dos anteriores, quer pela introdução de variáveis novas (estatuto do chefe da família, espírito de inovação, aculturação, comunicação médico/doente e relação entre a acessibilidade e a qualidade dos cuidados - modelo de Kroeger), quer por as variáveis serem consideradas em bloco e não individualmente, sendo as relações causais estabelecidas entre um bloco e outro e não variável a variável (figuras 4.6 e 4.7).

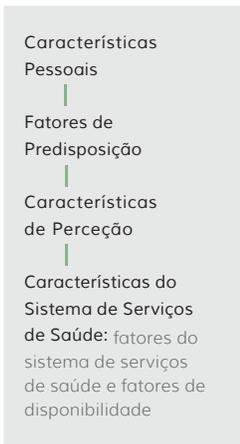


Fonte: Adaptado de Wolinsky, 1978.
 Figura 4.6 – Modelo de Wolinsky.

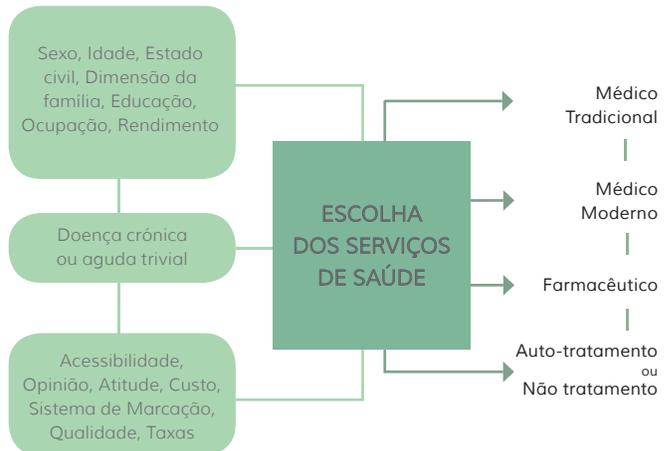
+ Relações positivas
 - Relações negativas

VARIÁVEIS EXPLICATIVAS

(Inter-relacionadas)



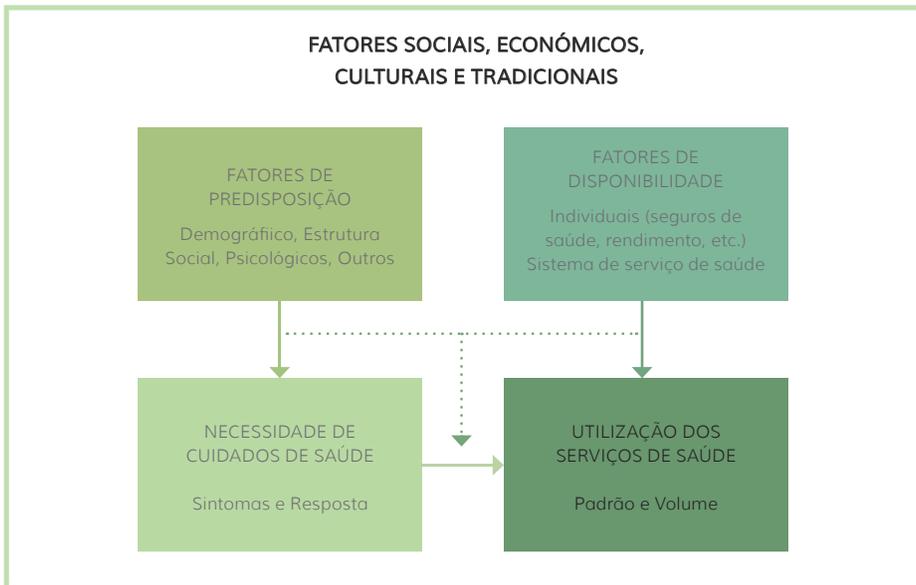
VARIÁVEIS DEPENDENTES



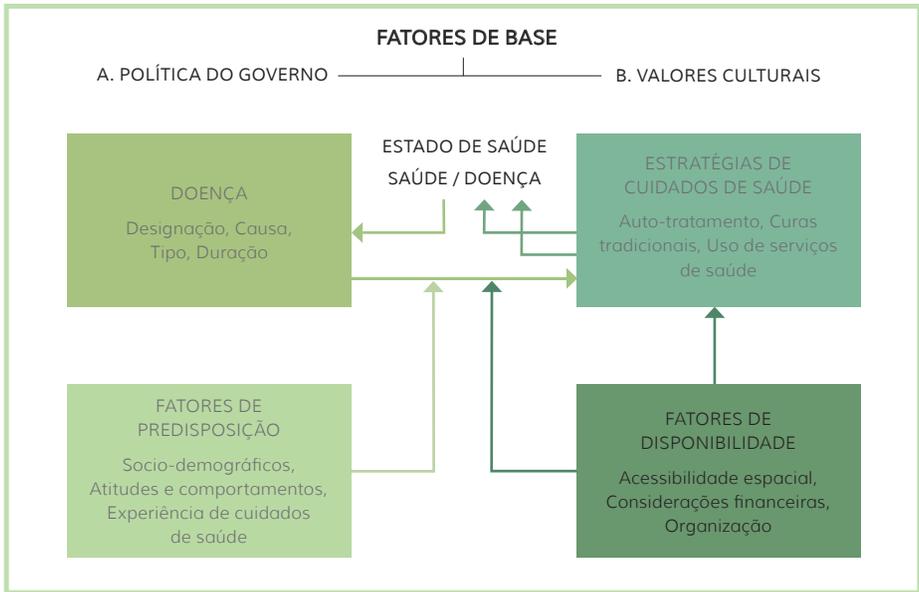
Fonte: Adaptado de Kroeger, 1983.
 Figura 4.7 – Modelo de Kroeger.

Todos os autores referidos anteriormente desenvolveram os modelos matematicamente, recorrendo a análises de regressão multivariada. As dificuldades foram sentidas principalmente pela quantidade de variáveis que estavam em jogo e, ainda, porque o comportamento humano muito dificilmente pode ser modelado ou reduzido a modelos matemáticos. Para fazer face a esta limitação, foram desenvolvidos modelos de acesso utilizando uma metodologia que se afasta do tratamento matemático e privilegia o contexto humanista, examinando os fatores de predisposição e de disponibilidade e a utilização (se existir), mas sempre num contexto cultural. Assim, Wan e Soifer (1974) apresentam o seu modelo referindo que a utilização pode variar, mesmo observando-se idêntico quadro relativo aos fatores de predisposição, de disponibilidade e de necessidades de cuidados de saúde, desde que os fatores culturais variem (figura 4.8).

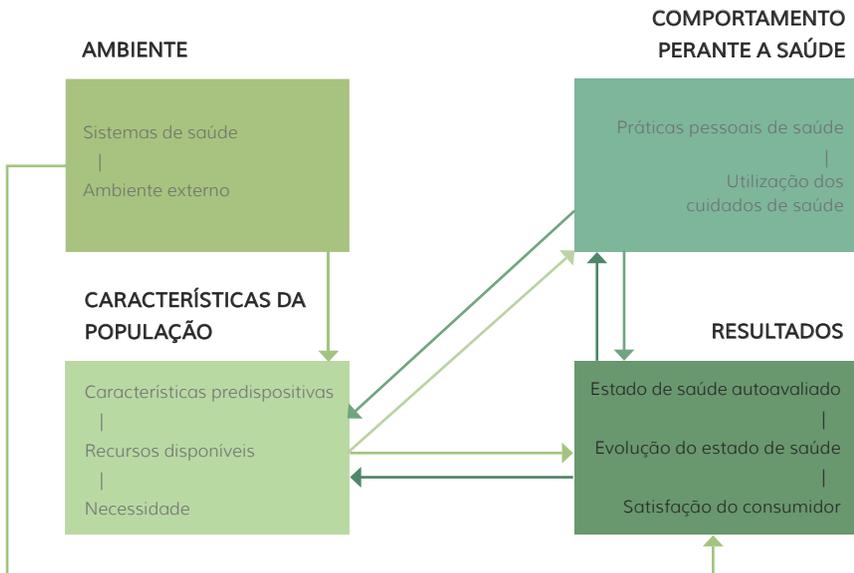
Stock (1987) baseia-se no modelo anterior, considerando que os valores culturais relativos à doença são a primeira determinante na escolha, pelo utilizador, da estratégia de cuidados de saúde a seguir (auto-tratamento, curas tradicionais e uso dos serviços de saúde). Neste modelo são ainda considerados os fatores de predisposição (sócio-demográficos, atitudes e comportamentos e experiência anteriores de utilização de cuidados de saúde) e de disponibilidade (acessibilidade espacial, considerações financeiras e organização), como pode ser observado na figura 4.9. Os fatores básicos que orientam os percursos e a escolha



Fonte: Adaptado de Wan e Soifer, 1974.
 Figura 4.8 – Modelo de Wan e Soifer.



Fonte: Adaptado de Stock, 1987.
 Figura 4.9 – Modelo de Stock .



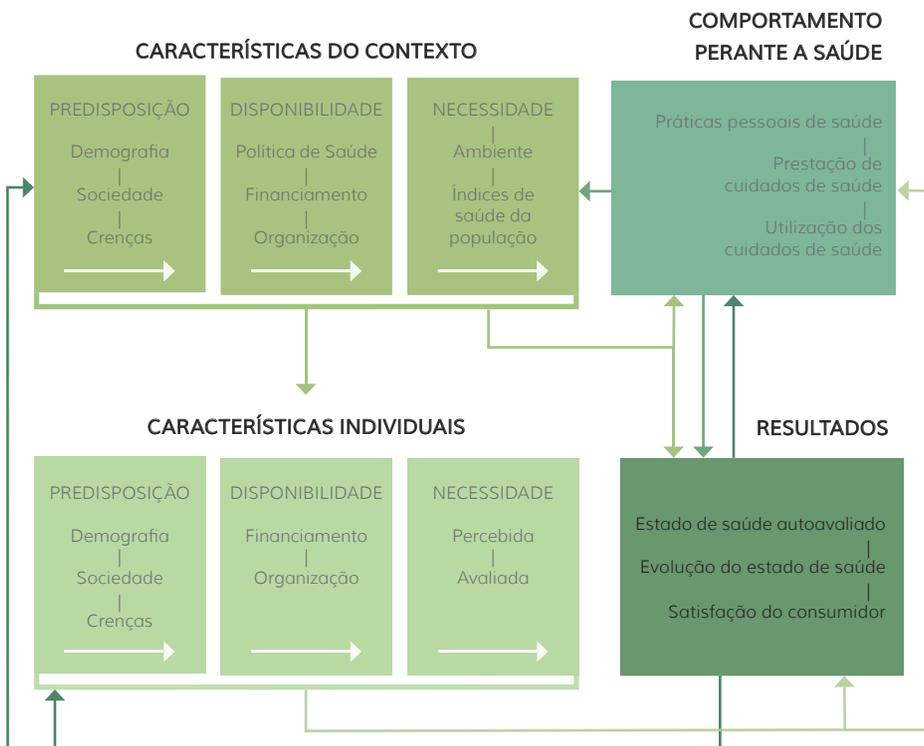
Fonte: Adaptado de Andersen, 1995.
 Figura 4.10 – Modelo de Andersen.

do utilizador prendem-se, por um lado, com as políticas de saúde, apresentada por Aday, Andersen e Fleming (1980) e, por outro lado, com os valores culturais. Tanto o modelo de Stock como o de Wan e Soifer foram aplicados essencialmente em áreas rurais.

Os cuidados de saúde são uma base importante em quase todos os modelos explicativos da utilização dos serviços. Todavia, a simples presença de serviços não garante o seu uso apropriado. Existe um vasto conjunto de fatores que afetam a sua utilização. O equilíbrio entre os conjuntos de fatores desenha os padrões de utilização.

Vinte e cinco anos depois da primeira publicação, Andersen revisitou os modelos que desenvolveu com outros autores e apresentou um novo modelo (Andersen, 1995) (figura 4.10) que enfatiza a dinâmica e natureza recursiva da utilização dos serviços de saúde devido aos resultados em saúde.

Um dos últimos modelos é da autoria de Andersen e Davidson (2007). Os autores aprofundaram a análise dos fatores associados ao acesso aos cuidados de saúde, colocando em destaque, neste modelo, os determinantes contextuais e individuais.



Fonte: Adaptado de Andersen e Davidson, 2007.

Figura 4.11 – Modelo de Andersen e Davidson, 2007.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o planeamento dos serviços de saúde tem sido, na maior parte dos casos, um ato político, o debate acerca das questões fundamentais dificilmente terá começado. Mas mesmo onde tem havido intervenção de critérios técnicos é ignorada, frequentemente, a influência dos fatores ambientais e demográficos.

Importa reconhecer que a promoção da saúde e a prevenção da doença constituem atividades que, sob o ponto de vista económico ou da sua eficiência social, devem assumir-se como estratégicas, determinando obrigatoriamente mudanças quer no modelo de prestação de cuidados ao nível primário e hospitalar (*i.e.* aumentando a sua acessibilidade, aceitabilidade e eficiência) quer, nas atitudes dos consumidores de bens e serviços de saúde (*i.e.* orientando as suas opções de utilização e adequando-as às suas necessidades específicas), quer no comportamento dos prestadores de cuidados de saúde (aumentando a satisfação dos utilizadores e a eficiência dos serviços), quer, finalmente, nas políticas locais, regionais e nacionais de saúde e sociais (garantindo a equidade do sistema). Estas alterações deverão ocorrer no âmbito de uma profunda reflexão, baseada em dados rigorosos e detalhados sobre as populações e a relevância dos fatores que as caracterizam e determinam os seus padrões específicos de necessidades de cuidados de saúde e utilização dos serviços que os fornecem. O geógrafo assume-se, assim, como um indispensável elemento das equipas multidisciplinares a quem deverá competir tal tarefa (Santana, 1993).

Bibliografia Específica

- Aday, L. A. e Andersen, R. (1974). A frame work for the study of access to medical care, Michigan, *Health Services Research*, 9, 208-220.
- Aday, L. A., Andersen, R. e Fleming, G. (1980). *Health care in the U.S.: equitable for whom?*, Sage Publications.
- Andersen, M. e Davidson, P. (2007). Improving access to care in America. Individual and Contextual Indicators. In Andersen, R., Rice, T. e Kominski, G., (Ed.), *Changing The Us Health Care System: Key Issues In Health Services Policy And Management*, 3ª Edição, São Francisco, Jossey-Bass, (pp. 3-31).
- Andersen, M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R. (1968). A behavioural model of family's use of health services, Chicago, Centre for health Administration Studies.
- Andersen, R. e Newman, J. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilisation. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124.
- Banister, D. (2011). The trilogy of distance, speed and time, *Journal of Transport Geography*, 19(4), 950-959.
- Campos, A. C. (1989). Research for Health for All: What and Why?, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 5-8.
- Campos, A. C. (1983). *Saúde - O Custo de um Valor Sem Preço*. Lisboa, Livros Técnicos
- Comber, A., Brunsdon, C. e Radburn, R. (2011). A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions, *International Journal of Health Geographics*, 10, 44.
- Cromwell, J. E Mitchell, J.B. (1986). Physician-induced demand for surgery, *Journal of Health Economics*, 5(4), 293-313
- Ellaway, A., Benzeval, M., Green, M., Leyland, A. e Macintyre, S. (2012). Getting sicker quicker: Does living in a more deprived neighbourhood mean your health deteriorates faster?, *Health & Place*, 18(2), 132-137.
- Enthoven, A. (1984). Reforming us Health Care: The consumer choose health plan. In Black, N., Boswell, D., Gary, A., Murphy, S. E Popay, J. (Ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, (pp.225-340).
- Ferraz, A. e Torres, I. (2004). *Transporte público urbano*. (2ª Ed.), São Carlos, Rima.
- Garb, J., Wait, R. (2011). Using Spatial Analysis to Improve Health Care Services and Delivery at Baystate Health, *Journal of Map and Geography Libraries*, 7(3), 190-208.

- Giraldes, M.R. (1988). Distribuição de recursos num sistema de saúde público, *Análise Social*, 24(101/102), 815-828.
- Girt, J. L. (1972). Distance and Patterns of Revealed Ill-Health in a Spatially-Dispersed Population: The Problem of Ascertaining Optimal Locations for General Medical Facilities. *Comunicação apresentada no Congresso International Unions Commission on Medical Geography*, Guelph, Ontario, p. 2-4.
- Grande, N.R. (1991). Perspectivas actuais dos conceitos de saúde e doença. In Bento, J., Marques, A. (Ed.), *Desporto, Saúde e Bem-Estar*, Porto, Universidade do Porto, (pp.27-32).
- Gross, P. F. (1972). Urban health disorders, spatial analysis, and the economics of health facility location. *International Journal of Health Services*, 2, 63-84.
- Guimarães, C., Amaral, P. e Simões, R. (2006). Rede Urbana da Oferta de Serviços de Saúde: uma análise multivariada macro regional - Brasil, 2002, *XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambú, ABEP.
- Igun Ua (1979). Stages in health-seeking: A descriptive model, *Social Science and Medicine*, 13(A), 445-456.
- Ingram, D., Clarke, D. e Murdie, R. (1978). Distance and the decision to visit an emergency department. *Social Science and Medicine*, 12, 55-62.
- Jones, D. e Kirby, A. (1982). Provision and well-being: an agenda for public resources research. *Environment and Planning A*, 14, 297-310.
- Joseph, A. e Phillips, D. R. (1984). *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. Harper and Row, Nova Iorque.
- Kleindorfer, D., Xu, Y., Moomaw, C., Khatri, P., Adeoye, O. e Hornung, R. (2009). US Geographic Distribution of rt-PA Utilization by Hospital for Acute Ischemic Stroke, *Stroke*, 40(11), 3580-4.
- Knox, P.L. (1978). The intraurban ecology of primary medical care: patterns of accessibility and their policy implications, *Environment and Planning A*, 10(4), 415 - 435.
- Knox, P.L. (1979). Medical Deprivation, Area Deprivation and Public Policy, *Social Science and Medicine*, 13, 111-121.
- Kravitz, R., Paterniti, D., Epstein, R., Rochlen, A., Bell, R., Cipri, C., Garcia, E., Feldman, M. e Duberstein, P. (2011). Relational barriers to depression help-seeking in primary care, *Patient Education and Counseling*, 82(2), 207-213.
- Kroeger, A. (1983). Anthropological and socio-medical health care research in developing countries, *Social Science and Medicine*, 17(3), 147-167.
- Le Grand, J. (1987). Equity, health, and health care, *Social Justice Research* 1(3), 257-274.
- Macintyre, S., Ellaway, A., Hiscock, R., Kearns, A., Der, G. e 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, *Health & Place*, 9(3), 207-218.4.

Maller, C., Townsend, M., Brown, P. e St Leger, L. (2002). Healthy parks, healthy people: the health benefits of contact with nature in a park context : a review of current literature, Melbourne, *Deakin University Faculty of Health & Behavioural Sciences*.

Mclaren, Z., Ardington, C. e Leibbrandt, M. (2013). Distance as a barrier to health care access in South Africa, *Working Paper Series*, 97, Cidade do Cabo, Southern Africa Labour and Development Research Unit.

Mendes, E. (1999). *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, São Paulo, Hucitec-Abrasco.

Mohnen, S., Groenewegen, P., Völker, B. e Flap, H. (2011). Neighborhood social capital and individual health, *Social Science and Medicine*, 72(5), 660–667.

Moisi, J., Nokes, D., Gatakaa, H., Williams, T., Bauni, E., Levine, O. e Scott, J. (2011). Sensitivity of hospital-based surveillance for severe disease: a geographic information system analysis of access to care in Kilifi district, Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 102-111.

Mooney, G. (1983). Equity in Health care; confronting the confusion, *Effective health care*, 1 (4), 179-184.

Oliveira, M. e Bevan, G. (2003). Measuring geographic inequities in the Portuguese Health System: a non-estimation of Hospital care needs, *Health Policy*, 66, 277-293.

Paim, J. (2002). *Saúde, política e reforma sanitária*, Salvador, CEPS-ISC.

Pereira, J. (1989). The economic interpretation of equity in health and health care, *Ass Port. Economia da Saúde*, 1, 1-42.

Phillips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R., e Aday, L. A. (1998). Understanding the Context of Health Care Utilization: Assessing Environmental and Provider-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization, *Health Services Research*, 33, 571–596.

Ramalho, W., Barcellos, C., Magalhães, M. e Santos, S. (2006). *Abordagens espaciais na Saúde Pública. Serie Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde*, Brasília, Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz.

Ramos, R. e Machado, C. (2010). Contribuições teórico-metodológicas para o estudo das relações entre saúde, meio ambiente e território, *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 6(11), 80-90.

Raphael, D. (2009). *Social determinants of Health: the Canadian Perspective*. Ontario, Canadian Scholars'Press Inc.

Reinhardt, U. (1987). Resource Allocation in Health Care: The Allocation of Lifestyles to Providers, *The Milbank Quarterly*, 65(2), 153-176.

Rodrigues, D. (2001). *Avaliação multicritério de acessibilidade em ambiente SIG*, Braga, Universidade do Minho, (Tese de Mestrado).

- Rooy, G.V., Amadhila, E.M., Mufune, P., Swartz, L., Mannan, H. e Maclachlan, M. (2012). Perceived barriers to accessing health services among people with disabilities in rural northern Namibia, *Disability & Society*, 27(6), 761-775.
- Sadana, R. e Harper, S. (2011). Data Systems Linking Social Determinants Of Health With Health Outcomes: Advancing Public Goods To Support Research And Evidence-Based Policy And Programs, *Public Health Rep*, 126(3), 6-13.
- Santana, P. (1994). Modelação do Comportamentos dos Utilizadores dos Serviços de Saúde, *Cadernos de Geografia*, 13, 15-28.
- Santana, P. (1995a). *Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde. Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde*, Coimbra, CCDR-Centro e ARS-Centro.
- Santana, P. (1995b). Contribuição para a Formulação de uma Política de Acesso aos Cuidados de Saúde, Actas vol.1 II congresso da Geografia Portuguesa. *A Geografia Portuguesa debater as mudanças preparar o futuro*, Lisboa, APG, (pp. 585-597).
- Santana, P. (1996b). Regional Variations in Need and Provision, Actos IV Colloque Géographie et Socio-Économie de la Santé, Paris, CREDES (pp.135-138).
- Santana, P. (1999). Geografia das Desigualdades em Saúde e no Estado de Saúde. In Barros, P. e Simões, J. (Ed.), *Livro De Homenagem a Augusto Mantas*, Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, (pp.179-235).
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*, Coimbra, Ed. Almedina.
- Santana, P., Nogueira, H., Santos, R. e Costa, C. (2007). Melhorar a Saúde na Amadora intervindo no ambiente físico e social. In Santana, P. (coord.) *A Cidade e a Saúde*, Coimbra, Ed. Almedina, (pp. 147-154).
- Santana, P., Santos, R., Costa, C., Loureiro, A. e Rodrigues, A. (2010). Avaliação do impacto da distância na utilização e reorganização dos Cuidados de Saúde Primários do concelho de Coimbra. *1ª Conferência da Rede de Língua Portuguesa de Avaliação de Impactos Transportes, Desenvolvimento Urbano e Avaliação de Impactos*, Lisboa.
- Santana, P.; Santos, R.; Costa, C.; Loureiro, A. e Rodrigues, A. (2010a). Planear equipamentos tendo em conta a acessibilidade e a cobertura da população. O caso das Unidades de Saúde no concelho de Coimbra, *PLURIS 2010 - The Challenges of Planning in a Web Wide World, 4º Congresso Luso-Brasileiro para o Planeamento Urbano*, Regional, Integrado, Sustentável. Universidade do Algarve, Faro.
- Shannon, G. W. e Dever, G. E. A. (1974). *Health Care Delivery: Spatial Perspectives*, Nova Iorque, Mcgraw-Hill Book Comp.
- Stewart, J.Q. (1948). Demographic gravitation : evidence and applications, *Sociometry*, 11, 31-58.

- Stock, R.** (1987). Understanding health care behaviour: a model, together with evidence from Nigeria. In Akhtov, R. (Ed.), *Health and disease in Tropical Africa, Londres*, Harwood Academic Publishers, (pp.279-290).
- Travassos, C. e Martins, M.** (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 190-198.
- Travassos, C., Viacava, F., Fernandes, C. e Almeida, C.** (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil, *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 133-149.
- Vasconcellos, E.** (2000). *Transporte urbano nos países em desenvolvimento*, Editoras Unidas.
- Veeder, N.** (1975). Health services utilization models for human services planning, *Journal of American Institute of Planners*, 41, 101-109.
- Wan, T. e Soifer, J.** (1974). Determinants of physician utilization: a causal analysis, *Journal of Health and Social Behaviour*, 15, 100-112.
- White, K.L.** (1979). Equitable Allocation of Resources. In WHO – World Health Organization (Ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publications, (pp. 59-63).
- Whitehouse, C.** (1985). Effects of distance from surgery on consultation rates in an urban practice, *British Medical Journal*, 290, 359-362.
- Wolinsky, F.** (1978). Assessing the effects of predisposing, enabling and illness-morbidity characteristics on health service utilization, *Journal of Health Care & Social Behaviour*, 27, 209-219.
- Yen, I. e Kaplan, G.** (1999). Neighborhood social environment and risk of death: multilevel evidence from the Alameda County Study, *American Journal of Epidemiology*, 149, 898-907.
- Zaidi, S.** (1994). Planning in the health sector: From whom by whom?, *Social Science and Medicine*, 39, 1385-1393.
- Zipf, G.K.** (1949). *Human Behavior and the Principle of Least Effort: An Introduction to Human Ecology*, Addison-Wesley Press.
- Zuchi, P., Del Nero, C. e Malik, A.M.** (2000). Gastos em saúde: Os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde, *Saúde e Sociedade*, 9 (1/2), 127-150.

V.

GEOGRAFIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE:

COMPARAÇÃO DOS SISTEMAS
DE SAÚDE

Todas as sociedades possuem experiências históricas diferentes, evoluem em contextos geográficos, políticos, sociais e económicos diversos, criam instituições específicas e desenvolvem maneiras próprias de ver o mundo, repercutindo-se estes fenómenos na forma como são organizadas a estrutura e a oferta dos cuidados de saúde. Estes fenómenos resultam em princípios diversos, que têm sido adotados para atribuir recursos aos cuidados de saúde e para distribuir esses recursos entre os grupos e os territórios. Estes princípios podem variar ao longo do tempo no interior das sociedades e têm, muitas vezes, de ser adaptados às exigências das pressões económicas e políticas geradas no interior ou no exterior da sociedade. Mas, no essencial, devem responder às necessidades reais da população. Por tudo isso, os serviços de saúde têm vindo a sofrer alterações na sua organização, distribuição e tipo de prestação. As reformas dos sistemas de saúde, que têm sido implementadas um pouco por todo o mundo, são motivo de reflexão obrigatória. Um dos aspetos que mais tem interessado os geógrafos neste debate é a descentralização da gestão dos serviços de saúde, os seus objetivos e as consequências na saúde e cuidados de saúde das populações.

Nos objetivos deste capítulo enquadram-se as seguintes preocupações:

- ▶ Refletir em torno das características específicas dos países e das suas populações e o respetivo impacto nos padrões de oferta e de utilização dos serviços de saúde.
- ▶ Analisar diferentes modelos de financiamento dos sistemas e as suas consequências ao nível da equidade em saúde.
- ▶ Verificar as causas das reformas dos sistemas de saúde, principalmente as que se associam com o aumento do acesso aos cuidados de saúde dos grupos mais desfavorecidos.
- ▶ Avaliar os resultados dos modelos que têm vindo a ser adotados um pouco por todo o mundo, principalmente a descentralização da administração e o aumento da intervenção do poder local no planeamento, gestão e prestação dos serviços de saúde.

1. A ESTRUTURA ESPACIAL E ORGANIZACIONAL DA OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Defendemos que a natureza da prestação dos cuidados de saúde está dependente da natureza da respetiva sociedade e das conceções de saúde que prevalecem nessa sociedade. Por outras palavras, as restrições da sociedade, incluindo a definição cultural e a resposta à saúde e à doença, moldam e influenciam a natureza dos cuidados de saúde e o desenvolvimento das políticas de cuidados de saúde. (Eyles e Woods, 1983:189).

1.1 Os modelos organizativos dos sistemas de saúde

Um sistema de saúde corresponde, segundo Ferreira (1998: 63), *ao conjunto de regras orientadoras de atividades desenvolvidas por serviços organizados pela sociedade, sob a forma mais ou menos complexa de agentes prestadores de cuidados de saúde, com a finalidade de conseguir mais saúde para as pessoas, e dependerá, em grande parte, dos sistemas políticos, sociais e económicos dominantes em que se inserir, ou em que assente raízes.*

Os sistemas de saúde são compostos por numerosos elementos setoriais e intersetoriais que têm como objetivo conseguir mais saúde, através da organização e funcionamento integrado de serviços estruturados. Apesar das diferenças entre os sistemas de saúde, existem alguns pontos comuns: na filosofia (nos pontos de vista médico-sanitários e na busca da eficácia dos serviços de saúde), nos problemas (persistência de lacunas no acesso aos serviços de saúde; aumento rápido das despesas; incerteza quanto à eficácia e aos resultados dos cuidados), nas dificuldades (cobertura da população; cuidados de saúde continuados, acessíveis e de qualidade) e nas perspetivas (aumento da eficácia, da eficiência e da racionalização da utilização de recursos humanos, materiais e financeiros; prioridade à doença e à forma de a combater em detrimento da melhoria da saúde da população).

1.2 Evolução dos sistemas de saúde

Até ao final do século XIX, a prestação de cuidados não estava organizada e tinha como objetivo, essencialmente, o tratamento da doença. Relevo para o papel das ordens religiosas (gafarias, albergarias e hospitais – importância das Misericórdias nos cuidados médicos em Portugal) e dos curandeiros como prestadores de cuidados. No início do século XX os médicos organizaram-se em pequenas equipas, vocacionadas essencialmente para a cura.

Depois da primeira guerra mundial, surgem os primeiros exemplos de sistemas estruturados de saúde (Reino Unido e Alemanha). A história da organização dos sistemas de saúde é variável, no tempo e no território (países), dependendo dos sistemas políticos, administrativos, sociais e económicos dominantes em que se inserem.

1.3 Tipos de sistemas de saúde

Os sistemas de cuidados de saúde são conjuntos de diversos tipos de recursos que visam a prestação generalizada de cuidados na doença, incluindo a prevenção da doença, e na promoção da saúde. A responsabilidade pelo financiamento e pela prestação dos cuidados de saúde distribui-se de forma diferente entre o Estado e os cidadãos ou os prestadores privados (com ou sem fins lucrativos) mas, genericamente, os sistemas que hoje existem são de tipo misto e de tipo nacional (Joumard, André e Nicq, 2010).

No primeiro caso – tipo misto (M) – há uma parte que é suportada pelos próprios beneficiários através das contribuições em regime de pré-pagamento ou por quotas em regime de seguro (seguro-doença da previdência, da segurança social ou instituições públicas ou privadas específicas). Neste tipo de sistemas, os Estados têm, normalmente, uma presença discreta no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

No segundo caso – tipo Serviço Nacional de Saúde (SNS) – as despesas são cobertas, na sua maioria, por verbas do orçamento do Estado, em resultado das contribuições dos cidadãos recolhidas através do sistema fiscal, e existe uma forte presença do Estado enquanto detentor de serviços de saúde de natureza pública.

Numa análise mais detalhada, podem verificar-se quatro grandes grupos de sistemas de saúde que sintetizam diversos modelos exemplificativos dos sistemas de saúde no mundo.

O Sistema Misto de Saúde tem por base a coexistência de um forte setor prestador de natureza privada ou social e dos seguros de doença, apresentando dois tipos:

- ▶ **Seguro doença da previdência**, baseia-se no seguro-doença a partir da contribuição de alguns grupos de ativos para caixas de seguro, assegurando a prestação de um mínimo de cuidados. Mantém a predominância da medicina privada. Exemplos: vários países da América, exceto os EUA (Andersen e Fleming, 1980; Enthovan, 1984; Sultz e Young, 2006) e Cuba;

- ▶ **Sistema de seguro obrigatório** (segurança social), de responsabilidade para-estatal. Toda a população é assistida, resultado do financiamento por parte de todos os ativos e do Estado, que garante a fiscalização e tomada de medidas de âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde. A Alemanha, Áustria, Bélgica, Estónia, França e Polónia, apresentam sistemas mistos de prestação privada, de convenção e de serviços do Estado, com financiamento predominantemente de impostos do Estado e dos órgãos de governo locais, da segurança social e de contribuições voluntárias. A responsabilidade da saúde pública, da prevenção e do planeamento é dos ministérios da saúde.

Por outro lado, nos sistemas tipo Serviço Nacional de Saúde o financiamento e a prestação de cuidados são da responsabilidade, total ou tendencialmente total, do Estado. Tem por base as seguintes características: a) cobre teoricamente a totalidade

da população em igualdade de circunstâncias; b) é financiado por impostos; c) tem subjacente o direito universal de todos os cidadãos à saúde e o dever de a preservar; d) assenta, ainda, na universalidade e gratuidade e planeamento das atividades e prioridades em saúde. Portugal, Reino Unido e Brasil são exemplo de um sistema de tipo Serviço Nacional de Saúde não socializado, da responsabilidade tendencialmente total do Estado (financiamento, gestão, propriedade e prestação).

Outro exemplo deste tipo de sistema de saúde são os Serviços Nacionais de Saúde de matriz “soviética” que vêm sofrendo, desde 1990, profundas alterações relativamente aos principais traços caracterizadores, muitas vezes confusas ou pouco claras, mas apontando, genericamente, no sentido da aplicação mais ou menos generalizada das regras do mercado ao setor da saúde. República Checa e Hungria são exemplos de sistemas que hoje se integram no grupo Misto. Em Cuba ainda persiste o sistema de saúde estatizado puro.

1.4 Características dos sistemas de saúde

Nos sistemas mistos, ou de seguro de responsabilidade para-estatal, a prestação de cuidados é assegurada por profissionais ou associações em contrato com as entidades pagadoras. O pagamento aos profissionais é realizado por ato médico individualizado ou através de salário. Os contratos podem constituir subsistemas mistos de serviços públicos e privados. Na maioria dos casos os utentes pagam diretamente, sendo posteriormente reembolsados numa percentagem que varia entre 80% e 100%. O setor da prevenção é organizado e financiado pelo Estado e administrado pelas coletividades públicas locais, desde o nível nacional ao local, passando pelo regional e sub-regional. O financiamento advém das contribuições obrigatórias (descontos em salários, seguros sociais, comerciais, etc.) e do Estado (para garantir cobertura das pessoas menos abastadas).

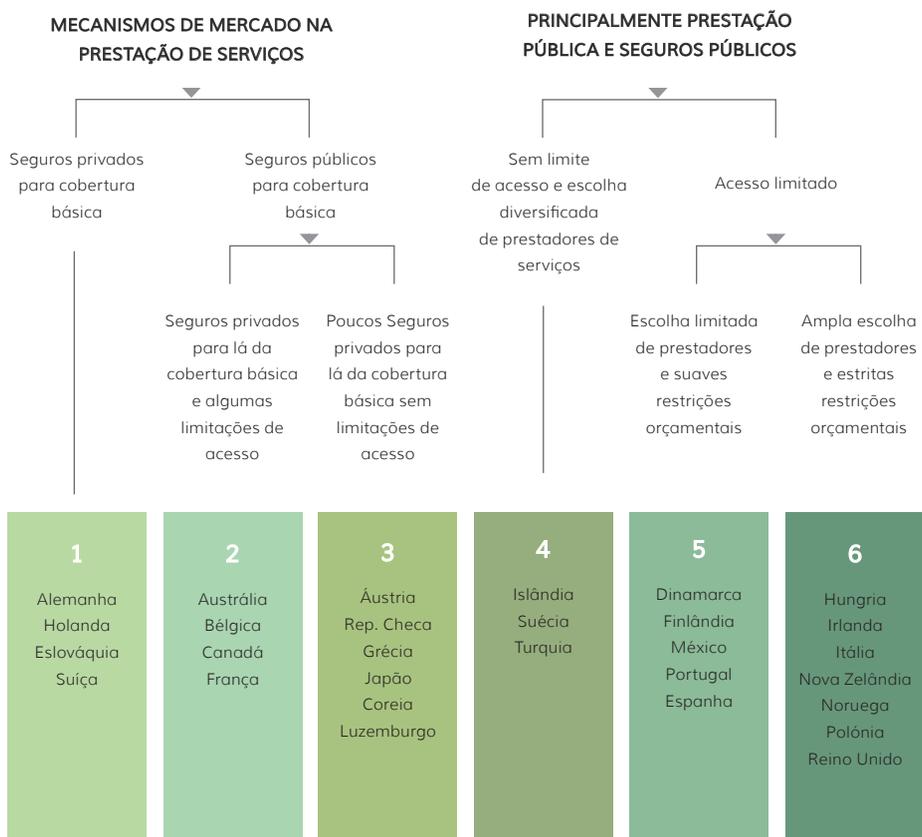
Nos sistemas tipo Serviço Nacional de Saúde, o financiamento advém diretamente do Orçamento do Estado. Apesar dos profissionais serem, em grande parte, funcionários públicos, os médicos e os enfermeiros podem exercer clínica privada fora das horas de atendimento dos utentes inscritos no sistema. Os cuidados são prestados numa rede local e numa rede de hospitais diretamente dependentes do governo. Toda a população é gratuitamente coberta por igual ou semelhante prestação de cuidados.

A figura 5.1 ilustra o agrupamento de países da OCDE, de acordo com características de prestação de serviços de saúde semelhantes.

No primeiro grupo são considerados países (Alemanha, Holanda, Eslováquia e Suíça) que dependem extensivamente dos mecanismos de mercado para regular a cobertura básica dos seguros privados. Os prestadores privados desempenham um papel importante e são pagos através de sistemas de pagamento por serviço (ainda que recentemente tenham sido introduzidos mecanismos de pagamento prospetivo na Alemanha, com a adoção do pagamento por Grupos de Diagnósticos Homogéneos). Aos utentes é oferecida

uma vasta escolha entre prestadores, mas estão definidas limitações de acesso. Não há limites estritos aos gastos e há pouca dependência na regulação dos preços pagos por terceiros pagadores para controlar o aumento da despesa. Estes países diferem, ainda, significativamente no grau de descentralização: os níveis descentralizados (Municípios/Região) têm vasta autonomia na gestão dos serviços de saúde (e.g., Suíça), enquanto outros países a situação é oposta (e.g., Holanda).

O segundo grupo de países apresenta seguros públicos para cobertura básica, combinados com forte dependência dos mecanismos de mercado ao nível do prestador: aos utentes é dada uma vasta escolha entre os prestadores; a oferta privada de cuidados de internamento e de ambulatório é abundante; existem incentivos aos prestadores para produzirem grande volume de serviços; a informação disponibilizada ao utente na



Fonte: Adaptado de Joumard *et al.*, 2010: 50.

Figura 5.1 – Países da OCDE, agrupados segundo características de prestação de serviços de saúde.

qualidade e nos preços pode ser um fator disciplinador. A cobertura de seguros de serviços especializados desempenha um importante papel nestes países. Na França e, em menor dimensão, na Bélgica, o pacote de cobertura básica impõe importantes partilhas de custos entre as seguradoras e os utentes, sendo necessário a compra de seguros complementares. O Canadá tem um vasto mercado complementar (67% da população) onde os seguros privados pagam os medicamentos e os cuidados de estomatologia, que não são cobertos pelo financiamento público.

O terceiro grupo também é caracterizado por uma vasta cobertura privada de prestadores de saúde e por grande possibilidade de escolha. Mas não há restrições de acesso implementadas. A informação sobre a qualidade e os preços é escassa, criando pouca pressão competitiva entre os prestadores. A cobertura, para além dos serviços básicos, é limitada. Todavia, as limitações orçamentais tendem a ser menos restritivas que noutros grupos de países.

Os sistemas de saúde do grupo 4 oferecem aos utentes livre escolha do prestador nas três áreas de cuidados – primário, especializado e hospitalar – sem limitações de acesso. No entanto, a prestação privada é muito limitada, os prestadores têm poucos incentivos para aumentar o volume de serviços e os preços tendem a ser fortemente regulados. As limitações orçamentais são baixas, exceto na Suécia, onde, pelo contrário, são elevadas.

No quinto grupo, os cuidados de saúde são principalmente prestados por um sistema público altamente regulado. A escolha dos utentes entre os prestadores é muito reduzida e o papel da limitação de acesso é importante. Há um investimento público nos cuidados de saúde, mas não há limitações de orçamento, exceto em Portugal. Entre estes países, Espanha e Finlândia são claramente mais descentralizados que a média dos países da OCDE.

O último grupo também apresenta sistemas públicos altamente regulados. As restrições orçamentais são mais rígidas que na maior parte dos países da OCDE. Comparando com o grupo anterior, a possibilidade dos utentes escolherem entre prestadores tende a ser maior e a autonomia dos governos regionais menor. A oferta de cuidados especializados é limitada, exceto na Irlanda e na Nova Zelândia, onde a proporção de pessoas cobertas por mais de um plano de saúde é elevada, proporcionando rápido acesso aos serviços do setor privado.

1.5 Prestação de cuidados tradicionais e a sua integração nos sistemas de saúde nacionais

Ao longo do século XX verificaram-se alterações substantivas na saúde e nos cuidados de saúde em consequência do desenvolvimento (Agbonifo, 1983; Grande, 1991). A introdução dos cuidados tradicionais nos sistemas de cuidados modernos tem vindo a ser um bom exemplo (Phillips e Verhasselt, 1994).

A medicina ocidental é entendida do ponto de vista urbano, masculino, tecnológico, com base no hospital, cosmopolita, curativa e individualista. Em muitos países a medicina

ocidental, como representativa da força global do capitalismo económico e das relações políticas, moldou o sistema de cuidados de saúde, no seu todo. Todavia, as práticas tradicionais, definidas (incorporadas) na família e nas pequenas comunidades, têm persistido ao longo de gerações, coexistindo com as mais recentes práticas institucionalizadas (exemplo do Brasil).

As diferenças entre a medicina moderna e as práticas tradicionais são muitas. Desde logo, porque a primeira trata os sintomas da doença enquanto a tradicional interpreta as suas causas. A escolha por uma prática não "oficial" não é determinada por atitudes não científicas mas, antes, por constrangimentos políticos e económicos e por considerações acerca da sua utilidade e eficácia relativamente às práticas alternativas disponíveis (Phillips e Verhasselt, 1994).

Também se verifica uma forte relação entre medicina e religião: as doenças causadas por agentes naturais, as causadas por agentes sobrenaturais e as causadas por ambos. Neste caso, a explicação sobrenatural das doenças serve, em muitos casos, um propósito social. É necessário, ainda, incluir as considerações culturais, a acessibilidade aos cuidados de saúde e concluir que a integração das práticas tradicionais no sistema moderno pode ser, e em alguns casos já é, um recurso alternativo com grande potencial em áreas mais afastadas dos centros urbanos (Good, 1977). Estudos recentes sugerem que a escolha da terapia está mais dependente da acessibilidade dos cuidados do que das características individuais do doente (Santana, 2005).

1.6 Relação entre o sistema tradicional e o sistema moderno; conexões entres os cuidados de saúde, objetivos sociais e ordem social

Em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários (PHC) em Alma-Ata propõe a introdução de elementos de práticas tradicionais, assim como dos seus prestadores, nos sistemas nacionais de saúde. Esta orientação permite dar resposta à existência de práticas pluralistas (África, Ásia e América Latina). Em muitos países a única forma de a população ter acesso aos cuidados de saúde é proporcionar o aumento de práticas tradicionais em associação com os serviços de saúde mais formais, contribuindo, ainda, para a diminuição dos custos com a prestação de cuidados de saúde, quando comparada com as práticas de medicina ocidental (Phillips e Verhasselt, 1994). Ou seja, a existência do pluralismo médico é a coexistência de múltiplos sistemas de práticas tradicionais, medicina moderna e *folk*.

A institucionalização das práticas tradicionais tem vindo a intensificar-se em alguns países da Ásia do Sul, com extensão à educação, treino, investigação e oferta de cuidados de saúde, incluindo hospitais, clínicas e farmácias.

Na China observa-se a combinação dos dois sistemas (medicina tradicional e ocidental) para obter a cobertura de cuidados de saúde. O sistema de medicina chinês é formal e estruturado: a) aplicação de ciência e de tecnologia moderna ao sistema tradicional; b)

desenvolvimento de legislação para promover futuras colaborações ao nível da prestação, da investigação, da educação e do treino dos cuidados de saúde e avaliação da qualidade.

As práticas de integração podem ser efetuadas através dos serviços de saúde, por exemplo, quando se verifica falta de recursos nos cuidados de saúde primários (exemplo das “parteiros” na Amazônia brasileira). Ou a integração de medicina e profissionalização, através da escolha do consumidor, sendo necessário que o Estado garanta a qualidade dos serviços prestados (e.g., acupuntura). Ou ainda, a integração pelos profissionais de saúde: papel dos profissionais de saúde comunitários com a medicina e a biomédica. Nestes casos, os profissionais aprendem as duas medicinas e aplicam-nas na prevenção e no tratamento médico, e ainda, na pesquisa científica (Phillips e Verhasselt, 1994).

Todavia, verificam-se atitudes diferentes perante sistemas tradicionais semelhantes: no Japão é adotada a medicina científica; na China, os serviços de saúde são politicamente suportados pela incorporação do sistema tradicional numa base essencial do sistema ocidental; na Índia existe um sistema dual, sendo que as práticas tradicionais e modernas servem a população, apesar de muitos grupos sociais preferirem já a medicina ocidental.

Existem políticas, estratégias e linhas programáticas para a integração das práticas tradicionais, suportadas pelo desenvolvimento de políticas de governo, pela introdução de legislação capaz e por fundos para projetos piloto, com orçamento para programas experimentais e de suporte às instituições de investigação sobre a teoria e prática de integração ao nível dos cuidados de saúde primários. Os níveis de integração têm vários atores e escalas de implementação: internacional/regional (WHO) com a colaboração e suporte: a) nacional (e.g., técnico, financeiro, formação, registo); b) profissional (instituição de práticas, profissionalização das medicinas tradicionais); c) comunitário (treino da população das aldeias ou dos trabalhadores de saúde da comunidade).

2. PRINCIPAIS REFORMAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

As tendências das reformas são próximas em conteúdo, mas nem sempre os processos políticos que as suportam se assemelham. O aspeto essencial das reformas dos anos 80 e 90 foi a introdução de mecanismos reguladores, com melhores performances, com o objetivo essencial de aumentar a produtividade dos recursos limitados (OECD, 1992; Oxley e Macfarlan, 1995; Hurst, 1996).

A reestruturação do sector da saúde foi definido por Berman (1993:10) como:

(...) não apenas uma simples mudança no sector da saúde...tem que incluir mudanças sustentadas e com objetivos, para melhorar a eficiência, equidade e eficácia do setor da saúde, ou uma combinação destes três.

A reforma que é preconizada por “Harvard”, baseada nos três Es (equidade, eficiência e efetividade), assume o primado económico e orienta as reformas na maior parte dos países.

A análise da evolução dos sistemas de saúde ocidentais revela uma aproximação geral a um modelo de compromisso entre os sistemas mais estatizados e os mais liberais. Todavia, verifica-se que, em direções contrárias (do domínio do privado para uma maior intervenção estatal e do domínio estatal para uma maior dimensão de mercado), existem sistemas de saúde em diversos países que têm vindo a atenuar os seus traços caracterizadores iniciais, dando lugar a sistemas mistos de mercado regulado (Hurst, 1996; Simões, 2004).

Nos países de médio e baixo rendimento (e não só) as reformas devem ser entendidas num contexto mais vasto que compreende reformas sociais e políticas (Berman, 1993)

Nestes países (da América Latina, por exemplo), para atingir alguns propósitos económicos e políticos implícitos nas reformas da saúde, foram introduzidas medidas de descentralização da gestão dos serviços de saúde, que têm em conta: a) aumento da oferta dos cuidados de saúde (discriminada de acordo com as necessidades reais) ao nível local; b) mudança radical dos papéis do governo central e local; c) participação local no planeamento e na avaliação em saúde.

A descentralização invoca noções de hierarquia, territorialidade, redistribuição do poder e equidade no acesso (Atkinson, 1995).

Nesse sentido, o planeamento descentralizado assume compromissos de melhoria a vários níveis de: a) resposta às necessidades locais, de oferta de serviços para os



O impacto da descentralização na equidade parece estar dependente das escolhas políticas e dos contextos políticos. Num mundo real, com variações entre grupos socioeconómicos, áreas geográficas e resultados em saúde, existe necessidade de manter subsidiarização cruzada entre os grupos de população e as áreas geográficas. Isto é mais evidente no campo do financiamento, mas pode tornar-se problemático também no contexto da descentralização da administração, especialmente quando o financiamento com subsídios cruzados é feito sem atribuir fundos à saúde. Habitualmente espera-se que a descentralização aumente a equidade, no entanto existem poucas provas disso. Pelo contrário, é mais provável que um aumento na autonomia resulte num aumento da variação. Este facto poderá ser corrigido através de níveis diferenciados de recentralização da regulação, do estabelecimento de padrões e de subsídios cruzados por áreas e população. Não obstante, isto também significa limitar o âmbito da autonomia. No entanto, tal implica que a descentralização terá que ser necessariamente complementada pela recentralização, que melhora a coordenação das atividades, se a equidade for uma preocupação dos serviços de saúde. (Koivusalo, Wyss e Santana (2007: 195)

grupos desfavorecidos; b) coordenação na prestação dos serviços; c) flexibilidade na administração e na mobilização dos recursos; d) interesse local em consequência do envolvimento da população local nos serviços de planeamento e de avaliação; e) diminuição da demora na tomada de decisão e outros processos de administração. Mas implica aumento dos gastos com a saúde.

Os objetivos, que têm sido apresentados relativos à descentralização do setor da saúde (Atkinson, 1995), podem ser sumariados: a) redução nas iniquidades; b) integração de atividades de diferentes agências ou departamentos; c) reforço das políticas de saúde e das funções de planeamento do ministério da saúde; d) melhoria na implementação de programas de saúde; e) maior financiamento comunitário e simultaneamente maior controlo; f) aumento da coordenação intersectorial; g) redução dos problemas de comunicação e das demoras.

3. CUIDADOS DE SAÚDE NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Conscientes da complexidade de fatores que influenciam e definem a qualidade da saúde, as Nações Unidas (2000) identificaram um conjunto de objetivos, globais e regionais, que estão incluídos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (*Millenium Development Goals MDGs*)¹.

Para atingir os objetivos de saúde incluídos nos ODM, particularmente nos países mais pobres, a prestação dos serviços de saúde terá de ser melhorada (Loevinsohn e Harding, 2004), reforçando os serviços prestados nas unidades básicas de saúde, que têm um campo de ação mais próximo das necessidades e dos anseios das populações – Cuidados de Saúde Primários (Berman e Bossert, 2000). Em áreas rurais e periféricas dos países mais pobres estas unidades de saúde são o único contacto que as populações têm com os serviços de saúde, tentando colmatar a falta de acesso geográfico (pela fraca rede de estradas ou inexistência de transportes públicos) aos cuidados de saúde, principalmente ao nível da prevenção primária (imunização, exames de diagnóstico, aconselhamento), prestação de cuidados pré-natais e pós-natais ou de acesso aos medicamentos. Hocking (2003) previne, porém, que deve ser assegurado que os pacotes de serviços integrados incluam não só o acesso a cuidados de saúde de qualidade, programas de reabilitação comunitária, programas de educação e de apoio às famílias, como também profissionais de saúde e comunidades responsáveis e recetivas a este género de iniciativas.

1 Os Objetivos do Milénio: 1. Erradicar a pobreza extrema e a fome; 2. Atingir o ensino primário universal; 3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4. Reduzir a mortalidade infantil; 5. Melhorar a saúde materna; 6. Combater o VIH/SIDA, malária e outras doenças; 7. Garantir a sustentabilidade ambiental; 8. Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

A instabilidade política e económica dos países mais pobres tem sido um dos problemas na manutenção das estruturas mais periféricas, pelos custos, financeiros e de recursos humanos, que implicam (Banco Mundial, 1994). A necessidade de alterar esta situação tem vindo a ser colocada como prioridade em alguns países em desenvolvimento. Nos últimos anos, são conhecidos alguns bons exemplos, já avaliados pelo Banco Mundial, (Banco Mundial, 1994), de mudança de paradigma na gestão e financiamento das unidades de saúde, aumentando a eficiência e a efetividade do setor da saúde (Few, Harpham e Atkinson, 2003).

A iniciativa de *Bamako* para os países da África subsariana (1987) enfatiza os esforços para reforçar os sistemas de saúde locais, através da introdução de esquemas de recuperação de custos, utilizando taxas de utilização em conjunto com a descentralização na tomada de decisão e no reforço/implementação da participação dos cidadãos. Este objetivo tem vindo a ser desenvolvido através da contratação com entidades não estatais, incluindo organizações não governamentais (ONGs).

Loevinsohn e Harding (2004) apresentam o resultado da avaliação de 10 casos e confirmam que a contratação para prestação de Cuidados de Saúde Primários pode ter grandes potencialidades: efetividade e baixo-custo de intervenção. Os autores concluem: *a contratação, frequentemente, merece consideração nos países em desenvolvimento que procuram melhorar rapidamente a prestação de serviços e alcançar os ODM* (Loevinsohn e Harding, 2004: 681).

Para além da qualidade dos serviços prestados, têm vindo a ser analisados os ganhos a nível da sustentabilidade (Berman e Bossert, 2000), em termos de criação de capacidade, participação da comunidade e ação intersetorial, em países em desenvolvimento de África (Few, Harpham e Atkinson, 2003: 47), Ásia, América do Sul e Central (Loevinsohn e Harding, 2004; Macq *et al.*, 2008).

Loevinsohn e Harding, em 2004, afirmam que a contratualização da prestação de cuidados de saúde apresenta algumas vantagens potenciais, designadamente: a) garantindo uma maior focalização na obtenção de resultados mensuráveis, principalmente se os contratos definirem resultados objetivamente verificáveis; b) ultrapassando os constrangimentos (incapacidade de gestão, corrupção, nepotismo) que evitam que os governos utilizem efetivamente os recursos que lhes são disponibilizados; c) utilizando a maior flexibilidade do setor privado para melhorar os serviços; d) desenvolvendo a autonomia de gestão e descentralizando os processos decisórios para os gestores no terreno; e) utilizando a concorrência para aumentar a eficiência e efetividade; f) permitindo que os governos se focalizem mais em atividades para as quais estarão mais vocacionados e melhor colocados, tais como o planeamento, a regulação, a definição de *standards*, o financiamento e funções de saúde pública. Todavia, chamam também a atenção para os riscos e dificuldades da contratualização (Loevinsohn e Harding, 2004). Por um lado, a eventual inexequibilidade da contratualização a uma escala que permita obter ganhos em saúde a nível de um país. Por outro, e devido aos custos de transação, a contratualização pode ser mais cara do que a prestação direta pelos governos

Quadro 5.1 – Formas de contratualização da prestação de serviços de saúde nos países em desenvolvimento.

	QUEM DEFINE SERVIÇOS E ÁREAS	QUEM ESCOLHE O PRESTADOR	GESTOR	INFRA-ESTRUTURA DE PRODUÇÃO	FONTE DE FINANCIAMENTO	EXEMPLO
1. Serviços Públicos	Governo	Governo	Governo	Governo	Governo*	Centros de Saúde Públicos
2. Acordos inter-governamentais	Governo Central	Governo Central	Governo Local	Governo Local	Governo*	Transferência de fundos do governo federal para o local
3. Contratos de Gestão	Governo	Governo	S. Privado	Governo	Governo*	Governo contrata gestor privado para gerir serviços públicos existentes
4. Contratos Prestação de Serviços	Governo	Governo	S. Privado	S. Privado	Governo*	Governo contrata ONG para prestar serviços onde estes não existem
5. Concessão ao Sector Privado	S. Privado	Governo ou doador	S. Privado	S. Privado	Governo (+/- ONG ou contribuição da comunidade)	ONG submete propostas ao Governo para necessidades identificadas pela comunidade ou ONG
6. <i>Vouchers</i>	Governo	Consumidor	S. Privado	S. Privado	Governo e/ou doador	São atribuídos <i>vouchers</i> ao consumidores os quais escolhem o prestador dos cuidados
7. <i>Franchising</i>	S. Privado	Consumidor	S. Privado	S. Privado	Consumidor (+/- subsidio ou do governo ou doador)	Médicos privados aderem a uma rede franchisada para prestação de determinados tipos de cuidados de saúde
8. Serviços Privados	S. Privado	Consumidor	S. Privado	S. Privado	Consumidor ou ONG / doador	1. ONG criam oferta de serviços de saúde financiadas pela ONG 2. Prestadores privados com fins lucrativos criam clínicas privadas

ONG = Organizações Não-Governamentais | +/- = com ou sem | * Pode ser complementado por co-pagamentos dos utilizadores

Fonte: Adaptado de Freitas *et al.*, 2010: 27.

da mesma carteira de serviços de saúde. A estes dois tipos de risco podem somar-se outros, nomeadamente a eventual criação, através da contratualização, de iniquidades na distribuição de serviços de saúde, a fraca capacidade de gestão efetiva dos contratos pelos governos e a falta de sustentabilidade dos projetos contratualizados. As formas que a contratualização da prestação de serviços de saúde nos países em desenvolvimento tem adotado encontram-se sumarizadas no quadro 5.1. Para além das formas de contratualização descritas no quadro mencionado, existem outras, a maioria das vezes resultantes da utilização de formas híbridas das seguidamente referidas (Freitas *et al.*, 2010).

Em suma, parece suficientemente comprovado que o recurso, pelos países em desenvolvimento, à contratualização dos cuidados de saúde é um caminho que permite assegurar a eficiência e efetividade da prestação dos cuidados e a obtenção rápida de bons resultados na saúde das populações abrangidas, não colocando em risco a cobertura e equidade dos cuidados. Esta assunção é aplicável de forma mais expressiva aos cuidados de saúde primários, uma vez que a contratualização de cuidados secundários ou hospitalares levanta questões específicas, designadamente ao nível da definição dos resultados esperados, os quais são relativamente fáceis de definir nos cuidados primários e mais difíceis no que respeita à prestação de cuidados hospitalares.

4. SISTEMAS DE SAÚDE NA EUROPA – ESTUDO COMPARATIVO EM 15 PAÍSES

4.1. Sistemas de saúde de acordo com os sistemas de financiamento de cuidados

Verifica-se que a Europa apresenta um conjunto heterogéneo de sistemas de saúde, reflexo do mosaico cultural, social, económico e político, mas também da sua história. Sistematizando, poder-se-á referir, no entanto, que existe um quadro geral de referências, designadamente quanto à tendência nos sistemas de financiamento dos cuidados, que se divide em dois grupos: a) sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Bismarck, dependentes essencialmente de seguros; b) sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Beveridge, dependente, predominantemente, de impostos.

Para além destes, Santana (1992) e Barros (2002) identificaram um terceiro grupo, que incluía os sistemas de cuidados de saúde em transição: os que tinham iniciado um processo de mudança de um sistema baseado em seguros para um sistema com base em impostos.

O quadro 5.2 pretende agrupar os países da União Europeia de acordo com os sistemas de financiamento de cuidados, em dois grandes grupos, observando-se um terceiro tipo apenas na Grécia. As realidades não são, no essencial, opostas: filosofias de sistemas de saúde, pontos de vista médico-sanitários e a busca da eficácia dos

Quadro 5.2 – Financiamento dos sistemas de saúde em 15 países da Europa.

PAÍS	GRUPO 1: SISTEMA BASEADO EM SEGURO	GRUPO 2: SISTEMA BASEADO EM IMPOSTOS	GRUPO 3: OUTRO
Áustria	•		
Bélgica	•		
Dinamarca		•	
Finlândia		•	
França	•		
Alemanha	•		
Grécia			•
Irlanda		•	
Itália		•	
Luxemburgo	•		
Holanda	•		
Portugal		•	
Espanha		•	
Suécia		•	
Reino Unido		•	

Fonte: Elaborado a partir de Thomson *et al.*, 2009: 29.

sistemas de saúde são idênticos. Segundo Barros (2002), a maior parte dos países adotaram os seus sistemas há muito tempo, alguns datam do século XIX.

De acordo com o quadro 5.2, os países do grupo 2 tinham sistemas de cuidados de saúde que, inicialmente, eram financiados por sistemas de seguro social. Nas últimas décadas têm vindo a sofrer transformações e hoje são sistemas de saúde nacionais em que o financiamento é feito via impostos. Nos países do grupo 1 o financiamento é baseado em seguros. Todavia, embora esta classificação assente num tipo de financiamento obrigatório, predominante, não existe nenhum sistema "puro", segundo Barros (2002: 5).

Diz o autor: *os sistemas de financiamento que dependem sobretudo dos impostos incluem tipicamente também elementos de seguro social e os sistemas baseados em seguros sociais incluem muitas vezes fortes elementos de financiamento fiscal. Além disso, todos os sistemas de cuidados de saúde da União Europeia ou incluem ou têm planos para incluir alguns elementos dos dois tipos de financiamento voluntário.*

Portugal, apesar de possuir um Serviço Nacional de Saúde (SNS) desde 1979, é um país em que os cidadãos, as famílias e as empresas suportam uma substancial parcela

das despesas com a saúde (em torno dos 30%), naquilo que pode ser considerado como a negação do princípio de universalidade e gratuidade do SNS. A institucionalização do co-pagamento (*i.e.*, taxas moderadoras) dos cuidados prestados no âmbito do SNS português representa o reconhecimento da incapacidade do Estado para manter um sistema de saúde que, por exemplo no Reino Unido, tem assegurado níveis de saúde e de despesas com a saúde assinaláveis, no contexto europeu.

Ao tentar analisar a evolução dos sistemas de prestação de cuidados de saúde nos países da Europa, verifica-se que implicações de ordem económica, social e política lhes conferem particularidades que os distinguem e individualizam. No entanto, nas últimas cinco décadas é reconhecido que foi feito um esforço no sentido de alcançar um objetivo de generalizar a todos os cidadãos o acesso aos cuidados de saúde.

Campos (1983:13) refere que as alterações aconteceram após a última guerra, quer nos sistemas de seguro-doença quer nos sistemas de serviço nacional de saúde, atingindo níveis de cobertura da quase totalidade da população, ainda antes da década de setenta. A conjuntura económica era propícia ao aumento, quer quantitativo quer qualitativo, de serviços de saúde. Como consequência desse facto verificou-se uma intensificação da procura e da utilização dos serviços de saúde, refletindo-se num crescimento dos gastos públicos em saúde na totalidade dos países da OCDE: entre 1962 e 1974 passaram de 2,6 % para 4,4% do Produto Interno Bruto.

Em 1992 foi iniciado o mercado de economia livre entre os membros da Comunidade Europeia. Mas será que a Europa integrada economicamente corresponderá a uma Europa saudável?

4.2 Análise de indicadores de saúde

Significativas alterações demográficas – aumento de mobilidade das populações (imigração) e aumento da esperança de vida – têm, nos últimos anos, provocado mudanças nas necessidades em saúde e nos gastos com cuidados prestados. A implementação de novas técnicas aplicadas à prática da medicina, bem como o quadro demográfico em mudança, implicam a reestruturação dos serviços de saúde em geral, tornando-os mais eficazes e eficientes, e a racionalização da utilização de recursos humanos, materiais e financeiros, que muitas vezes são escassos (Mossialos e LeGrand, 1999).

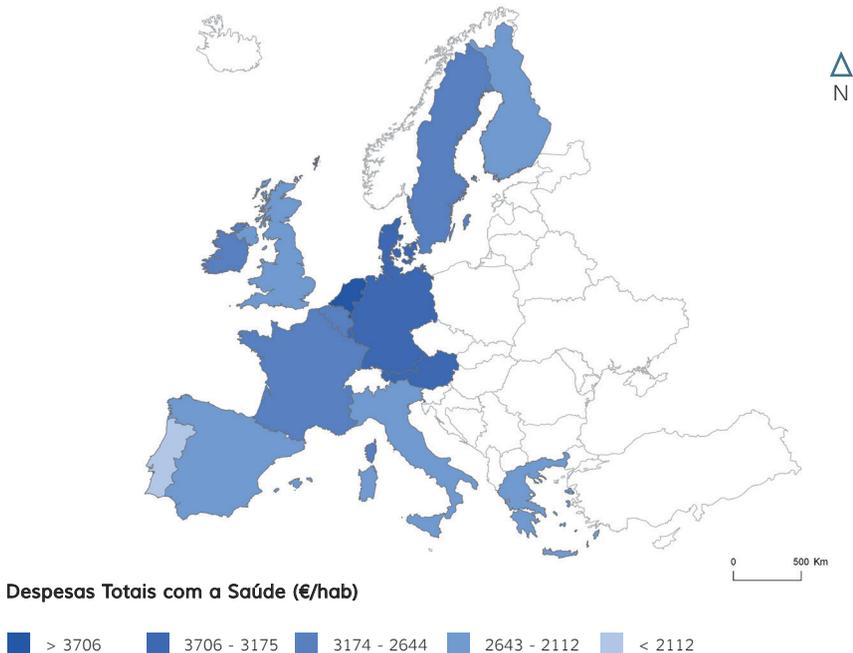
Embora com ênfase diferente de país para país, na Europa Comunitária os problemas são essencialmente: a) a persistência de lacunas de acesso aos serviços; b) o aumento rápido das despesas de saúde, e c) inquietude quanto à eficácia e aos resultados dos cuidados (Santana, 1992).

De seguida são apresentados indicadores que permitem uma leitura dos sistemas de saúde em alguns países da Europa: Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Portugal, Reino-Unido e Suécia.

Ainda, nos quadros 5.3 e 5.4 pode ler-se informação relativa às despesas com a saúde, à atividade médica e ao estado de saúde. Verificam-se grandes disparidades entre os países e entre os sistemas de saúde.

De entre os países analisados, os Países Baixos e o Luxemburgo (grupo1) destacam-se, por exemplo, pelo consumo com a saúde *per capita* mais elevado, 3890€ e 3607€ por habitante (figura 5.2), quase o dobro de Itália, Portugal (grupo 2) e Grécia (grupo 3). Portugal é o país que apresenta o menor valor (2097€ euros *per capita*).

Os Países Baixos, a França e a Alemanha registam as percentagens mais altas de despesas totais com a saúde relativamente ao PIB (12,1%, 11,67% e 11,51%, respetivamente). Nos outros países que integram este grupo os valores percentuais são mais baixos, correspondendo o valor mais baixo ao Luxemburgo (7,85%) (figura 5.3). Embora pudéssemos ser levados a pensar que a um tipo de sistema de saúde corresponderia, grosso modo, um tipo de financiamento (maioritariamente público ou privado) das despesas com a saúde, este facto não se verifica. Por exemplo, Países Baixos e Luxemburgo, do grupo 2, apresentam consumos percentuais públicos relativamente ao total das despesas com a saúde diferentes, com valor superior no



Fonte: Elaborada a partir de OCDE, 2013.

Figura 5.2 – Despesas com a saúde. Despesas totais (euros por habitante) em 15 países da Europa, 2010.

Quadro 5.3 Sistemas de Saúde em 15 países da Europa: alguns Indicadores, 2010.

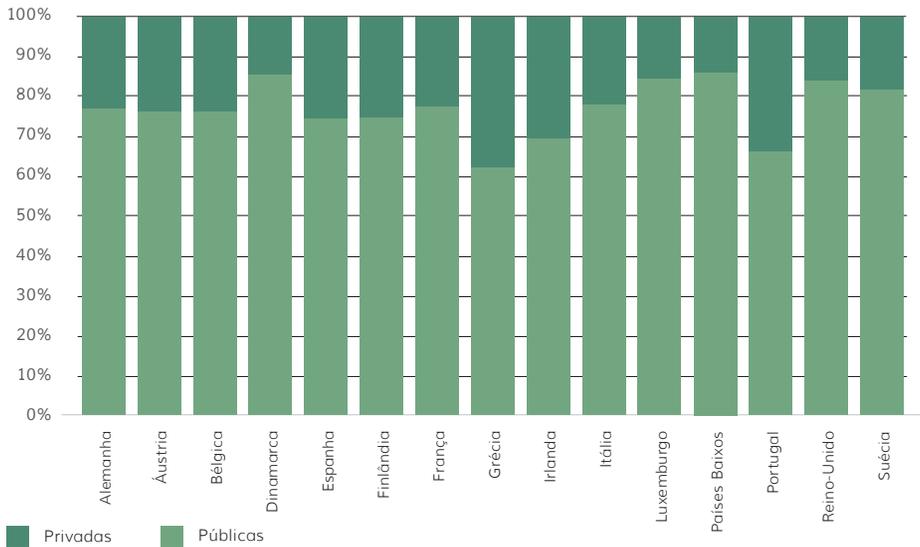
GRUPOS DE SISTEMAS	PAÍS	População ²	Despesas Totais com a Saúde ³				Despesas Públicas com a Saúde ⁴		
		(000)	(Euro PPP por habitante)	(% PIB)	Públicas nas Despesas Totais (%)	Privadas nas Despesas Totais (%)	Hospitais	Ambulatório	Produtos Médicos
GRUPO 1: Sistema baseado em seguros	Alemanha	81,802	3,337	11,51	76,78	23,22	25,3	22,0	14,0
	Bélgica	8,375	3,383	10,98	76,2	23,8	33,4	14,5	9,8
	Áustria	10,839	3,052	10,49	75,59	24,41	23,0	23,4	10,1
	França	64,658	3,058	11,67	76,93	23,07	31,8	19,4	13,0
	Luxemburgo	502	3,607	7,85	84,33	15,67	28,6	22,7	7,6
	Países Baixos	16,574	3,890	12,10	84,81	14,17	31,8	11,2	9,0
GRUPO 2: Sistema baseado em Impostos	Portugal	10,637	2,097	10,73	65,8	34,2	31,3	16,9	12,3
	Reino Unido	62,026	2,636	9,60	83,22	16,78	-	-	-
	Suécia	9,340	2,894	9,56	81,05	18,95	42,5	13,3	8,5
	Dinamarca	5,534	3,439	11,12	85,13	14,87	41,3	20,4	5,7
	Espanha	45,989	2,345	9,60	75,18	25,82	36,8	13,8	13,5
	Irlanda	4,467	2,862	9,19	69,16	30,84	-	-	-
	Itália	60,340	2,282	9,55	77,62	22,38	-	-	-
	Finlândia	5,351	2,504	8,96	74,51	25,49	30,1	23,6	7,6
GRUPO 3: Outro OOP	Grécia	11,305	2,244	10,79	61,53	38,47	32,0	9,1	23,0

*2008 | **2009

Fonte: Elaborada a partir de 1 Thomson *et al.*, 2009; 2, 7, 8 Eurostat, 2013; 3, 9 WHO, Global Health Expenditure Database, 2013 e 4, 5, 6 OCDE, 2013.

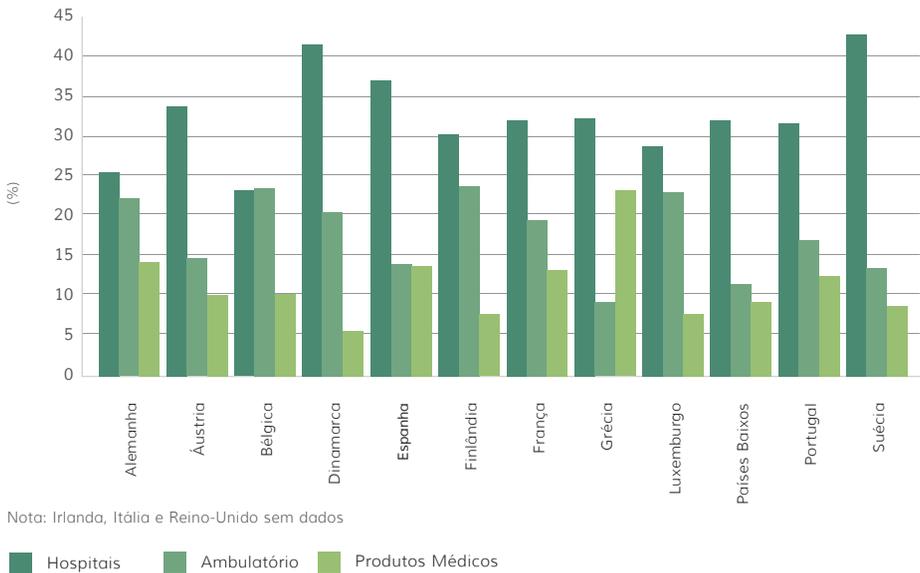
Luxemburgo (84,81%). Mais discrepante é a comparação entre o SNS de Portugal e Dinamarca. Tendo Portugal um sistema tipo SNS, e contrariamente ao que seria de esperar, é o sistema de saúde em que existe uma maior percentagem de gastos privados com a saúde (34,20% sobre o total das despesas). Por esse facto não admira que seja, também, o segundo país que tem gastos públicos mais baixos (65,80%), seguido pela Irlanda (69,16%) e antecedido pela Grécia (61,53%).

As despesas públicas são canalizadas, maioritariamente neste conjunto de países, para os cuidados hospitalares, exceto na Bélgica (32%). Outros países, como a Suécia, Espanha, Dinamarca e Áustria registam valores percentuais acima do valor médio deste conjunto de países. A Suécia e a Dinamarca sobressaem claramente no contexto em estudo (figura 5.4). Cerca de 18% das despesas públicas em saúde são gastas em ambulatório,



Fonte: Elaborada a partir de WHO, Global Health Expenditure Database, 2013.

Figura 5.3 – Despesas com a saúde. Percentagem em 15 países da Europa, 2010.



Nota: Irlanda, Itália e Reino Unido sem dados

Fonte: Elaborada a partir de OCDE, 2013.

Figura 5.4 – Despesas com a saúde. Repartição das despesas públicas com a saúde em 15 países da Europa, 2010.

Quadro 5.4 Sistemas de Saúde em 15 países da Europa: alguns Indicadores, 2010.

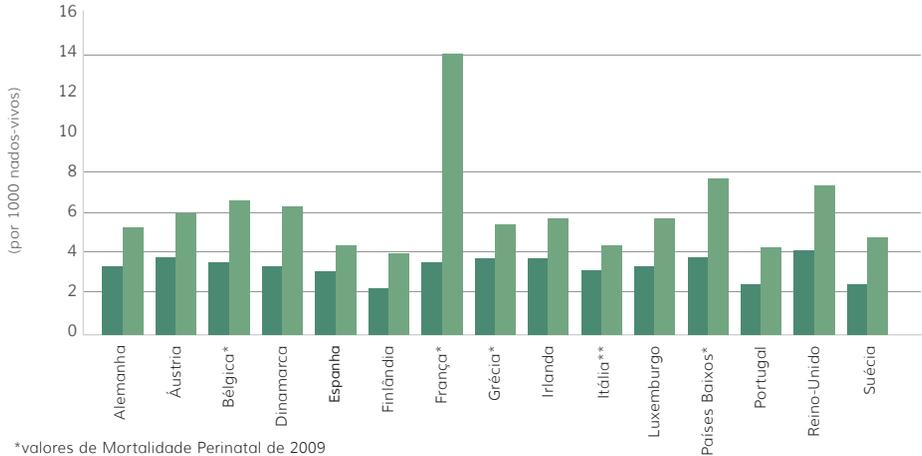
GRUPOS DE SISTEMAS	PAÍS	Consultas médicas ⁵	Consumo de medicamentos ⁶	Esperança de vida à nascença ⁷		Mortalidade Infantil ⁸	Mortalidade Perinatal ⁹
		(por habitante)	(US dólares PPP por habitante)	H	M	(por 1000 nados-vivos)	(por 1000 nados-vivos)
GRUPO 1: Sistema baseado em seguros	Alemanha	8,9	627	78,0	83,0	3,4	5,35
	Bélgica	6,9	518	77,9	83,5	3,9	5,91
	Áustria	7,7	636	77,6	83,0	3,6	6,83**
	França	6,7	626	78,2	85,3	3,6	14,01**
	Luxemburgo	6,0	370	77,9	83,5	3,4	5,76
	Países Baixos	6,6	473	78,9	83,0	3,8	7,81
GRUPO 2: Sistema baseado em Impostos	Portugal	4,1	518	76,7	82,8	2,5	4,40
	Reino Unido	5,0	381	78,7	82,6	4,2	7,39
	Suécia	2,9	437	79,6	83,6	2,5	4,81
	Dinamarca	4,6	289	77,2	81,4	3,4	6,37
	Espanha	7,5	529	79,1	85,3	3,2	4,42
	Irlanda	3,8	662	78,7	83,2	3,8	5,78
	Itália	7,0**	572	79,8	85,0	3,2	4,45*
	Finlândia	4,3	452	76,9	83,5	2,3	4,04
GRUPO 3: Outro OOP	Grécia	4,0**	677	78,4	82,8	3,8	5,50**

*2008 | **2009

Fonte: Elaborada a partir de 1 Thomson *et al.*, 2009; 2, 7, 8 Eurostat, 2013; 3, 9 WHO, Global Health Expenditure Database, 2013 e 4, 5, 6 OCDE, 2013.

nestes 15 países; Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França e Luxemburgo destacam-se por apresentarem valores superiores ao valor da média. O peso dos produtos médicos nas despesas públicas com a saúde é mais elevado na Espanha, Alemanha e Grécia. A Grécia é o país que apresenta a maior despesa neste âmbito.

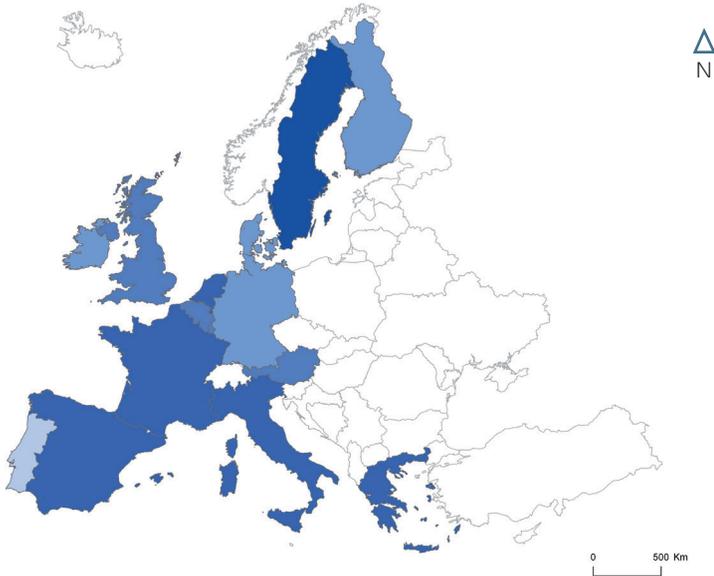
Também são heterogêneos os fatores de utilização (consultas médicas e consumo de medicamentos em dólares *per capita*) (quadro 5.4). Nestes 15 países a média de consultas por habitante é de 5,7 e a de medicamentos 517,8 US dólares por habitante. A Alemanha e a Bélgica apresentam o maior número de consultas por habitante e a Grécia e a Irlanda o maior consumo de medicamentos *per capita*. Portugal apresenta, também, valor elevado de consumo de medicamentos por habitante, mas é um dos países com menor número de consultas *per capita*.



*valores de Mortalidade Perinatal de 2009
 **valores de Mortalidade Perinatal de 2008

■ Mortalidade Infantil ■ Mortalidade Perinatal

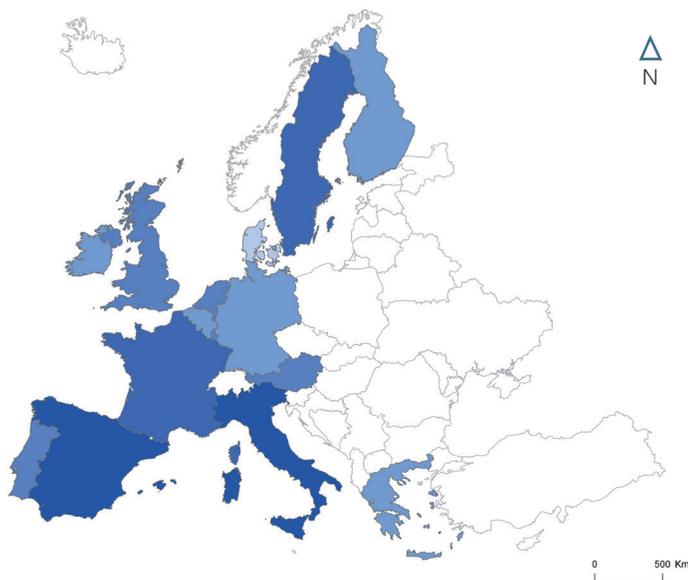
Fonte: Elaborada a partir de Eurostat, 2013 e WHO, Global Health Expenditure Database, 2013.
 Figura 5.5 – Taxas de mortalidade infantil e perinatal em 15 países da Europa, 2009.



Esperança de Vida à Nascimento (1991) (nº de anos)

■ > 77,7 ■ 77,7 - 76,8 ■ 76,7 - 75,8 ■ 75,7 - 74,7 ■ < 74,7

Fonte: Elaborada a partir de Eurostat, 2013.
 Figura 5.6 – Esperança de vida à nascença em 15 países da Europa, 1991.



Esperança de Vida à Nascença (2011) (nº de anos)



Fonte: Elaborada a partir de Eurostat, 2013.

Figura 5.7 – Esperança de vida à nascença em 15 países da Europa, 2011.

Não pode ser estabelecida uma relação de causalidade entre despesas com saúde e taxas de mortalidade: veja-se o exemplo da Finlândia onde se observam as menores taxas de mortalidade infantil e perinatal e a segunda menor percentagem do PIB para a saúde (figura 5.5 e quadro 5.3 e 5.4). Esta situação também se pode observar em Portugal, na Suécia e na Espanha, com valores baixos de mortalidade infantil e perinatal e baixos de percentagens do PIB gasto na saúde.

Na esperança de vida à nascença também não se pode estabelecer uma relação direta de causa-efeito. Os países com maior esperança de vida à nascença em 2011 não apresentam as maiores percentagens do PIB gasto para a saúde (figura 5.7). Por exemplo, a Dinamarca apresenta uma elevada percentagem do PIB na saúde, no entanto é o país com a menor esperança de vida à nascença neste grupo de países da Europa em 2011 (79,9 anos).

Observando a evolução, nos últimos 20 anos, da esperança de vida à nascença (figura 5.6 e 5.7 e quadro 5.4) verifica-se um aumento médio de 5 anos para o conjunto dos 15 países, com Portugal a apresentar o maior aumento (6,8 anos). Em 1991, a Suécia era o país com maior esperança de vida à nascença (77,8 anos) e Portugal revelava o menor valor (74,1 anos). Em 2011 a Itália apresenta 82,8 anos, a esperança de vida à nascença mais alta dos países em análise.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das diferenças estruturais e disponibilidade financeira, têm sido estabelecidos objetivos que radicam no aumento da eficácia, da eficiência e da equidade dos cuidados assistenciais na doença. É dada prioridade à doença e à forma de a combater – preocupação convergente de parte dos médicos, políticos, interesses farmacêuticos e da própria população – em detrimento da melhoria da saúde da população. Os cuidados de saúde têm sido orientados quase exclusivamente para o tratamento da doença – percentagem elevada de gastos com a saúde nas rubricas de hospitais e de medicamentos.

Embora seja cada vez maior a preocupação dos Estados em assegurar serviços de saúde à população, proporcionando-lhes o acesso de uma forma igualitária e uniforme, grupos profissionais, étnicos, de idade e fatores de localização são causa de iniquidades no acesso aos serviços de saúde, correspondendo, na maior parte dos casos, aos grupos com mais necessidades de cuidados de saúde.

Verifica-se que se torna cada vez mais difícil delinear um sistema completo de saúde que cubra, de facto, toda a população e lhe proporcione serviços de saúde continuados, acessíveis e de boa qualidade.

Neste sentido, têm sido implementadas reformas nos sistemas de saúde, um pouco por todo o mundo. Mas, mesmo quando as tendências da reforma são próximas em conteúdo, nem sempre os processos políticos que as suportam se assemelham. O aspeto essencial das reformas dos anos 80 e 90 foi a introdução de mecanismos regulamentares, com melhores performances, em que o objetivo essencial foi o de aumentar a produtividade dos recursos limitados e a participação do cidadão.

Bibliografia Específica

- Agbonifo, P.O.** (1983). The State of Health as a Reflection of the Level of Development of a Nation, *Social Science and Medicine*, 17, 2003-2006.
- Andersen, R. e Fleming, G.** (1980). Health Care in the U.S.; Equitable for Whom? In Rowman & Allanheld (Ed.), *The Demand for primary health services in the Third World*, E.U.A., Sage Publications, Inc., (pp.199-211).
- Atkinson, S.** (1995). Restructuring health care: tracking decentralization debate, *Progress in Human Geography*, 19(4), 486-503.
- Banco Mundial** (1994). *Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned*, Washington DC; World Bank Publications.
- Barros, P. e Jean-Pierre, G.** (2002). Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português, Lisboa, Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- Berman, P.** (1993). Health sector reform in developing countries: framing the issues, *Opening address, conference on health sector reform in developed countries: issues for the 1990s*. Harvard School of Public Health, Durham, New Hampshire.
- Berman, P. e Bossert, T.** (2000). A decade of Health Sector Reform in Developing Countries: what have we learned?, *DDM Symposium-Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries*, Washington.
- Campos, A.C.** (1983). *Saúde. O custo de um valor sem preço*, Lisboa, Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A.C.** (1989). A Saúde na Europa do Sul: transição de modelos em contexto de escassez. Contribuição da economia da saúde, *Sociedade, Saúde e Economia da Saúde*, 25-38.
- Duriez M. e Seier, S.** (1994). *Le système de santé en France: organisation et fonctionnement*, Paris, Editions du SICOM.
- Enthoven, A.** (1984). Reforming US Health Care: the Consumer Choice Health Plan. In Black, N., Boswell, D., Gray, A., Murphy, S. E Popay, J. (Ed.), *Health and Disease*, Filadelfia, Open University Press, (pp.335-340).
- Ferreira, G.** (1988). *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*, Lisboa, FCG.
- Few, R., Harpham, T. e Atkinson, S.** (2003). Urban primary health care in África: a comparative analysis of city-wide public sector projects in Lusaka and Dar es Salaam, *Health & Place*, 9, 45-53.
- Ford, J.C.** (1990). *General Practice Fundholders*. NHS Planning Priorities Will Be Distorted, *B.M.J.*, 300, 1027-1028.
- Freitas, P., Santana, P., Ahmed, Z., Vaz, A., Neves, E. e Lima, A.** (2010). Saúde para Todos – Mudando o paradigma da prestação de cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe, *Instituto Marquês de Valle Flôr*, Lisboa, Cooperação Portuguesa e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Good, C.M.** (1977). Traditional Medicine: An Agenda for Medical Geography, *Social Science and Medicine*, 11, 705-713.
- Grande, N.** (1991). Perspectivas actuais dos conceitos de saúde e doença. In Bento, J. e Marques, A. (Ed.), *Desporto, Saúde e Bem-Estar*, Porto, Universidade do Porto, (pp.365-388).

Hurst, J. (1996). The NHS reforms in an international context. In A.J. Culyer, A.J., Wagstaff, A. (Ed.), *Reforming Health Care Systems*, Londres, Edward Elgar, (pp.15-34).

Joumard, I., André, C. e Nicq, C. (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions, *OECD Economics Department Working Papers*, 769.

Koivusalo, M., Wyss, K. e Santana, P. (2007). Effects of decentralization and recentralization on equity dimensions of health systems. In Saltamn, R., Bankauskaite, V., Varngbaek, K. (Ed.), *Decentralization in Health Care*, Glasgow, Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, Organização Mundial da Saúde, (pp.189-205).

Loevinsohn, B. e Harding, A. (2004). Contracting for delivery of Community Health Services: a Review of global experience, Washington, World Bank.

Macq, J., Martiny, P., Villabos, L., Solis, A., Miranda, J., Mendez, H. e Collins, C. (2008). Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: Issues and challenges, *Health Policy*, 87, 377-387.

Mburu, F.M. (1983). Health Systems as Defences Against the Consequences of Poverty: Equity in Health as Social Justice, *Social Science and Medicine*, 17, 1149-1157.

Mossialos, E. e Legrand J. (eds.) (1999). *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate.

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (1992). *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven European Countries.*, Paris, OECD.

Owen, D. (1985). The NHS Into the 1990s, *Hospital and Health Services Review*, 81, 214-217.

Oxley, H. e Macfarlan, M. (1995). Health care reform: controlling spending and increasing efficiency, *OECD Economic Studies*, 24, 7-55.

Phillips, D.R. e Verhasselt., Y. (1994). *Health and Development*, Londres, Routledge.

Roemer, M.I. (1977). *Systems of Health Care*, Nova York, Springer.

Rosenthal, M.M. (1987). *Health Care in the People's Republic of China*, Colorado, Frederik A. Praeger.

Santana, P. (1992). Sistemas de Saúde na Europa, *Cadernos de Geografia*, 11, 93-105.

Simões, J. (2004). Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da ideologia ao Desempenho, Coimbra, Almedina.

Stevens, R. (1984). The Evolution of the Health-Care Systems in the United States and the United Kingdom: Similarities and Differences, Darley, B., Gray, A., Seale, C. In *Health and Disease: A Reader*. Open University Press, (pp. 13-30).

Sultz, H. e Young, K. (2006), *Health Care USA. Understanding its organization and delivery*, Jones & Bartlett Learning.

Thomson, S., Foubister, T. e Mossialos, E. (2009). *Financing Health Care in the European Union, Challenges and policy responses*, Copenhaga, Organização Mundial de Saúde, Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Políticas.

Tonnellier, F. e Lucas, V. (1996). La réforme du système de santé en France : entre pouvoir central et pouvoir locaux, *Cahiers GEOS*, 32, 5-17.

White, K.L., Anderson, D.O., Indulski, J., Mabry, J.H. e Purola, Y. (1976). Health Services Systems and Their Study. In Robert Kohn And Kerr L. White (eds.), *Health Care: an International Study*, Nova Iorque, Oxford University Press, (pp.1-9).

Outras fontes

Eurostat (2013). *Statistics Database*, Comissão Europeia, disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (consultado em 25.08.2013).

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2013). *Statistics*, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, disponível em <http://www.oecd.org/statistics/> (consultado em 25.08.2013).

WHO – World Health Organization (2013). *Global Health Expenditure Database*, Organização Mundial de Saúde, disponível em <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1> (consultado em 25.08.2013).

VI.

POLÍTICA E
PLANEAMENTO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE:

O SISTEMA NACIONAL DE
SAÚDE PORTUGUÊS

Para além dos fatores económicos - crises conjunturais e elevada dívida pública - e demográficos - diminuição da mortalidade infantil, aumento da esperança de vida, aumento da mobilidade e concentração das populações nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, por exemplo -, assiste-se hoje a uma mudança dos valores culturais, valorizando a liberdade individual e a livre escolha. Por outro lado, o crescimento do poder de compra da população revela-se no aumento da capacidade para pagar cuidados de saúde (designadamente através da adesão a modelos de seguro de saúde), desagravando, possivelmente, uma parte dos recursos públicos que podem ser canalizados para melhorar a saúde dos que têm mais necessidade de cuidados de saúde e que, por várias razões, têm o seu acesso dificultado. Constrangimentos de várias ordens têm levado a que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português funcione de forma desadequada às necessidades reais da população. Por um lado, a escassez de informação relativa aos indicadores de saúde e, por outro lado, a deficiente programação dos serviços - pouca ênfase na análise territorial: percursos, necessidades reais, comportamentos e atitudes da população -, têm contribuído, em grande parte, para a desarticulação entre a oferta e a prestação dos serviços e para a persistência da inequidade em saúde e no acesso aos cuidados de saúde.

Torna-se necessário criar mecanismos que permitam otimizar a utilização dos (escassos e limitados) recursos disponíveis, de forma a obter economias que possam ser redirecionadas, aumentando a eficiência social das despesas com a saúde e a equidade nos ganhos em saúde.

Nos objetivos deste capítulo enquadram-se as seguintes preocupações:

- ▶ Despertar a consciência individual para problemas da sociedade portuguesa, como a saúde (individual e coletiva).
- ▶ Observar as iniquidades nos resultados em saúde, na oferta e na procura dos serviços de saúde em Portugal, relevando o papel do geógrafo na avaliação de necessidades e programação territorial dos serviços de saúde.
- ▶ Refletir sobre as alternativas que têm vindo a ser colocadas para resolução dos problemas da saúde em Portugal, nomeadamente através da implementação de algumas ações anunciadas (descentralização dos serviços prestadores de cuidados, hospitais EPE, fusão de hospitais em centros e grupos hospitalares, parcerias Público-Privado, etc.) e de um adequado planeamento dos serviços.

1. APRESENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O Sistema de Saúde Português (SSP) é constituído por três setores que se complementam e que desempenham diferentes funções: a) Serviço Nacional de Saúde (SNS) (com funções de financiamento, regulação, gestão direta de serviços e prestação de cuidados de saúde); b) setor privado com e sem fins lucrativos (na gestão e prestação de cuidados; em parte convencionado pelo Estado - o Estado é o maior comprador ao setor social e privado); c) subsistemas públicos e privados e companhias de seguros (no financiamento).

1.1 Evolução do Sistema de Saúde Português

O desenho explícito do SSP, com forte componente pública, teve início em 1971, e é da responsabilidade do professor Gonçalves Ferreira (Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro). Até então, o setor público era minoritário na saúde. A partir dessa data verificou-se um movimento de centralização, com a assunção de cada vez maior responsabilidade pela gestão e prestação de cuidados de saúde, designadamente primários, pelo Estado. Este movimento culminou na nacionalização, a partir de 1975, dos hospitais propriedade maioritariamente de instituições de natureza social privada (Misericórdias).

A mudança radical na política de saúde do país verificou-se com a publicação dos decretos-lei n.º 413 e 414 de 27 de setembro de 1971, que estabelecem o sistema de saúde de carácter nacional e com rede de prestação de serviços hierarquizada. A Constituição de 1976 (Art. 64º), consubstanciando as reivindicações dos movimentos sociais saídos da Revolução de 74, preconiza a criação de um Serviço Nacional de Saúde, garante do direito à proteção da saúde de todos os cidadãos. O SNS é então criado em 1979, pela também conhecida por Lei Arnaut (Decreto-Lei 56/79), atuando sob gestão descentralizada e democrática e sendo constituído por órgãos que se articulam a 3 níveis: Central, Regional e Local, detentores de diferentes características.

Em 1982, a revisão constitucional acrescentou, no artigo referente ao SNS (n.º 4 do art.º 64), a recomendação de que ele deveria ter administração descentralizada e participada. De acordo com essa indicação, o SNS, no início dos anos oitenta, surgiu com uma estrutura geograficamente descentralizada ao nível das Regiões (coincidentes com os distritos), com vista à melhoria nos níveis de saúde das comunidades. As Administrações Regionais de Saúde (nível distrital de organização dos Cuidados de Saúde Primários, Decreto-Lei 254/82, de 29 de junho) vieram substituir as Administrações Distritais de Saúde (Decreto-Lei n.º 488/75 de 4 de setembro).

Em 1990, a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 – Lei de Bases da Saúde, Cap. III, Base XXIV), reestruturou o SNS, atribuindo-lhe como objetivos principais: a) ser universal

quanto à população abrangida; b) prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação; c) ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; d) garantir a equidade no acesso dos utentes com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados; e) ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

São beneficiários do SNS *todos os cidadãos portugueses, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal*. A Base II, relativa à Política de Saúde, estabelece como objetivo fundamental: *a adoção de medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique (...) bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços*.

Em 1993 (DL 11/93 de 15 de Janeiro) o território continental é dividido em 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS) de âmbito supra-distrital, referindo a legislação que as crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias aconselham que a gestão dos recursos se faça tão próxima quanto possível dos seus destinatários. Daí a criação das Regiões de Saúde, dirigidas por administrações com competências e atributos reforçados, sendo *as Regiões de Saúde dotadas de meios de ação bastantes para satisfazer autonomamente as necessidades correntes de saúde dos seus habitantes (...) cada concelho constitui uma área de saúde...* Estatui, ainda (na Base xxvii), que as administrações regionais de saúde são responsáveis pela saúde das populações da respetiva área geográfica, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com normas e diretivas emitidas pelo Ministério da Saúde.

Esta legislação definiu, ainda, que: *cada Administração Regional de Saúde tem personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio; têm funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde*. Apenas as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, em virtude das características geográficas, têm gestão e regulamentação próprias em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde, sendo a política definida e executada pelos órgãos do próprio governo regional, de acordo com a Constituição da República e a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto). Nestes casos, trata-se de uma verdadeira descentralização regional.

Na década de noventa foram criadas as condições legislativas gerais para a desintervenção do Estado (Marques e Moreira, 2003). Em 1993 (DL 11/93 de 15 de

janeiro – Estatuto do SNS – Capítulo V) é aprovado o regime de contrato de gestão, convenção e contrato-programa, onde se inclui o enquadramento legal relativo à gestão de instituições e serviços de SNS por outras entidades, sujeitas às regras de direito privado. O contrato de gestão do Hospital Amadora-Sintra (teve início em novembro de 1995) é o único exemplo de implementação desta legislação, em quase 10 anos de vigência, consistindo na gestão privada de um hospital público com cerca de 700 camas, construído e equipado pelo Estado.

Em 1997 foram implementadas as agências regionais de acompanhamento dos serviços de saúde (AASS), que procuravam assegurar uma melhor utilização dos recursos públicos nos diversos serviços públicos de saúde (Hospitais e Centros de Saúde). As AASS aparecem enquadradas no *vasto conjunto de competências descentralizadas para as administrações regionais de saúde* (Despacho Normativo nº 46/97). Em 1999 são substituídas pelas Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde (ACSS); estruturas similares com o objetivo de atingir a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde, através da fixação de objetivos, da monitorização e da avaliação final, traduzidos em orçamentos-programa. Todavia, estas Agências dispunham de uma estreita autonomia na atribuição de financiamento aos serviços públicos, tendo sido ignoradas e desaparecido a partir de 2000.

De 1999 são, também, os Sistemas Locais de Saúde (SLS): estruturas locais de articulação e integração dos setores público e privado os quais, todavia, nunca chegaram a conhecer concretização no terreno. A organização dos SLS deveria seguir critérios geográfico-populacionais, implantando-se tanto nas zonas urbanas como nas rurais, desenhando-se a partir das necessidades, definidas em termos de risco de uma comunidade finita, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais. Estavam previstos 40 Sistemas Locais de Saúde no POS Saúde XXI.

Ao nível dos cuidados primários, os Centros de Saúde de Terceira Geração, criados na mesma altura e que preconizavam uma maior autonomia na administração, e o Projeto Alfa, que visava a devolução contratualizada da gestão e prestação dos cuidados primários aos clínicos gerais, tiveram igual destino, em virtude da adoção de uma política essencialmente vocacionada para a diminuição da despesa pública com a saúde e, por isso, altamente centralizadora.

O início do novo milénio é decisivamente marcado por mudanças na gestão das unidades do SNS (*corporatization*) (Vaz, 2010). Depois de, entre 1995 e 2001, terem sido ensaiados 3 novos modelos de gestão: Hospital Amadora/Sintra – Gestão privada de um hospital público (passou para a gestão pública em 2008); Hospital da Feira – empresarialização de um hospital público sob a esfera pública; Unidade Local de Saúde de Matosinhos – teve sequência semelhante, mas integrando a gestão conjunta de um hospital e de quatro centros de saúde.

A empresarialização foi generalizada a 34 hospitais. Em 2003 entraram em funcionamento os Hospitais SA (Sociedades Anónimas), correspondendo a cerca de

45% da capacidade hospitalar pública instalada, suportados por um novo modelo de gestão que consiste na transformação dos hospitais públicos em empresas privadas de capital exclusivamente público.

Em 2003 foi lançado o primeiro de dez concursos públicos para o financiamento, construção e exploração de hospitais públicos, em regime de PFI (*Private Finance Initiative*), sob um modelo de FBOT (*Financing, Building, Operating and Transferring*). Em 2013 estavam em funcionamento os novos hospitais localizados em Braga (o Hospital de Braga iniciou atividade em 2011), Cascais (o hospital Dr. José de Almeida foi inaugurado em 2010), Loures (o Hospital Beatriz Ângelo abriu o primeiro serviço em 2012) e Vila Franca de Xira (o Hospital de Vila Franca de Xira entrou em funcionamento em pleno, nas novas instalações, em 2013). Para além destes hospitais, apenas o Centro de Reabilitação do Algarve e o *Call Center* Saúde 24 seguiram o modelo PPP, o qual foi dado por encerrado após o concurso para o Hospital de Loures.

Na sequência da desintervenção do Estado e da reforma dos cuidados de saúde primários, por exigência do Presidente da República de então (Jorge Sampaio), foi criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). A ERS é uma entidade pública independente que tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do território continental, do setor público, privado e social, excetuando as farmácias. Supervisiona os prestadores de cuidados de saúde no que respeita às condições para o exercício da atividade, aos direitos dos utentes, à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores e à concorrência no setor da saúde.

Relativamente ao financiamento dos cuidados de saúde, não se verificou qualquer evolução legislativa de realce. Todavia, tem vindo a crescer continuamente, a um ritmo cada vez mais rápido, o mercado de seguros de saúde, alguns já adotando mecanismos de gestão do tipo *managed care*.

Apesar do Decreto-Lei n.º 284/99 ter definido o regime de criação e funcionamento dos Centros Hospitalares (CH), integrando serviços de saúde e definindo objetivos e estratégias de saúde de base populacional, a sua implementação foi dilatada no tempo (ERS, 2012). Em 2004 apenas 6 CH estavam em funcionamento (CH de: Cova da Beira; Póvoa de Varzim - Vila do Conde; Cascais; Torres Vedras; Médio Tejo; Barlavento Algarvio), tendo aumentado para 24 em 2014.

Como referido anteriormente, em 1999 foi implementada a ULS de Matosinhos. Este modelo de gestão não foi amplamente adotado, uma vez que a segunda ULS apenas foi formada em 2007 e, em 2014, encontram-se 8 ULS em atividade (ERS, 2011).

A reforma dos cuidados de saúde primários, em 2005, promoveu profundas alterações na reorganização dos CSP, sendo a sua face mais visível a junção dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF) (Miguel, 2010). Os ACES concentram meios e recursos de uso comum aos Centros de Saúde e fazem parte da sua estrutura redes de prestação de cuidados

de saúde voltadas para o indivíduo e para a comunidade. Integram USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (Miguel, 2010). Em 2014 estavam definidos 73 ACES (dos quais 8 funcionavam em ULS), prestando serviços a populações, que variam entre 40.000 a 250.000 habitantes (ACSS, 2013). Em 2007 estavam em funcionamento 61 USF, abrangendo 501.929 utentes. Em 2013 a rede contava com 353 USF, servindo mais de 4 milhões de utentes (ACSS, 2013).

Tendo como objetivo prestar cuidados continuados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada foi instituída, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). É formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados a pessoas que se encontram em situação de dependência. As unidades, ou equipas da rede, têm origem nos serviços comunitários de proximidade, integrando os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais (DL 101/06). Em 2008 a RNCCI oferecia 2.870 camas, tendo a oferta aumentado para 5.948 camas em 2012.

1.2 Funcionamento do sistema de saúde português e a equidade no acesso

O funcionamento do SSP, designadamente no que respeita à acessibilidade e utilização, caracteriza-se por estrangulamentos decorrentes quer dos limites económicos existentes à utilização dos serviços privados (limitado aos beneficiários de subsistemas ou seguros de saúde e aos cidadãos mais afluentes que podem suportar, *out of pocket*, o pagamento dos cuidados), quer da incapacidade dos serviços públicos, designadamente hospitalares, de responderem à procura. Esta incapacidade resulta, em grande medida, da ineficiência do sistema público, o qual apresenta uma baixa produtividade (explicada, eventualmente, pela acumulação de atividade pública e privada de um número significativo de profissionais médicos).

Em 2005 registavam-se 248 404 utentes inscritos na lista de espera para cirurgia, sendo a mediana do tempo de espera de 8,6 meses; em 2012 o número de utentes inscritos era de 110 994 e a mediana do tempo de espera era de 3 meses (SIGIC, 2013). Na consulta externa hospitalar nos serviços públicos de saúde, o tempo de espera superior ao desejável associa-se, nas grandes zonas urbanas, a dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários. Por outro lado, o modelo curativo é dominante, traduzindo-se em deficiente oferta de cuidados de saúde preventivos e cuidados continuados (Gonçalves, 2010), paliativos, de reabilitação e a doentes crónicos, o que determina iniquidades que afligem, sobretudo, grupos mais frágeis da sociedade portuguesa, como os pobres e idosos, apesar do aumento na oferta de camas (o número de camas em hospitais do SNS aumentou 7% entre 1994 e 2010, tendo decrescido a partir desse ano).



A dimensão de equidade dos sistemas de saúde cobre vários aspetos das políticas de saúde, incluindo o financiamento e organização dos serviços de saúde, bem como outras medidas de política que se focam na proteção e promoção da saúde. Derivada do princípio igualitarista, a primeira e mais importante questão associada à equidade na maioria dos sistemas de saúde é a garantia do acesso aos cuidados de saúde baseado nas necessidades e não na área geográfica ou na capacidade para pagar os cuidados e, ainda, que a qualidade dos cuidados não difira entre grupos populacionais, condições de saúde ou áreas geográficas. Os sistemas de saúde apresentam, igualmente, impactos ao nível da redistribuição de rendimentos, pelo que uma parte da dimensão de equidade é a progressividade ou regressividade do sistema global de financiamento dos sistemas de saúde. A equidade dos sistemas de saúde não se esgota na garantia de serviços de saúde para os mais pobres, constituindo-se antes como um princípio estruturante e fundamental do funcionamento de um dado sistema de saúde. Mackintosh (2001) assinalou que os compromissos éticos e redistributivos nos cuidados de saúde são, simultaneamente, um conjunto de princípios e uma construção institucional sob a forma de conceitos operacionais. Tais compromissos têm que ser constantemente reconstruídos num sistema dominado ou pressionado pelas forças do mercado.

Outro aspeto importante da dimensão de equidade dos sistemas de saúde refere-se às iniquidades na saúde e às iniquidades nos ganhos de saúde. Na maioria dos países europeus, as iniquidades em saúde resultam, apenas parcialmente, do acesso aos serviços de saúde, tendendo para refletirem as variações sociais na alimentação e hábitos de vida, tanto quanto o fazem as iniquidades globais de uma sociedade. Enquanto é possível limitar a associação das iniquidades em saúde, ou nos ganhos em saúde, mais diretamente às funções próprias do sistema de saúde ou às causas de mortalidade ou morbidade (como a mortalidade infantil) que estão diretamente associadas à prestação dos cuidados, não é de todo possível proceder a uma avaliação global da dimensão equidade de um qualquer sistema de saúde, utilizando apenas as iniquidades em saúde ou nos ganhos de saúde. (Koivusalo, M., Wyss, K. e Santana, P. 2007: 195)

Estes factos verificam-se num contexto de duplicação das estruturas (nível regional e central) - o que favorece a manutenção do centralismo no planeamento, na distribuição dos recursos, no apoio técnico e na avaliação das instituições – a que se acrescentam os problemas de governabilidade decorrentes da escassa continuidade das políticas entre executivos, geradores de dificuldades na implementação da legislação. Ou seja, a reduzida governabilidade do setor da saúde é, sobretudo, consequência da falta de continuidade e de coordenação política e execução da legislação existente.

Por outro lado, é também muito reduzida ou nula a participação das comunidades locais. Refira-se, a título de exemplo, o fraco contributo dos municípios para a saúde da sua população, não só pela falta de integração das diversas áreas de intervenção (políticas intersetoriais), mas também pela renitência dos Municípios em gerirem ou participarem na gestão de unidades prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente de CSP e hospitais, desresponsabilizando-se quer da saúde quer da prestação dos cuidados de saúde à sua população, apesar da legislação aprovada em 1999 lhes conferir tais atribuições. A descentralização do financiamento é apenas feito ao nível dos CSP e com base essencialmente na despesa, e não na dimensão e características da população ou nas respetivas necessidades em saúde.

O relatório do Ministério da Saúde, em 1997, revelava alguns problemas detetados no sistema de saúde, destacando-se *as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde de todos os cidadãos e as limitações (...) as listas de espera (...), a reduzida participação do cidadão e o desenvolvimento insuficiente de estratégias baseadas em medidas de promoção da saúde e de prevenção (...) a debilidade dos cuidados de saúde continuados particularmente aos idosos (...), as assimetrias em termos da distribuição dos recursos.*

Existem, todavia, alguns exemplos de programas de saúde pública que têm sido descentralizadas envolvendo outras entidades ou níveis: Agência Nacional Alimentar; Saúde nas escolas; Cidades saudáveis; Saúde no local de trabalho – entre outros.

A concentração da oferta mais diferenciada nos hospitais do litoral e a existência de três grandes cidades universitárias, determinam uma concentração excessiva dos recursos humanos na faixa litoral, deixando as áreas interiores e fronteiriças com oferta de cuidados mais limitada, assim criando iniquidades de base geográfica regional (Santana, 2005; Bago d’Uva, 2010).

Os indicadores clássicos de saúde (mortalidade e morbilidade) parecem revelar, em parte apenas, o impacto dos cuidados de saúde na população, sendo muito difícil avaliar o contributo da descentralização na equidade em saúde e na utilização dos cuidados de saúde, como é visível no texto que segue. Sendo assim, a análise dos indicadores, principalmente os de mortalidade infantil e materna e, ainda, a esperança de vida, pode ajudar à compreensão das desigualdades, territoriais (dentro do Continente e de Portugal com a Europa) e de género, e verificar os ganhos em saúde nos últimos trinta anos.

2. SITUAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE EM PORTUGAL (EVOLUÇÃO NOS ÚLTIMOS 30 ANOS)

2.1 Indicadores demográficos

O envelhecimento da população, tanto no topo como na base da pirâmide, verificado entre 1981 e 2011, é uma das consequências mais visíveis da evolução da demografia portuguesa: a população com mais de 65 anos cresceu de 11,4% para 19% e o grupo dos 0 aos 14 anos passou de 25,2% para 14,9% (INE, 2011). Este facto levanta novas questões de planeamento dos serviços de saúde, a exigir a adoção de medidas que respondam às novas necessidades, designadamente no que respeita aos diferentes padrões de morbilidade, acessibilidade e utilização dos serviços e às necessidades de uma população cada vez mais dependente na terceira e quarta idades (Santana, 2010).

O acréscimo da esperança de vida (EV) é outro dos aspetos relevantes na evolução recente da população portuguesa. No quadro 6.1 está patente esse fenómeno. Nos últimos 30 anos a esperança de vida à nascença da população portuguesa aumentou cerca de 8 anos, ocorrendo maior variação na população masculina (+8,5 anos) do que na população feminina (+7,4 anos). Este indicador de nível sanitário, como indicador de desenvolvimento económico e social, é corolário positivo das alterações verificadas nas regressões da mortalidade, sobretudo da mortalidade infantil, neonatal, de 1 a 4 anos, e das mortes “evitáveis”, com especial destaque para a mortalidade por doenças infecciosas.

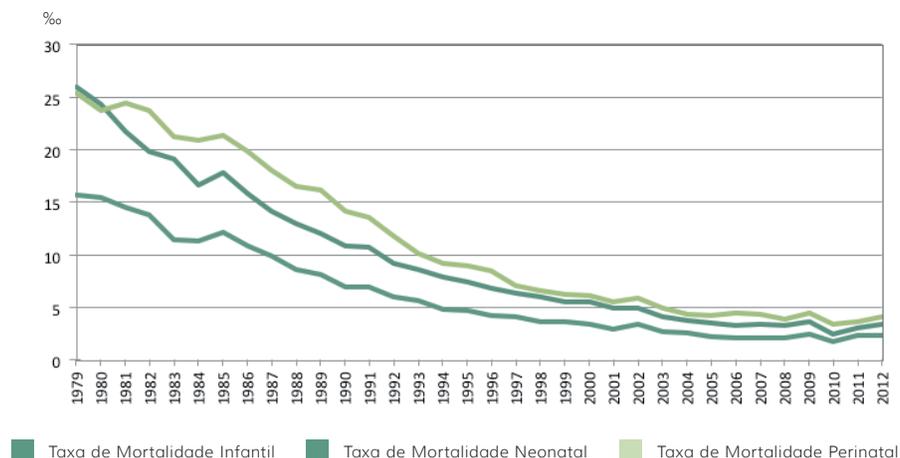
Quadro 6.1 – Evolução da Esperança de Vida à Nascença, aos 30 e 65 anos em Portugal, de 1980-1982 a 2008-2010

ANOS	NASCENÇA			30 ANOS			65 ANOS		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
1980 - 1982	71,78	68,19	75,15	45,05	42,07	47,72	14,86	13,14	16,05
1990 - 1992	74,01	70,47	77,42	46,24	43,27	48,99	15,7	14,0	17,0
2000 - 2002	76,73	73,25	80,05	48,08	44,96	50,97	17,13	15,24	18,6
2010 - 2012	79,78	76,67	82,59	50,49	47,5	53,15	18,84	16,94	20,27

Fonte: INE, Tábua Completa de Mortalidade, 2012

2.2 Indicadores sanitários

Se é certo que as melhorias introduzidas nos sistemas preventivo e terapêutico, designadamente através do desenvolvimento de programas verticais de saúde materno-infantil, se repercutem favoravelmente na diminuição das taxas de mortalidade materna, infantil, neonatal e perinatal (figura 6.1), as transformações económicas e sociais, sustentando a melhoria progressiva nos regimes alimentares, no saneamento básico, na higiene e



Fonte: Elaborado a partir de INE, 2012; DEPS, 1985, 1994, 1997 e DGS, 2008

Figura 6.1 - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal e Perinatal em Portugal, 1979-2012.

habitação e nas condições de vida em geral, tiveram certamente, uma importância decisiva.

A variação da mortalidade infantil foi muito relevante: passou de 26‰, para 3,4‰ nados-vivos entre 1979 e 2012. Verificaram-se, simultaneamente decréscimos acentuados nas taxas de mortalidade neonatal e perinatal: de 15,7‰ e 25,5‰ em 1979, passaram para 2,3‰ e 4,2‰ em 2012, respetivamente.

A taxa de mortalidade específica de 1 a 4 anos também baixou notavelmente nas últimas duas décadas, passando de 70 para 15,6 mortes por 100.000 habitantes (figura 6.2).

A queda da mortalidade infantil influencia o aumento da esperança de vida à nascença, mas os ganhos obtidos entre 1980 e 2012 teriam sido ainda maiores se não se observasse uma persistência, ou até agravamento, de outras causas de morte em idade adulta, ligadas aos estilos de vida, como tentaremos analisar no ponto seguinte.

No caso das doenças infecciosas e parasitárias, a mortalidade associada a estas doenças baixou consideravelmente, passando de um contributo de 9% para 0,4% do

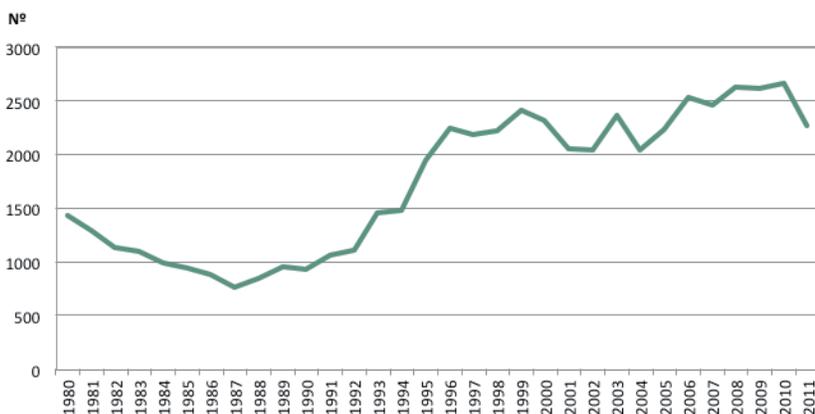
total de mortes em Portugal, entre 1960 e 1990. Essa redução resultou, certamente, não só de melhores condições de vida, como de um maior esclarecimento e cuidados na prevenção deste tipo de doenças, de que é exemplo o Plano Nacional de Vacinação (PNV), universal e gratuito, cuja taxa de cobertura da população portuguesa tem aumentado consideravelmente (atingindo os 95%).

No entanto, a partir dos anos 90 inicia-se uma tendência de crescimento do número de óbitos (figura 6.3), em grande parte relacionada com o número de mortes por SIDA, a qual, em 1996, chegou a representar cerca de 50% da mortalidade associada a



Fonte: INE, Estatísticas da Saúde, 2012; Estatísticas Demográficas, 2012

Figura 6.2 - Evolução da Taxa de Mortalidade Específica de 1 a 4 anos - (% ∞) em Portugal, 1989-2012.



Fonte: INE, Estatísticas da Saúde, 2012; Estatísticas Demográficas, 2012; PORDATA, 2012.

Figura 6.3 - Evolução dos Óbitos por Doenças Infeciosas e Parasitárias, em Portugal, 1980-2011.

doenças infecciosas. Na atualidade representa cerca de 25%, tendo registado 557 mortes no ano de 2011. Por outro lado, a tuberculose tem apresentado uma evolução bastante favorável, com uma redução progressiva da mortalidade entre 1980 (representava entre 44 a 53%) e 2011 (representa 9,1%) no total de mortes associadas às doenças infecciosas.

Quando se compara a esperança de vida em Portugal, com outros países da União Europeia (quadro 6.2 e figura 6.4), os resultados não são favoráveis para o nosso País. Em Portugal, no ano de 1986, a esperança de vida à nascença era, respetivamente na população do sexo masculino de 69,9 anos (média dos quinze países da Europa: 72,1) e no feminino de 76,8 (média dos quinze países da Europa: 78,8). As diferenças eram de 2,2 e 2,0 anos, respetivamente entre homens e mulheres.

Observando o número de anos de esperança de vida à nascença ganhos entre 1986 e 2011, Portugal apresenta valores (+6,8 anos nos homens e +5,8 anos nas mulheres) que se aproximam da média dos quinze países da Europa, sendo superiores em 0,4 anos nos

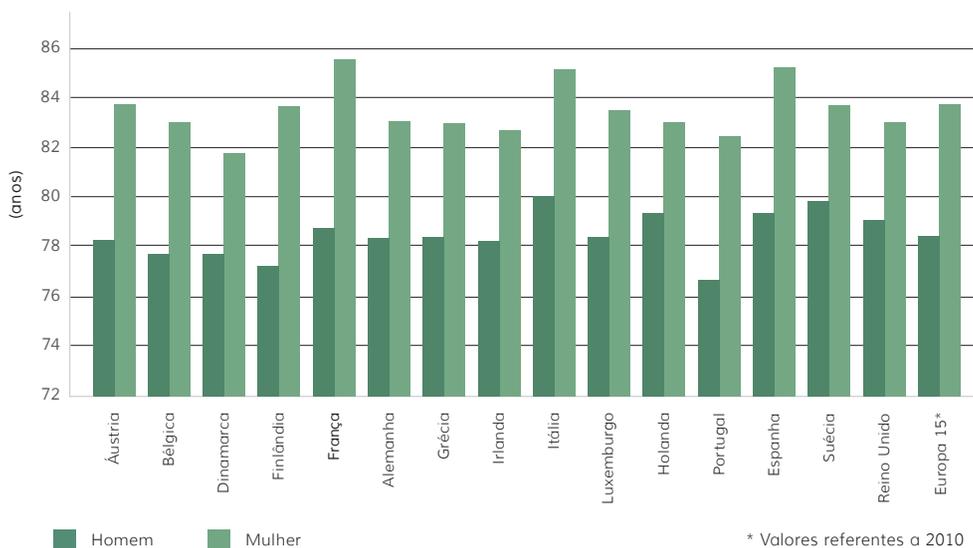
Quadro 6.2 – Esperança de Vida à Nascença – (Anos), em Portugal e nos 15 Países da Europa, 1986-2011.

PAÍSES DA EUROPA	1986		1992		2002		2011		1986 - 2011	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Áustria	71,0	77,8	72,6	79,26	75,8	81,7	78,3	83,9	7,3	6,1
Bélgica	71,4	78,2	73,0	79,87	75,1	81,2	77,8	83,2	6,4	5,0
Dinamarca	71,8	77,7	72,6	78,05	74,8	79,4	77,8	81,9	6,0	4,2
Finlândia	70,6	78,9	71,7	79,57	74,9	81,6	77,3	83,8	6,7	4,9
França	71,6	79,8	73,3	81,73	75,8	83,0	78,8	85,7	7,2	5,9
Alemanha	71,4	77,7	72,7	79,32	75,7	81,3	78,4	83,2	7,0	5,5
Grécia	74,1	78,8	74,7	79,44	76,2	81,1	78,5	83,1	4,4	4,3
Irlanda	70,8	76,4	72,7	78,28	75,2	80,5	78,3	82,8	7,5	6,4
Itália	72,6	79,1	74,2	80,81	77,4	83,2	80,1	85,3	7,5	6,2
Luxemburgo	70,7	78,7	71,9	78,58	74,6	81,5	78,5	83,6	7,8	4,9
Holanda	73,1	79,7	74,3	80,44	76,0	80,7	79,4	83,1	6,3	3,4
Portugal	69,9	76,8	71,0	78,37	73,8	80,6	76,7	82,6	6,8	5,8
Espanha	73,4	79,9	73,9	81,33	76,5	83,3	79,4	85,4	6,0	5,5
Suécia	74,0	80,2	75,4	80,97	77,7	82,1	79,9	83,8	5,9	3,6
Reino unido	71,8	77,6	73,6	79,0	76,0	80,6	79,1	83,1	7,3	5,5
Europa (15)	72,1	78,8	73,5	80,3	76,1	82,0	78,5*	83,9*	6,4	5,1

Fonte: Eurostat, 2013; WHO, Health for All Database, 2013

* Valores referentes a 2010

homens e em 0,7 anos nas mulheres. Todavia, em 2011, Portugal ainda apresenta uma situação de grande desvantagem relativamente aos outros países da Europa, embora consideravelmente melhor nas mulheres do que nos homens. Este facto resulta do agravamento ou persistência de algumas causas de morte que têm grande impacto na população masculina em idade adulta, principalmente nos adultos jovens.



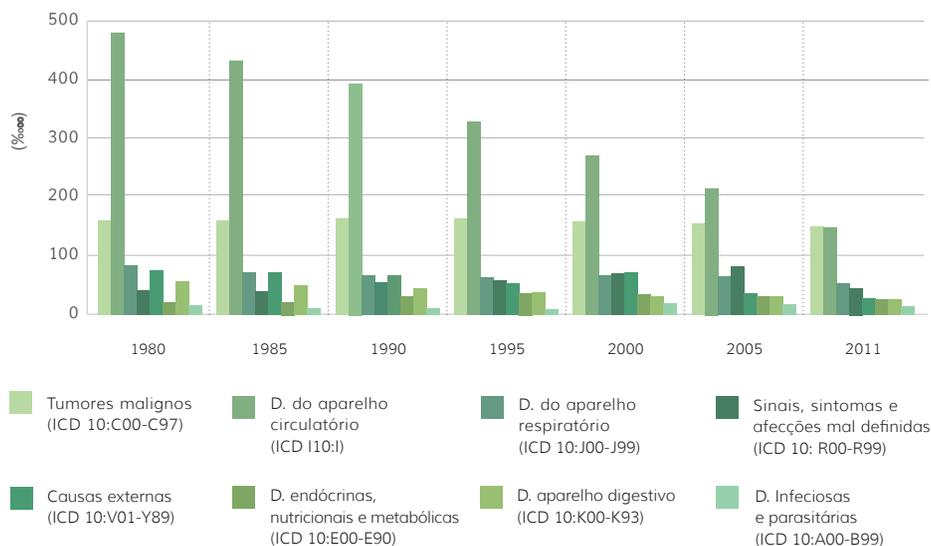
Fonte: Eurostat, 2013; WHO, Health for All Database, 2013

Figura 6.4 - Esperança de Vida à Nascença - (Anos), em Portugal e nos 15 países da Europa.

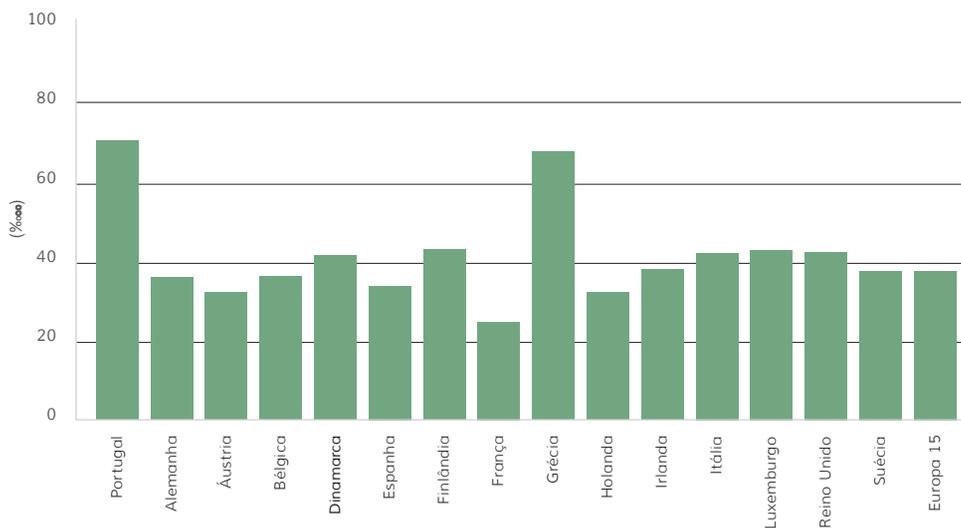
2.3 Principais causas de morte

De modo a oferecer um quadro de referência da evolução recente da situação sanitária, apresentam-se as principais causas de morte entre 1980 e 2011 (figura 6.5). A par da retração do número de óbitos ocasionados por doenças do aparelho circulatório e por causas externas, ressurgiu ou agravou-se o peso de outras causas de morte. Destaque para os tumores malignos e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, que integram a diabetes, por se relacionarem com os hábitos e estilos de vida.

Embora se verifique uma tendência crescente de diminuição da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (de 481,8‰ em 1980 para 148,6‰ em 2011), este grupo de causas continua a ser responsável por um elevado número de mortes em Portugal. Em 2011, cerca de 23,7% da mortalidade associada a estas causas deve-se às doenças cerebrovasculares (CID-10: I60-I69), que continuam a ser uma das principais causas de morte em Portugal.



Fonte: Eurostat, 2013; WHO, Health for All Database, 2013
 Figura 6.5 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) – (‰‰‰), por grandes Causas de Morte, em Portugal, entre 1980 e 2011.



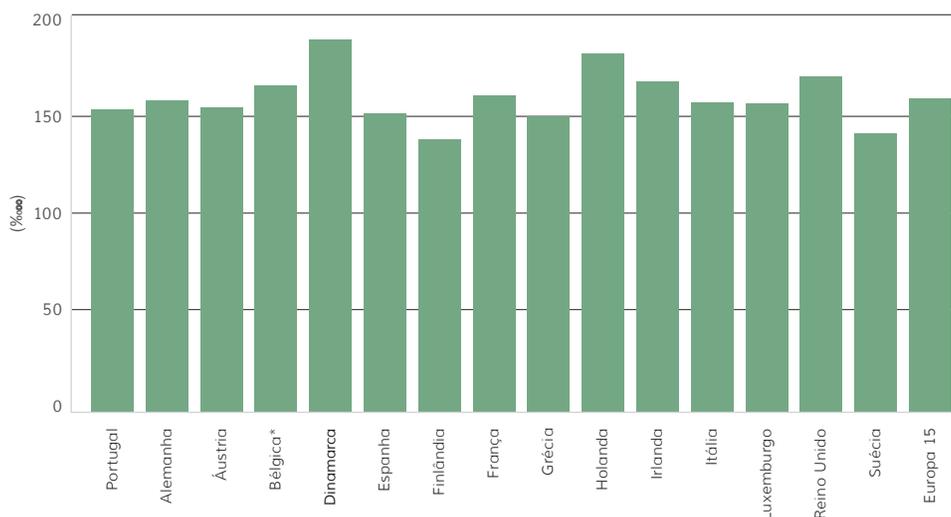
Fonte: Eurostat, 2013
 Figura 6.6 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) – (‰‰‰), por Doenças Cerebrovasculares, em Portugal e nos países da Europa, 2010.

* Valores referentes a 2009

Apesar da taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares estar intimamente relacionada com a taxa de envelhecimento da população, é sabido que a evolução destas duas taxas não foi paralela, tendo o ritmo de crescimento das doenças cerebrovasculares ultrapassado o do envelhecimento da população. Daí a necessidade de mais programas de promoção da saúde e prevenção da doença e, conseqüentemente, uma maior intervenção ao nível das determinantes sociais desta doença e dos cuidados de saúde primários. De referir que, em 2010, Portugal apresentava a taxa mais alta dos quinze países da Europa, relativamente a este indicador, com 70,2 mortes por 100.000 habitantes (figura 6.6).

O número de casos de morte diagnosticados com tumores malignos tem vindo a diminuir progressivamente desde 1995, contrariando a tendência anterior de aumento, de 161,5 para 165 mortes por 100.000 habitantes, entre 1980 e 1995 (figura 6.5). No entanto, a mortalidade associada a esta causa ainda continua elevada, tendo sido até 2005 a 2ª causa de morte em Portugal. O elevado número de mortes associada a esta causa pode ser resultado da combinação de vários fatores: alterações na estrutura demográfica, aumento dos fatores de risco e melhoria e expansão dos meios de diagnóstico.

Tendo em conta afirmações de especialistas, cerca de 75% dos casos de cancro são curáveis e tanto mais quanto mais cedo forem feitos os diagnósticos. Por isso,



Fonte: Eurostat, 2013

Figura 6.7 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) - (%/1000), por Tumores Malignos, em Portugal e nos quinze países da Europa, 2010.

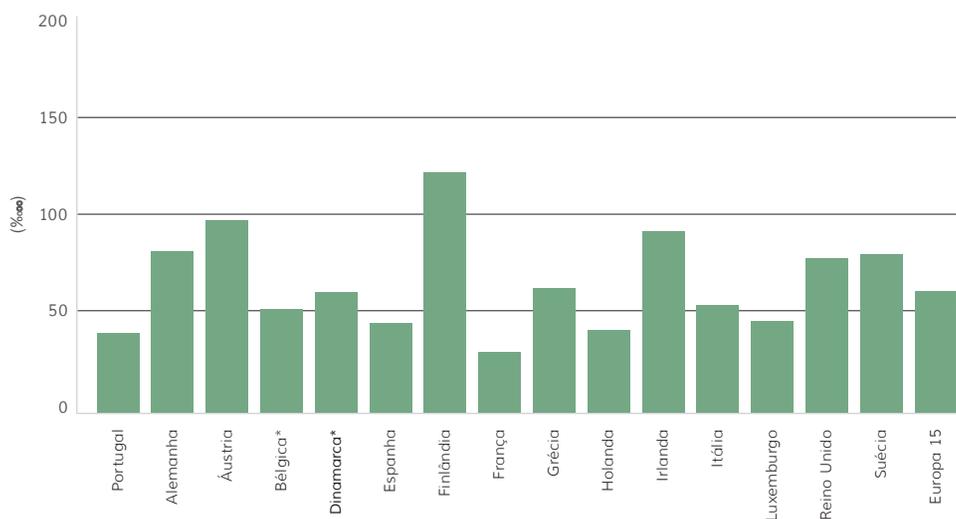
* Valores referentes a 2009

possivelmente é elevada a associação entre a taxa de mortalidade por tumores, a acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde, o nível de informação e educação para a saúde e o desenvolvimento cultural das populações.

Embora os tumores malignos sejam a 1ª causa de morte em Portugal, tendo sido responsáveis, em 2011, por 152,5 mortes por 100.000 habitantes, no seio dos quinze países da Europa, Portugal integra o grupo de países com a taxa de mortalidade mais baixa (figura 6.7).

A mortalidade por doença isquémica do coração (CID-10: I20-I25) tem diminuído consideravelmente ao longo dos últimos anos (1985: 82,95 ‰; 2011: 35,19 ‰), contudo permanece como uma das principais causas de morte (figura 6.8), contribuindo, em 2011, para 23,7% do total de mortes relacionadas com as doenças circulatórias, proporção que tem vindo a aumentar apesar dos progressos da medicina e da melhoria da acessibilidade geográfica e social aos equipamentos coletivos de saúde. O fenómeno pode ser explicável pela alteração dos estilos de vida, principalmente pelo *stress*, e pelo aumento da esperança de vida. De acordo com a figura 6.8, Portugal ocupa uma boa posição, comparativamente aos outros países da UE.

A mortalidade por “sintomas, sinais e afeções mal definidas” (CID-10: R00-R99), constituindo-se como a 4ª causa de morte (figura 6.5), é consequência não só da



Fonte: Eurostat, 2013

Figura 6.8 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) – (‰), por Doença Isquémica do Coração, em Portugal e nos quinze países da Europa, 2010.

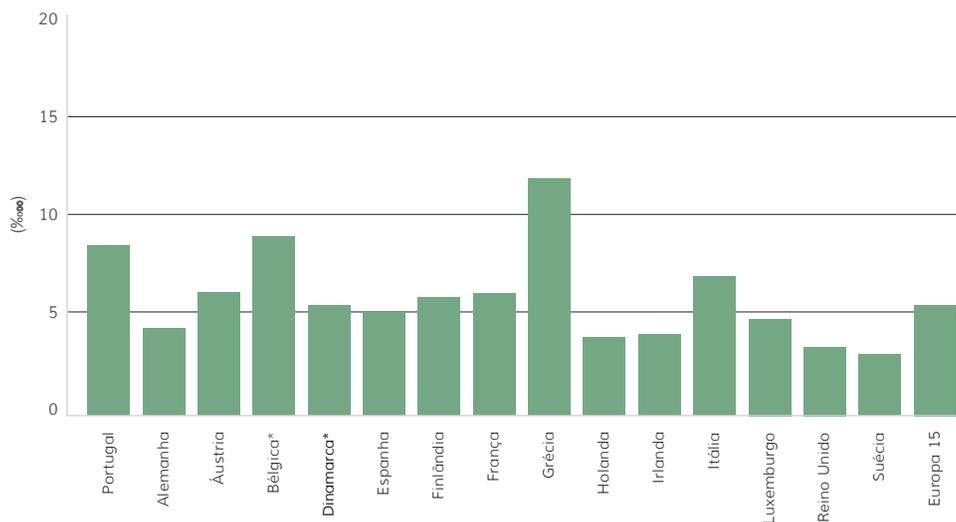
* Valores referentes a 2009

deficiente cobertura na assistência médica, como também do desigual desenvolvimento tecnológico dos meios de diagnóstico e da falta de rigor no preenchimento das certidões de óbito. Este indicador de mortalidade pode ser assumido, preferencialmente, como aferidor do nível de desenvolvimento do próprio sistema sanitário que, embora tenha melhorado nos últimos anos, ainda revela deficiências de cobertura.

A mortalidade associada a causas externas (CID-10:V01-Y89) tem vindo a diminuir progressivamente em Portugal, passando de 75,1 para 29 mortes por 100.000 habitantes entre 1980 e 2011 (figura 6.9). Embora ainda contribuam com cerca de 24% do total de mortes por causas externas, entre 2006 e 2010 os acidentes de viação (CID-10: V01-V99) têm provocado menos mortes. Este facto, por um lado estará relacionado com a melhoria significativa da rede viária, com a renovação do parque automóvel e com o reforço da repressão sobre as contravenções, principalmente a vigilância do consumo de álcool através da medição da alcoolémia e, por outro lado tem relação com o aumento considerável de veículos com motor.

Apesar destes esforços, Portugal ainda continua a ser, entre os quinze países da Europa, aquele onde se continua a morrer mais por acidentes de transporte, estando apenas abaixo da Bélgica e da Grécia (figura 6.9).

As doenças do aparelho respiratório apresentam valores associáveis ao consumo de tabaco, ao contacto por via respiratória com substâncias tóxicas ou alérgicas e



Fonte: Eurostat, 2013

Figura 6.9 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) – (%/1000), por Acidentes de Transporte, em Portugal e nos quinze países da Europa, 2010.

* Valores referentes a 2009

também a fatores de ordem económica, social e cultural. Estudos de 2000 indicam que, em Portugal, o consumo é de 1629, 9 cigarros por ano, tendo crescido 18,7% em 15 anos (era de 1373 em 1985) (WHO, Health For All Database, 2013).

As doenças do fígado (CID-10: K70, K73, K74) são uma das causas de morte com taxa elevada, sendo o álcool uma das suas principais causas. Em 2010, Portugal apresentava cerca de 10,2 mortes por 100.000 habitantes, valor ligeiramente acima da média dos quinze países da Europa, com 9,9‰ (figura 6.10). Em 2007 o consumo de álcool era de 11,43 litros/pessoa/ano tendo havido uma diminuição relativamente a 1985 (17,1 litros/pessoa/ano).

A taxa de mortalidade causada pela diabetes merece também referência especial, em virtude de poder vir a diminuir no futuro através da implementação da utilização regular dos cuidados de saúde, principalmente na prevenção e controlo da doença, já que Portugal apresenta valores desfavoráveis no contexto da UE. Em 2011, Portugal apresentava a segunda prevalência de diabetes mais elevada da Europa, com um rácio de 9,8 habitantes com diabetes por cada 100.000 habitantes. Os óbitos por diabetes têm vindo a aumentar em Portugal, representando, no período entre 2006 e 2010, 4,1% dos óbitos totais (em 1989-1993 representavam 2,8%). Esse aumento não foi igual em todo o território, verificando-se uma mortalidade por diabetes mais elevada no interior do país, associada à privação sociomaterial (baixa escolaridade, desemprego e deficientes condições da habitação).

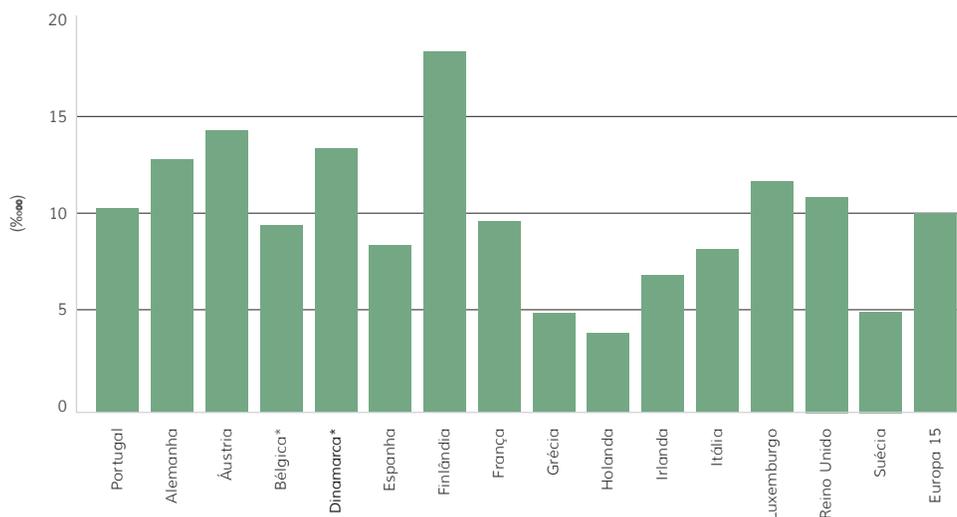


Figura 6.10 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) – (‰), por Doença Crónica do Fígado, em Portugal e nos quinze países da Europa, 2010. * Valores referentes a 2009

2.4 Principais morbilidades

Utilizando apenas os diagnósticos da alta hospitalar, as doenças com maior frequência, ou seja, maior número de episódios de internamento, em 2011, são as do aparelho circulatório, do sistema nervoso e órgãos dos sentidos, do aparelho digestivo, respiratório e os tumores.

A tipologia da morbilidade hospitalar está próxima das causas de morte, à exceção do sistema nervoso e órgãos dos sentidos e complicações da gravidez, parto e puerpério, onde se regista uma morbilidade desproporcionalmente elevada em relação à mortalidade (DGS, 2008).

Entre as doenças infecciosas, a incidência da tuberculose regista uma diminuição progressiva nas últimas décadas (quadro 6.3). A tuberculose é uma doença de contágio direto que implica, para se expandir, uma concentração suficientemente elevada de sujeitos suscetíveis. Por isso a incidência é maior nos distritos de maior densidade populacional: Lisboa, Porto, Setúbal, Braga e Aveiro.

O Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é outra doença infecciosa que, ao contrário da tuberculose, registou um aumento considerável do número de casos até ao ano 2000, passando de 29 (em 1985) para 1059 casos diagnosticados, valores que se relacionam também com a melhoria na eficácia dos sistemas de notificação e diagnóstico a partir da década de 90.

Quadro 6.3 – Evolução dos casos de Tuberculose, Continente, 1985-2010

ANOS	Nº DE CASOS	TAXA (% ¹⁰⁰⁰)
1985	6560	68,1
1990	5693	60,8
1995	5457	57,1
2000	4399	44,7
2005	3484	34,8
2006	3338	33,3
2007	3086	30,7
2008	2931	29,2
2009	2793	27,8
2010	2581	25,7

Fonte: INE, 2013; DEPS/DE, 1996

Na década seguinte, iniciou-se um processo de regressão do crescimento da doença, até 2010, ano em que se registaram 473 casos (quadro 6.4). Apesar da diminuição desta doença na última década, Portugal continua a ser dos países da União Europeia com maior número de casos diagnosticados de SIDA por 100.000 habitantes, registando 2,87 casos em 2011, valor que ultrapassa a média da UE (1,28‰) (WHO, Health For All Database, 2013).

A incidência desta doença continua a ser mais elevada na população masculina e está, muitas vezes, associada a outras doenças infecciosas e a práticas de toxicod dependência. Por isso, não é de estranhar que seja em espaços geográficos com as mesmas características de urbanidade que vamos encontrar o maior número de casos. O uso ilícito de droga tem aumentado, verificando-se conseqüentemente, mais óbitos relacionados com o seu uso: entre 1985 e 2008, passaram de 22 para 338 (DGS, 2008).

Quadro 6.4 – Distribuição dos casos de SIDA, por ano de diagnóstico e de notificação, por sexo, Portugal, 1985-2010

ANOS	CASOS POR DATA		CASOS POR SEXO	
	Diagnóstico	Notificação	H	M
1985	29	18	28	1
1990	265	226	234	31
1995	828	690	691	137
2000	1059	1120	867	192
2005	833	980	665	168
2006	719	807	540	179
2007	616	824	469	147
2008	595	698	442	153
2009	467	617	345	122
2010	473	676	344	129

Fonte: INE, 2013; DEPS/DE, 1996

2.5 Análise regional dos resultados em saúde

Em conseqüência das assimetrias espaciais no processo de desenvolvimento económico, social e cultural português, verifica-se que a transição epidemiológica não aconteceu da mesma forma em todo o país. A análise dos quadros 6.5 a) e b), permite-nos constatar alguns contrastes inter-regionais e intra-regionais, bem como as oposições Norte-Interior/Norte-Litoral, Sul-Interior/Sul-Litoral.

Em 1985, os valores extremos de mortalidade infantil, neonatal, perinatal e de 1 a 4 anos, encontravam-se no distrito de Vila Real para os piores indicadores e nos de Leiria e Lisboa para os melhores valores. O padrão espacial altera-se em 2008: os distritos da Guarda e Portalegre registam as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal mais elevadas, sendo de referir que a Guarda é também o distrito com valores

Quadro 6.5 a) – Indicadores Sanitários, por Distrito, Continente, 1985, 1994 e 2008; Taxas de Mortalidade infantil, neonatal.

DISTRITOS	TAXA DE MORTALIDADE					
	Infantil (‰)			Neonatal (‰)		
	1985	1994	2008	1985	1994	2008
CONTINENTE	17,6	7,8	3,3	11,9	4,6	2,1
NORTE LITORAL						
Porto	19,5	8,1	2,8	14,1	4,8	1,8
Braga	19	7,6	1,5	12,3	4,3	1,1
Aveiro	18	7,6	3,8	12,2	3,9	2
Coimbra	13,9	6,2	1,9	9,6	4,5	0,8
Leiria	14,5	7	5,1	10,6	4,1	2,8
Viana do Cast.	15,9	9,6	3,1	9,8	6,2	2
NORTE INTERIOR						
Bragança	27,1	10,6	2,3	20,4	5,7	1,1
Vila Real	24,8	11	4	15,9	6,9	2,7
Viseu	18,9	7,8	3,6	10,9	3,8	1,9
Guarda	17,6	6,6	4,6	9	3,9	3,7
Castelo Branco	13,9	9,3	2,9	9,4	6,4	1,4
SUL LITORAL						
Lisboa	16,9	8	3,9	11,2	4,4	2,6
Setúbal	13,9	6,1	2,7	9,3	4,4	1,7
Santarém	14,6	7,4	3,7	9,6	4,8	2,5
Faro	14,5	8	3,2	10,9	4,4	2,8
SUL INTERIOR						
Beja	18,9	6,2	8	15,5	2,3	3,2
Portalegre	17,8	8,4	5,6	11,2	6,5	3,3
Évora	18,5	11,7	0,7	15,9	7,6	0,7
RAZÃO ENTRE EXTREMOS	1,9	1,9	11,4	2,3	3,3	5,3

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2008; INE, 2013

Quadro 6.5 b) – Indicadores Sanitários, por Distrito, Continente, 1985, 1994 e 2008; Taxas perinatal e específica de 1-4 anos

DISTRITOS	TAXA DE MORTALIDADE					
	Perinatal(‰)			Esp. 1-4 anos (‰ ₀₀₀)		
	1985	1994	2008	1985	1994	2008
CONTINENTE	19,3	9	4	97	54,2	18,4
NORTE LITORAL						
Porto	20,8	8,5	3,3	87	48,6	16,2
Braga	19,6	7,9	2,4	131,5	46,3	22,9
Aveiro	18,9	9,4	3,2	49,9	65	22,3
Coimbra	16,2	7,4	3,3	85,5	35,9	13,6
Leiria	16,7	8,8	4,1	86,8	75,1	10,8
Viana do Cast.	15,5	10,3	3	129,9	85,7	0
NORTE INTERIOR						
Bragança	26,8	9,7	0	163,3	127,7	26,4
Vila Real	24,2	8,2	4	104,6	114,1	31
Viseu	19,3	7,5	4,5	112	86,7	7,5
Guarda	14,5	7,9	7,3	317,8	91,5	43,1
Castelo Branco	19,8	16,1	3,6	192,3	54,5	16,9
SUL LITORAL						
Lisboa	19,3	9,7	4,6	86,8	48,1	16,9
Setúbal	18,1	10,1	3,8	82,3	32,8	10,4
Santarém	16,8	6,8	5,9	107,1	42,1	23,7
Faro	19,1	10,4	5	91,4	72,8	50,4
SUL INTERIOR						
Beja	17,9	6,9	4	80,5	16,5	38,2
Portalegre	16,9	10,2	10	47,6	21,6	0
Évora	25,5	13,6	2,8	57,5	15,7	0
RAZÃO ENTRE EXTREMOS	1,8	2,4	-	6,7	8,2	-

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2008; INE, 2013

mais elevados na taxa de mortalidade específica de 1 a 4 anos. Em sentido oposto, os distritos de Braga e Évora apresentam os melhores indicadores na mortalidade infantil e neonatal, a par dos distritos de Coimbra e Bragança.

Em 2011, no quadro regional, destaque para os valores de mortalidade infantil, neonatal e perinatal de Lisboa e Vale do Tejo (respetivamente, 3,3; 2,5 e 3,9 ‰) que

se situam acima da média do Continente, provavelmente devido à pobreza e exclusão social em que vivem algumas famílias nesta região. A acentuada diminuição dos valores da taxa específica de mortalidade de 1 a 4 anos tem acompanhado a descida das restantes taxas de mortalidade, atestando o progresso nas condições de vida e na assistência médica. Verificam-se ainda, no entanto, assimetrias no seu padrão de distribuição, sendo nos distritos do Interior que se registam os valores mais elevados, não obstante o facto de, no ano de 2008, o distrito de Faro ter apresentado o valor mais desfavorável neste indicador. Em 2010, este distrito continua a apresentar o valor mais elevado nesta taxa de mortalidade, com cerca 25,1‰.

Todos os valores de mortalidade baixaram de 1985 para 2008, mas não se verificou a convergência entre valores extremos por duas razões: os valores numéricos reduziram-se consideravelmente e essa redução não terá sido de ímpeto igual em todos os distritos.

2.6 Recursos humanos no Serviço Nacional de Saúde

Os profissionais da saúde têm aumentado de número, sendo mais notório o aumento nos médicos e enfermeiros, entre os anos de 1985 e 2010 (quadro 6.6).

Em 2011, trabalhavam no SNS 24.995 médicos, isto é, 58% do total dos profissionais inscritos na Ordem dos Médicos, sendo 5.685 de Medicina Geral e Familiar (1/1.767 habitantes). Cerca de 47% dos médicos encontravam-se em estabelecimentos hospitalares. Segundo a WHO (Health for All Database, 2013), em 2010, a razão médico por mil habitantes é já mais alta do que a da média da UE-15 (3,8 contra 3,5), situando-nos acima de países como o Reino Unido, Alemanha e Irlanda.

O número de médicos especialistas tem aumentado nos últimos anos. Salientam-se as alterações ocorridas na razão médico/população (10.000 habitantes), nos períodos de 1985, 1994 e 2011, nas especialidades de: estomatologia (0,60; 0,78; 0,13), anestesiologia (0,27; 0,81; 1,20), oftalmologia (0,29; 0,65; 0,42), medicina interna (0,39; 0,94; 1,45), pediatria (0,40; 0,68; 1,01) e anatomia patológica (0,55; 1,59; 14,9 neste caso

Quadro 6.6 – Efetivos do Ministério da Saúde; Total por agrupamentos profissionais, Portugal, 1985, 1994 e 2010

AGRUPAMENTOS PROFISSIONAIS	1985	1994	2010	1985/94	1994/10
Pessoal Médico	18247	21875	24995*	3628	3120
Pessoal de Enfermagem	20695	28287	40289	7592	12002
Pessoal Téc. Diag. e Terap.	3660	5111	7600	1451	2489

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2010

*Dados referentes a 2011

por 1.000.000 habitantes) (DEPS/DE 1986, 1996; DGS, 2010). De referir ainda o acentuado aumento, na última década, de médicos especialistas na área da oncologia médica, passando de 32 para 106 médicos, entre 2002 e 2011, sendo a razão atual de 1/94.784 habitantes (UC/OM, 2013).

Na última década, apesar do aumento do número de especialistas em geral, verificou-se uma redução no número de médicos de medicina geral e familiar (1985: 8164; 1994: 5762 e 2011: 5685).

A formação inicial dos enfermeiros é efetuada em 22 Escolas Superiores de Enfermagem públicas e 17 privadas (DGS, 2008). A formação em enfermagem geral, em 2008, envolvia 3437 alunos, diplomando 3492 enfermeiros (DGS, 2008).

Os enfermeiros, em 2010, eram 40.289, representando uma média de 250 habitantes/enfermeiro (quadro 6.7). Nos enfermeiros de cuidados de saúde primários, a média era de 1.311 habitantes por enfermeiro. Em 2010, os hospitais públicos absorviam 81% dos profissionais de enfermagem (52,5% nos centrais e 47,5% nos distritais). Entre 1994 e 2010 verificou-se um aumento líquido de 31% do número de profissionais (1994: 27.768; 2008: 40.289).

A distribuição espacial do total de enfermeiros revela um padrão regional irregular, replicando o padrão de distribuição das camas hospitalares.

O número de técnicos de diagnóstico e terapêutica evoluiu consideravelmente, mais que duplicando: passou de 0,33 por 1.000 habitantes para 0,71 em 2010 (DGS, 2010; INE, 2013).

Em 2010, existiam 7.600 técnicos de diagnóstico e terapêutica, mais 2.489 que no ano de 1994, o que corresponde a uma razão de 4.247 habitantes/técnico. Grande parte deles (87,7%) trabalhava em hospitais centrais e distritais. Quanto à sua distribuição espacial, verifica-se que se concentram nas Regiões de Saúde onde se localizam hospitais centrais, merecendo destaque a Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Quadro 6.7 – Enfermeiros do Ministério da Saúde; Total e em Cuidados de Saúde Primários, por Regiões e Continente, 1994 e 2010

REGIÕES DE SAÚDE	ENFERMEIROS				HABITANTE / ENFERMEIRO			
	Total		CSP		Total		CSP	
	1994	2010	1994	2010	1994	2010	1994	2010
CONTINENTE	27768	40289	5871	7674	338	250	1600	1311
Norte	8323	14060	1843	3158	370	263	1669	1170
Centro	6629	8102	1405	1421	349	216	1646	1230
LVT	10732	14345	1989	2116	300	255	1619	1727
Alentejo	1284	2032	420	592	361	251	1104	863
Algarve	800	1750	214	387	430	258	1607	1166

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2012

2.7 Recursos materiais no Serviço Nacional de Saúde

A prestação de cuidados é feita principalmente a dois níveis: Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde) e Cuidados Hospitalares (Hospitais Centrais e Distritais). O número de camas em cuidados primários diminuiu de forma abrupta nos últimos quinze anos (de 0,19 por 1.000 habitantes para 0,01). As camas hospitalares, embora de forma mais ligeira, também diminuíram: passaram de 2,48 para 2,37 camas por 1.000 habitantes, entre 1994 e 2010.

O País dispõe, em geral, de um número bastante aceitável de camas de agudos, mas dispõe de poucas camas para doentes crónicos, apesar do esforço efetuado nos últimos 7 anos: a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em 2012, oferecia 5.948 camas.

A distribuição das camas hospitalares é exemplo dos desequilíbrios espaciais. É nas Regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo que se observa maior número de camas por 1.000 habitantes (quadro 6.8).

Em 2010, nos hospitais centrais foram praticados 2.257.793 atendimentos urgentes e 5.076.184 consultas, e nos hospitais distritais foram efetuados 3.878.784 atendimentos urgentes e 4.769.497 consultas. Este facto corresponde a uma inversão das regras do funcionamento hospitalar. Uma das causas deste fenómeno reside, provavelmente, no aumento da oferta de serviços diferenciados, incluindo a urgência hospitalar, paralelamente à incapacidade de os cuidados de saúde primários satisfazerem a clientela que os deveria procurar e que, conseqüentemente, recorre às urgências hospitalares. O sistema sofre de um mal crónico, grave e progressivo de disfuncionamento, que culmina na utilização excessiva das urgências hospitalares, último escalão prestador de cuidados de saúde. Especial atenção deverá ser dirigida: a) ao funcionamento dos cuidados de saúde primários (qualidade, adequação, personalização dos cuidados); b)

Quadro 6.8 – Camas Hospitalares e Distribuição, por Regiões e Continente, 1994 e 2010

REGIÕES DE SAÚDE	Hospitais Distritais		Hospitais Centrais		Hospitais Especializados		Total		Camas / 1000 hab.	
	1994	2010	1994	2010	1994	2010	1994	2010	1994	2010
CONTINENTE	8741	11425	9081	9431	1348	250	22220	23841	2,48	2,37
Norte	2837	3970	2329	2994	413	263	6603	7700	2,15	2,08
Centro	2750	2722	2329	1893	327	216	6155	5894	2,66	3,37
LVT	2536	3075	4423	4589	608	255	8787	8677	2,73	2,37
Alentejo	813	858	0	0	0	251	850	873	1,83	1,90
Algarve	618	800	0	0	0	258	675	814	1,96	1,80

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2012

ao equipamento dos centros de saúde com meios rápidos de diagnóstico; c) à articulação entre os cuidados primários e os hospitais (referenciação); d) a programas de esclarecimento da população e e) a outras medidas que visem modificar o padrão de funcionamento dos centros de saúde (MS/CNRU, 1996).

Em 2010, continua a ser nos cuidados de saúde primários que se verifica maior volume de utilização nas consultas (81,6% do total de consultas realizadas no Continente), com valores de 3,7 consultas anuais por habitante (quadro 6.9). Todavia, o número de atendimentos urgentes é realizado maioritariamente nos hospitais, nomeadamente nos distritais, com uma razão aproximada de 382 urgências por 1.000 habitantes.

Quadro 6.9 – Estabelecimentos de Saúde; atividade: consultas e urgências por tipo de estabelecimento, Continente, 1994 e 2010

TIPO DE SERVIÇO	CONSULTAS				URGÊNCIAS			
	%		/1000 hab		%		/1000 hab	
	1994	2010	1994	2010	1994	2010	1994	2010
Total	100	100	3186,1	4152,7	100	100	985,5	966,2
C. Saúde Primários	81,6	74,4*	2600,3	3072,3*	43,4	36*	426,7	330,6*
H. Centrais Gerais	8	12,0	254,8	500,4	16	23,0	158,1	222,6
H. Especializados	2,6	2,1	82,3	86,2	2,6	0,5	25,3	4,4
Distritais	5,4	11,3	172,5	470,2	28,1	39,6	276,5	382,4
Nível I	1	0,6	31,9	26,4	9,8	2,7	96,7	26,5

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2010

* Dados referentes a 2008.

Quadro 6.10 – Centros de Saúde; atividade: número de consultas por valência e atendimentos, Continente, 1985, 1994 e 2010

VALÊNCIAS	1985		1994		2010		1985/10
	1000	%	1000	%	1000	%	
Total	19032,7*	100	24266,1	100	27331,5	100	8299
Saúde materna	200,2	1,1	353,6	1,5	567,3	2,1	367
Planeamento familiar	185,5	1	543,9	2,2	923,4	3,4	738
Saúde infantil	764,4	4	2040,7	8,4	2770,7	10,1	2006
Estomatologia	523,4	2,8	**	**	**	**	**
Clínica geral	14381	75,6	20334,8	83,8	22782,7	83,4	8402
Especialidades	2594,8	13,6	863,3	3,6	287,5	1,1	-2307
Domicílios	383,4	2	129,7	0,5	183,3	0,7	-200

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2012

*Inclui as consultas realizadas por entidades convenionadas
Incluído nas especialidades

Na atividade dos centros de saúde destaca-se o número de consultas de clínica geral/ medicina geral e familiar, verificando-se um aumento de 8,3 milhões entre 1985 e 2010 (mais 0,7 consultas *per capita*) (quadro 6.11). Refira-se, ainda, como nota positiva, o aumento das consultas de saúde infantil, representando, em 2010, cerca de 10% do total de consultas realizadas nos centros de saúde. Todavia, nestes estabelecimentos de saúde, praticamente desapareceram as especialidades médicas, a estomatologia e os domicílios.

Em 2010, a Região do Alentejo apresenta o mais elevado consumo de cuidados de saúde primários, comparativamente com as outras Regiões (quadro 6.11). Relativamente à utilização de urgências verifica-se que as Regiões do Centro e Lisboa e Vale do Tejo são as áreas geográficas com mais atendimentos hospitalares urgentes por 1.000 habitantes, verificando-se uma alteração ao padrão observado em 1994 (quadro 6.12).

Em 2008, o recurso às urgências é mais acentuado nos distritos do interior, sendo os distritos de Beja (1.955), Portalegre (1.815), Vila Real (1.809) e Bragança (1.712) os

Quadro 6.11 – Centros de Saúde; atividade: número de consultas por habitante, por Regiões e Continente, 1985, 1994 e 2010

REGIÕES DE SAÚDE	1985	1994	2010	1985/10
Continente	2,0	2,6	2,7	0,7
Norte	1,7	2,5	2,3	0,6
Centro	1,9	2,9	3,5	1,6
LVT	2,2	2,5	2,6	0,4
Alentejo	2,0	2,7	3,9	1,9
Algarve	1,8	2,1	2,9	1,1

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2012

Quadro 6.12 – Consultas e Urgências Hospitalares, por Regiões e Continente, 1994 e 2010

REGIÕES DE SAÚDE	CONSULTAS / 1000 hab		URGÊNCIAS HOSPITALARES /1000 hab	
	1994	2010	1994	2010
Continente	3186,0	4188,3	986,0	641,3
Norte	3125,0	3918	899,0	584,3
Centro	3368,0	4867,1	1043,0	687,3
LVT	3204,0	4107,7	967,0	693,2
Alentejo	3077,0	4729,9	1238,0	543,5
Algarve	2484,0	3774,0	1201,0	620,7

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2012; INE, 2013

que apresentam maior número de urgências por mil habitantes. Estes e outros distritos do interior parecem apresentar uma nítida preferência pelo recurso direto à urgência, ou seja, pelo deficiente funcionamento do sistema de referência.

O quadro 6.13 evidencia a variação inter-regional e inter-categorias na eficiência hospitalar. A demora média (D.M.) é mais baixa nos hospitais distritais do que nos centrais enquanto a taxa de ocupação (Tx.O.) apresenta um padrão inverso. Numa apreciação longitudinal ao nível da eficiência verificou-se apenas uma ligeira redução

Quadro 6.13 – Hospitais centrais e distritais: eficiência hospitalar, por Regiões e Continente, 1994 e 2010

HOSPITAIS	INDICADORES DE EFICIÊNCIA			
	D.M.		Tx.O.	
	1994	2010	1994	2010
Hospitais Centrais				
Continente	10,2	8	83,7	83,2
Norte	9,4	7	81,4	84,4
Centro	10,1	8,3	79,5	81
LVT	10,8	8,7	87,2	83,6
Alentejo	-	-	-	-
Algarve	-	-	-	-
Hospitais Distritais				
Continente	7	7,2	72,5	80,2
Norte	6,8	6,8	71,9	79
Centro	6,7	7,5	71,4	75,3
LVT	6,9	7,2	72,8	84,4
Alentejo	7,1	7,5	71,3	75,6
Algarve	8,9	8,4	79,0	91,4
Hospitais Distritais Nível 1				
Continente	7,3	8,3	68,7	75,5
Norte	7,1	6,5	74,3	80,5
Centro	6,8	11,9	61,0	64,3
LVT	9	-	67,8	-
Alentejo	8,6	7,9	72,0	92,3
Algarve	11,4	-	75,9	-

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2012.

na demora média de 0,3 dias, entre 1994 e 2010; no mesmo período, a taxa de ocupação aumentou de 76% para 81,5%, principalmente à custa dos hospitais distritais.

De acordo com os dados da DGS (2012), entre 1994 e 2010 a frequência de internamento teve um incremento de 6,41%, passando de 82,8 para 88,4/1.000 habitantes.

No mesmo período, a frequência de elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, *per capita*, também cresceu. O maior volume consiste em análises clínicas e exames radiológicos realizados nos hospitais. Os cuidados primários têm fraca expressão em virtude do reduzido número de equipamentos instalados nos centros de saúde (quadro 6.14).

A oferta pública nos cuidados de saúde (camas e médicos) traduziu-se, por certo, em melhoria no acesso e conseqüente utilização dos cuidados. Pode referir-se que o balanço do SNS, nos últimos trinta anos, em termos de equidade geográfica, foi largamente positivo. Continuam, todavia, a existir problemas de desigualdade na utilização, gerada principalmente pelo uso ineficiente de recursos.

Quando a procura é muito maior que a oferta, e esta é pouco flexível devido às regras de gestão pública e ao controlo dos grupos profissionais, geram-se listas de espera que degradam a qualidade dos serviços oferecidos. Em longas listas de espera para cirurgia hospitalar quem mais espera são, certamente, os doentes de mais baixa condição social, económica e cultural, ou os mais afastados dos locais onde a oferta se situa.

Quadro 6.14 – Estabelecimentos de saúde: atividade, alguns elementos complementares de diagnóstico efetuados por tipo de estabelecimento, Continente, 1994 e 2008

TIPO DE ELEMENTO	Total (1000)		HOSPITAIS		C.S. PRIMÁRIOS	
	1994	2007	(1000)		(1000)	
			1994	2008	1994	2008
Análises Clínicas	48.372,4	74.360	47.741,6	73.931,6	630,8	428,4
Exames Radiológicos	3.932	5.209,6	3.700,2	4.840,8	231,8	368,8
Ex. Anatomopatológicos	401,1	691,9	401,1	691,9	-	-
Autópsias	2,6	2,1	2,6	2,1	-	-
Exames Endoscópicos	87,8	420	87,8	420	-	-
Exames Ecográficos	422,8	958,1	422,8	956,7	-	1,4
Angiogramas	6,2	13,7	6,2	13,7	-	-

Fonte: DEPS/DE, 1994; DGS, 2008.

3. O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E O ACESSO À SAÚDE E AOS CUIDADOS DE SAÚDE: SÍNTESE

3.1 Recursos humanos no sector da saúde

Todas as categorias de profissionais de saúde têm aumentado de efetivos entre 1985 e 2010, com destaque para os médicos, que atingiram uma densidade superior à da média da UE. A densidade de enfermeiros, apesar dos esforços de formação inicial realizados nas décadas de 80 e 90, com a duplicação dos ritmos de formação em escolas públicas, estava em 62% da média comunitária e no fim da lista, a seguir à Grécia e Espanha em 1996. Em 2010, no quadro da UE-15, Portugal continua a ocupar uma posição desfavorável.

Com apenas 19% de enfermeiros dedicados a cuidados de saúde primários, a distribuição espacial destes profissionais reflete, basicamente, o padrão de distribuição territorial das camas hospitalares. O mesmo fenómeno se observa com o padrão geográfico de distribuição dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (em 2011: 1.391 habitantes/técnico). Devido à quase inexistência de meios de diagnóstico em centros de saúde, a distribuição espacial destes técnicos está ainda mais influenciada pela localização de hospitais do que a dos enfermeiros.

3.2 Principais indicadores de utilização

Em Portugal realizaram-se, em 2010, 4,6 consultas e 0,96 urgências por habitante, em hospitais e centros de saúde pertencentes ao SNS. Estes valores representam, em cerca de 15 anos, um crescimento de 30% em consultas, e no caso das urgências, uma ligeira diminuição de cerca de 2%.

Há cerca de vinte anos, nos hospitais centrais o número total de consultas externas era um pouco menos de metade do das urgências. No conjunto dos hospitais distritais a situação invertia-se, com quase o dobro das urgências em relação às consultas. No total dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde a relação era de 0,71 consultas/urgência, em 1985, passando para 1,5 em 2008, verificando-se uma inversão da tendência. Na análise geográfica observava-se mesmo uma associação negativa entre recurso às urgências e frequência de consultas externas hospitalares. Uma das causas deste fenómeno residia no aumento da oferta de serviços diferenciados, incluindo urgência hospitalares de razoável qualidade, a par de uma incapacidade de os cuidados de saúde primários satisfazerem a clientela em consultas médicas prestadas por centros de saúde a funcionar em horários administrativos e sem meios de diagnóstico integrados. O círculo fechava-se com o recurso, pelas urgências dos hospitais, a clínicos gerais pertencentes aos centros de saúde, pagos à tarefa, para satisfazerem uma procura crescente de cuidados hospitalares de urgência, que não em centros de saúde. Acresce

que nestes serviços, praticamente desapareceram as consultas de especialidades correntes, e as visitas domiciliárias diminuíram consideravelmente.

Apesar destas distorções, os hospitais têm registado consideráveis ganhos de efetividade e eficiência: a demora média nos hospitais centrais recuou 2,2 dias, entre 1994 e 2010, todavia a ocupação média baixou ligeiramente: de 83,7 para 83,2. A frequência de utilização e a acessibilidade geográfica dos meios de diagnóstico e terapêutica aumentou, apesar de ainda se observarem problemas de acessibilidade e qualidade que deterioram a equidade.

3.3 Ganhos em saúde

Portugal encontra-se no fim da transição epidemiológica. Os indicadores de saúde ligados a doenças transmissíveis, à Mortalidade Infantil (MI), Materna (MM), Perinatal (MPN) e à Mortalidade de 1 a 4 anos encontram-se em acentuada regressão e em harmonização com os de outros países da União Europeia (UE), apresentando mesmo, nalguns casos, valores mais favoráveis. Os reflexos destes ganhos em Esperança de Vida (EV) à nascença traduzem-se em 6,8 anos para homens e 5,8 para mulheres, em vinte cinco anos de observação (1986-2011). Apesar dos ganhos nacionais verificados neste indicador, conseguidos à custa da espetacular regressão das mortalidades infantil e perinatal, nesse período temporal a diferença na esperança de vida, em relação à UE, continua evidente, por força do aumento da mortalidade associada a algumas doenças.

De facto, em 1986, a esperança de vida à nascença, em Portugal, encontrava-se 2,2 e 2,0 anos, respetivamente para homens e mulheres, abaixo da média dos quinze países da Europa. Em 2011 essa diferença diminuiu, ligeiramente, para 1,8 e 1,3 anos. Têm contribuído para esta realidade os valores das mortalidades por doenças cérebro-cardio-vasculares, por tumores malignos e por diabetes, que apesar da diminuição que registaram continuam elevados, e que afligem sobretudo os adultos jovens do sexo masculino.

Embora revelando uma tendência de regressão da sua taxa de letalidade, os acidentes de viação ainda são em número elevado, e ainda nos situam no ponto mais alto dos quinze países da Europa, acompanhando a Grécia e a Bélgica.

Com o consumo de tabaco a crescer (18,7% nos últimos 15 anos) é natural que, a prazo, se verifique um crescimento das doenças do aparelho respiratório que lhe estão associadas, bem como de cancro em outras localizações (principalmente nas mulheres), causados ou potenciados por esse tóxico.

Doenças transmissíveis, como a SIDA, ainda provocam alguma perturbação na maioria dos países da UE. Em Portugal observou-se a regressão acentuada da incidência da tuberculose e da SIDA, embora no que diz respeito à SIDA, o número de óbitos continue a ser elevado. Outras formas de morbilidade por doenças crónicas, associadas ou não com o envelhecimento, as doenças de transmissão sexual, os problemas de saúde mental e os associados ao alcoolismo, continuam a gerar necessidades, que

pressionam o sistema de saúde, e a fazer perder muitos dias de atividade produtiva aos seus portadores e famílias.

A análise regional e distrital da evolução, entre 1985 e 2010, das taxas de mortalidade infantil, neonatal, perinatal e específica de 1 a 4 anos demonstra enormes ganhos em todo o território, embora a ritmos ainda diferentes, em função da evolução da demografia, das acessibilidades e das condições económicas e sociais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Campos, em 1983 (p.289 e 290), admitia: *ao longo da década de 1970 a 1980, a população portuguesa passou a ser menos discriminada no acesso a cuidados de saúde em função da área geográfica. Apesar das assimetrias populacionais e económicas se terem vindo a agravar em Portugal, observa-se no sector da prestação de cuidados de saúde às populações, entre 1970 e 1980, uma nítida igualização, com possíveis reflexos na melhoria global dos índices de saúde.*

Em Portugal, apesar do sistema de saúde ser de tipo Serviço Nacional de Saúde, suportado pelo orçamento geral do estado (de cobertura universal e tendencialmente gratuito), verifica-se a existência de desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde, desde logo porque a distribuição dos recursos é irregular (como o é a concentração da população) mas, fundamentalmente, porque os níveis sanitários diferem de região para região ou entre grupos populacionais, mesmo que residindo em áreas contíguas.

A primeira, e mais importante causa das desigualdades no acesso, é de natureza política, traduzindo-se, ao nível da política da saúde, em prioridades e estratégias no âmbito dos gastos públicos com a saúde, na implementação de unidades e programas de saúde de acordo ou não com as características da população residente e com as suas necessidades reais e, ainda, no reforço de intervenções ao nível da prevenção da doença e da melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e do estado de saúde.

A prestação de cuidados de saúde, de forma estruturada, no seio de instituições dotadas de equipamentos e recursos humanos específicos, por profissionais com formação própria e especializada é um fenómeno relativamente recente, pelo menos com a dimensão que hoje assume. Até ao início do século XX, o médico era praticamente o único prestador de cuidados de saúde (veja-se, por exemplo, o caso da enfermagem, profissão com apenas cerca de um século de existência formal), fazendo-o de forma individual e generalista. Também a especialização médica corresponde a um processo recente, ainda em curso, fazendo coincidir a divisão do trabalho médico (decorrente da tecnicidade própria da profissão e da criação de territórios autónomos de desenvolvimento do conhecimento) com os objetivos, a diferenciação, a complexidade e os utilizadores (ou clientela) dos cuidados.

O fenómeno de especialização, bem evidente no seio da organização hospitalar, assenta sobre uma base conceptual de modelação dos cuidados de saúde em três parcelas ou níveis distintos e autónomos sob o ponto de vista metodológico e técnico, possuidores, inclusive, de discursos por vezes divergentes ou, no mínimo, concorrentes – Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados Hospitalares e Saúde Pública – com impacto na deficiente articulação entre eles e na referenciação dos utilizadores dos serviços (CSP / Cuidados Hospitalares). A existência desta tríade, a qual foi replicada na organização funcional da prestação de cuidados de saúde, com a criação, um pouco por todo o lado e assumindo diferentes dimensões, de níveis de cuidados e de serviços prestadores autónomos e desintegrados corresponde, de facto, a uma insuportável forma de “fatiar” uma realidade que é, por natureza, única e totalizante. Ou seja, trata-se de uma construção artificial organizativa, que não encontra paralelo, nem na natureza e expressão específicas do fenómeno “doença,” nem na comodidade dos cidadãos, alheia a “níveis”, “especialidades” ou outros artifícios organizacionais.

Quais as consequências na equidade na oferta, no acesso aos cuidados de saúde e nos ganhos em saúde?

Bibliografia Específica

- Bago D'úva, T.** (2010). Equidade no sector da saúde em Portugal. In Simões, J. (coord.) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra, Almedina, (pp.83-112).
- Beguín, H., Hansen, P. e Thisse, J.** (1982). Oú construire les équipements collectifs? – une introduction à la localisation optimale des services publics, *Recherches Economiques de Louvain*, 48(3), 211-373.
- Campos, A.C.** (1983). *Saúde - O Custo de um Valor Sem Preço*. Lisboa, Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A.C.** (1983). Cuidados Primários e Economia da Saúde: Uma Aliança de Mútuo Interesse, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 21-30.
- Campos, A.C.** (1986). *Eficiência e Ineficiência, Privilégios e Estigmas nas Combinações Público/Privado de Saúde*. Lisboa, Ass. Portuguesa Economia Saúde.
- Campos, A.C.** (1987). Público-Privado em Saúde em Portugal: Articulação Entre Vários, ou Competição em um só Mercado?, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, 5-14.
- Campos, C.** (1991). Public Needs, Private Services. the NHS and the Public-private in Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 5-8.
- Campos, A. C.** (2000). *Solidariedade Sustentada – Reformar a Segurança Social*, Gradiva, Lisboa.
- Campos, A.C. e Mantas, A.** (1982). Os serviços oficiais de saúde em Portugal na década de setenta: financiamento, organização, administração e alguns resultados, *Planeamento*, 4(1), 81-125.
- Carapinheiro, G. e Pinto, M., G.** (1986). Políticas de Saúde num País em mudança: Portugal nos anos 70 e 80, *Sociologia: Problemas e Práticas*, 3, 73-109.
- Carreira, H. e Imperatori, E.** (1983). *Contribuição para a regionalização dos serviços de saúde*, Lisboa, GEPS.
- CESO/IOS** (1997). *Avaliação Intercalar do Programa Operacional da Saúde 1996 – 1999*, Lisboa, CESO I&D/IOS.
- CIES** (1996). Metodologia de Avaliação, *Sociologia: Problemas e Práticas*, Lisboa, DS-ISCTE.
- Daley, G.** (1987). Decentralisation: A New Way of Organising Community Health Services, *Hospital and Health Services Review*, 83, 72-74.
- DEPS** (1989). *Normas para o Planeamento de Equipamentos de Saúde*, Lisboa, DEPS-MS.
- District Health Care** (1989). *Challenges for Planning, Organization and Evolution in Developing Countries*. Londres, DHC.
- Durán, H.** (1989). *Planeamento da Saúde: aspectos conceptuais e objetivos*, Lisboa, DEPS.
- Eyles, J.** (1990). How Significant Are the Spatial Configurations of Health Care Systems?, *Social Science and Medicine*, 30, 157-164.
- Escoval, A.** (1999). *Sistemas de Financiamento da Saúde: Análise e Tendências*, Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Ferreira, C.** (1986). Primeiros apontamentos da Regionalização Hospitalar, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4(1/2), 114-126.

- Ferreira, G. (1988). *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*, FCG, Lisboa.
- Giraldes, M.R. (1987). *Eficiência Interna e Distributiva na Utilização de Recursos de Saúde*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Giraldes, M.R. (1988). Equidade e Despesa em Saúde, *Estudos de Economia*, 8, 365-388.
- Giraldes, M.R. (1990). *Equidade em saúde*, Lisboa, Estampa.
- Gonçalves, S. (2010). Cuidados Continuados integrados. In Simões, J. (coord.) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra, Almedina, (pp.561-599).
- Haro, A.S. e Tala, H. (1979b). Modelling and Decision Simulation Applied to Planning an Information System for National Oral Health Services. In World Health Organization (Ed.), *Measurement of Levels of Health*, Copenhaga, WHO Regional Publication, (pp.29-34).
- Haynes, R.M. (1984a). Regional Anomalies in Hospital Bed Use in England and Wales, *Regional Studies*, 19, 19-27.
- Haynes, R.M. (1984b). The Location of Primary Care. In Robin Haynes (Ed.), *The Geography of Health Services in Britain*, Londres, Croom Helm, (pp.53-131).
- Imperatori, E. e Giraldes, M.R. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Koivusalo, M., Wyss, K. e Santana, P. (2007). Effects of decentralization and recentralization on equity dimensions of health systems. In Saltam, R., Bankauskaite, V., Varngbaek, K. (Ed.), *Decentralization in Health Care*, Nova Iorque, Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, Organização Mundial da Saúde, (pp.189-205).
- Lee, R.H. (1987). Corporate Planning Revisited: Some Lessons for the National Health Service, *Hospital and Health Services Review*, 83, 67-70.
- Lopes, O.G. (1987). O Planeamento em saúde. Para a história da evolução das estruturas da saúde em Portugal, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 223, 99-114.
- Mays, N. (1989). NHS Resource Allocation After the 1989 White Paper: A Critique of the Research for the Rawp Review, *Community Medicine*, 11, 173-186.
- Marques, M.M. e Moreira, V. (2003). *Desintervenção do estado, privatização e regulação de serviços públicos*, Economia e Perspectiva, II, 3, 13-157.
- Pereira, J., Giraldes, M.R. e Campos, A. (1991). *Desigualdade e Saúde em Portugal*, Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- Pereira, J. (1995). *Inequity in infant mortality in Portugal, 1971- 1991*. Developments in Health Economics and Public Policy, 6, 75-93.
- Pereira, J., Campos, A.C., Ramos, F, Simões, J. e Reis, V. (1999). Health care reform and cost containment in Portugal. In Mossialos, E. e Le Grand, J. (Ed.) *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot.
- Pinto, M., Ramos F. e Pereira, J. (2000). Health technology assessment in Portugal, *International Journal of Technology*, 16, 520-531.
- Ministério Da Saúde, Portugal (1999). *Saúde: um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século 1998-2002*, Lisboa, Ministério da Saúde.

- Powell, M.A. (1986). Territorial Justice and Primary Health Care: An Example From London, *Social Science and Medicine*, 23, 1093-1103.
- Remoaldo, P. (1998). *A morbilidade e a mortalidade infantil em território amostra do distrito de Braga – Desigualdades territoriais e sociais*, Vol I e II, Braga, Universidade de Braga (Tese de doutoramento).
- Roberts, J.A. (1989). The National Health Service in the UK: From Myths to Markets, *Health Policy and Planning*, 4, 62-71.
- Rosenberg, M.W. (1986). National Systems of Health Care Delivery. In Pacione, M. (Ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm, (pp.126-161).
- San Martin, H. (1984). *Salud Comunitária: Teoría e Prática*. Madrid, Diaz de Santos.
- Santana, P. e Campos, C. (1997). O sector da saúde em Portugal: 1984 - 1995, *Cadernos de Geografia*, 16, 39-53.
- Santana, P. (1992). Sistemas de Saúde na Europa, *Cadernos de Geografia*, 11, 93-105.
- Santana, P. (2010). Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde. In Simões, J. (coord.) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra, Ed. Almedina, (pp. 21-81).
- Santos, B.S. (1987). O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o Caso das Políticas de saúde, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 13-74.
- Scarpaci, J.L. (1990). *Health Services Privatization in Industrial Societies*. Londres, Rutgers University Press.
- Sidel, V. E Sidel, R. (1977). Primary Health Care in Relation to Socio-Political Structure, *Social Science and Medicine*, 11, 415-419.
- SIGIC (2013). *Relatório síntese da atividade cirúrgica programada*, Lisboa, Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia.
- Simões, J.M. (1986). Alguns Aspectos da Geografia da Saúde em Portugal, *Actas IV Colóquio Ibérico de Geografia*, Coimbra, 447-462.
- Simões, J.M. (1989). *Saúde: O Território e as Desigualdades*, Lisboa, CEG, Universidade de Lisboa.
- Tannahill, A. (1988). Health Promotion and Public Health: A Model in Action, *Community Medicine*, 10, 48-51.
- Simões, J. (coord.) (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra, Ed. Almedina.
- Vaz, A. (2010). Hospitais públicos portugueses. In Simões, J. (coord.) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra, Ed. Almedina, (pp. 297-353).
- Vaz, A. e Santana, P. (1998). Portugal – Health and social exclusion, *Health and Health Care in Transition. Proceedings International Geographical Union and Commission on Health Environment and Development*.
- Vuori, H. (1986). Health for All, Primary Health Care and General Practitioners, *Journal of the Royal College of Gen. Practic.*, 36, 398-402.

Outras fontes

DEPS/DE – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde/Departamento de Estatística (1985), *Elementos Estatísticos Saúde*, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa.

DEPS/DE – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde/Departamento de Estatística (1994), *Elementos Estatísticos Saúde*, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa.

DEPS/DE – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde/Departamento de Estatística (1996), *Elementos Estatísticos Saúde*, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa.

DEPS/DE – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde/Departamento de Estatística (1997), *Elementos Estatísticos Saúde*, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa.

DGS – Direcção-Geral da Saúde, 2008

DGS – Direcção-Geral da Saúde, 2010

DGS – Direcção-Geral da Saúde, 2012

Eurostat (2013) – Statistics Database, Comissão Europeia, disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (consultado em 06.08.2013).

INE – Instituto Nacional de Estatística (2012), *Tábuas Completas de Mortalidade*, 2012.

INE – Instituto Nacional de Estatística, *Estatísticas da Saúde*, 2012.

INE – Instituto Nacional de Estatística, *Estatísticas Demográficas*, 2012.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2013). *Dados Estatísticos*, Instituto Nacional de Estatística, disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&contexto=bd&selTab=tab2 (consultado em 06.08.2013).

WHO – World Health Organization (2013). *European Health for All Database*, Organização Mundial de Saúde, Gabinete Regional para a Europa, disponível em <http://data.euro.who.int/hfad/> (consultado em 06.08.2013).

PORDATA (2012), *Base de Dados Portugal Contemporâneo*, Fundação Francisco Manuel dos Santos, disponível em <http://www.pordata.pt/> (consultado em 06.08.2013).

(Página deixada propositadamente em branco)

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS
2014

