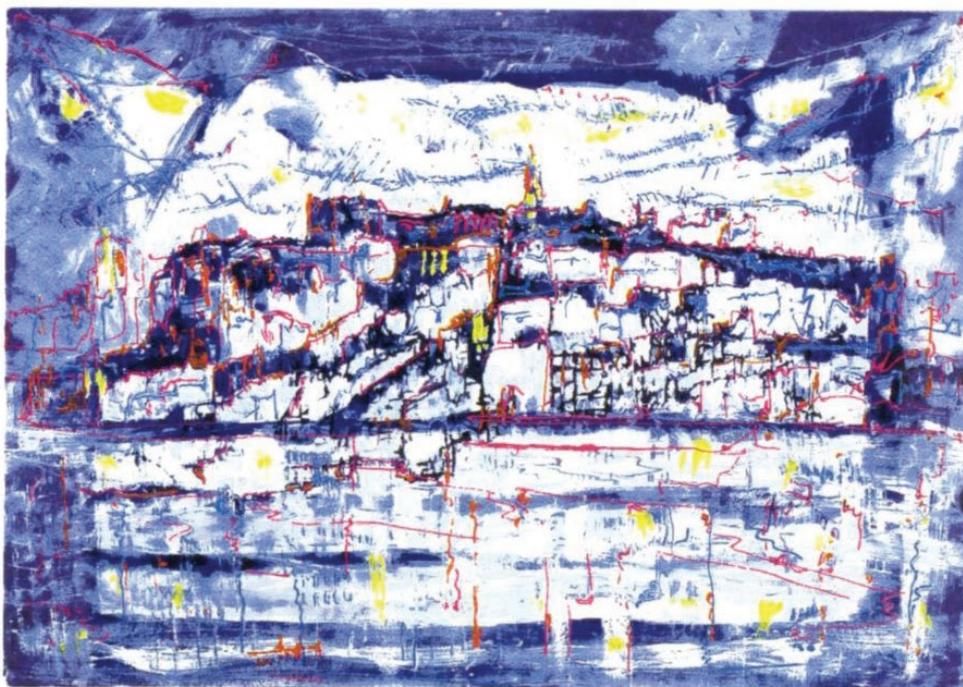


CADERNOS DE GEOGRAFIA

INSTITUTO DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS
FACULDADE DE LETRAS · UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA 1997 N.º 16



M. J. P.

SITUAÇÃO DO SECTOR DA SAÚDE EM PORTUGAL (Evolução entre 1985 e 1994)¹

Paula Santana²
A. Correia de Campos³

RESUMO

Portugal encontra-se praticamente no fim da transição epidemiológica. Os indicadores de saúde ligados às doenças transmissíveis, à Mortalidade Infantil, Materna, Perinatal e específica de 1 a 4 anos encontram-se na fase final de um período de acentuada regressão e em quase completa harmonização com os de outros países da União Europeia (UE). A análise regional e distrital da evolução entre 1985 e 1994 destas taxas demonstra enormes ganhos em todo o território, embora a ritmos diferentes, em função da evolução da demografia, das acessibilidades e das condições económicas e sociais.

Neste artigo os autores apresentam a evolução dos indicadores que foram considerados mais relevantes para a análise da evolução do sector da saúde em Portugal e que influenciaram de forma directa ou indirecta o estado de saúde da população portuguesa entre 1984 e 1995.

Palavras-chave: Indicadores de saúde. Recursos humanos. Recursos físicos. Desigualdades geográficas.

RÉSUMÉ

Portugal se trouve, aujourd'hui, à la fin de la transition épidémiologique. Les indicateurs de santé relatives aux maladies transmissibles, à la mortalité des enfants, mortalité maternelle, mortalité périnatale et à la mortalité 1-4 années se trouvent dans la phase finale d'un période avec ceux des autres pays de l'Union Européenne. L'analyse régionale et communale de l'évolution de ces taux entre 1985 et 1994 montre important gains dans tout le territoire, malgré la différence des rythmes, liés à l'évolution démographique, aux accessibilités et aux conditions économiques et sociaux.

Dans cet article, l'auteur présente l'évolution des indicateurs considérés plus pertinents pour l'analyse des évolutions de la santé au Portugal et qui ont influencé directement ou indirectement l'état de santé de la population Portugaise.

Mots-clés: Indicateurs de santé. Soins humains. Soins physiques. Inégalités de santé. Inégalités géographiques.

ABSTRACT

Nowadays, Portugal is at the end of the epidemiological transition. Transmitted diseases, infant, perinatal, 1-4 years and maternal mortality are, at the present, clearly at a final phase of very significant decrease. These indicators show a remarkable harmonisation with the values in other European Union (EU) countries. Regional and district analyses of the evolution of such indicators, between 1985 and 1994, reveals very important gains all over the country. However, there are different rhythms related with specific demographic evolution, accessibility and social and economical conditions.

This paper presents the evolution of important indicators to the analyses of health sector. We also present their direct or indirect influence over the Portuguese population health status.

Key-words: Health indicators. Human resources. Physical resources. Inequalities in health. Geographical inequities.

¹ Trabalho feito no âmbito da "Avaliação Intercalar da Intervenção Operacional da Saúde. II QCA", CESO I&D - Investigação e Desenvolvimento, 1997; financiado pela Intervenção Operacional de Saúde (QCA - IOS). Agradece-se à CESO e à IOS a publicação deste texto que corresponde ao Anexo A1 do referido Relatório. Além dos autores do texto em publicação, trabalharam no Relatório Maria Branco, Francisco Ramos, Jorge Abegão, Rogério Carvalho.

² Instituto de Estudos Geográficos. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra

³ Coordenador do Relatório "Avaliação Intercalar da Intervenção Operacional da Saúde", Professor de Economia da Saúde da Universidade Nova de Lisboa.

1.1. Indicadores Demográficos

O envelhecimento da população, tanto no topo como na base da pirâmide, verificado entre 1981 e 1991, é uma das consequências mais visíveis da evolução da demografia portuguesa: a população com 65 e mais anos cresceu de 11,4% para 13,5% e o grupo dos de 0 aos 14 anos passou de 25,2% para 20,2% (I.N.E., 1991). Ela levanta novas questões no planeamento dos serviços de saúde, a exigir a adopção 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.

O acréscimo da esperança de vida (EV) é outro dos aspectos relevantes na evolução recente da população portuguesa. No Quadro I está patente esse fenómeno. Este indicador do nível sanitário, como indicador do 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 da mortalidade por doenças infecciosas.

Quadro I - Indicadores demográficos
Esperança de vida à nascença e por idades, Portugal, 1980/81, 1990/91

ANOS	Nascença		30 anos		60 anos	
	H	M	H	M	H	M
1980/81	68,15	75,22	42,10	47,90	16,73	20,42
1990/91	70,38	77,55	43,24	49,17	17,60	21,46

Fonte: ROSA, 1996, p. 214

1.2. 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 (Fig. 1, 2 e 3), as transformações económicas e sociais, sustentando a melhoria progressiva nos regimes alimentares, no saneamento básico, na higiene e habitação e nas condições de vida em geral tiveram, certamente, uma importância decisiva.

A queda da mortalidade infantil influencia o aumento da esperança de vida à nascença, mas os ganhos obtidos - 2,2 anos em homens e 2,3 anos em mulheres - teriam sido bem maiores se não se observasse uma persistência ou até agravamento de outras causas de morte em idade adulta,

ligadas à mudança dos estilos de vida, como tentaremos analisar na secção seguinte.

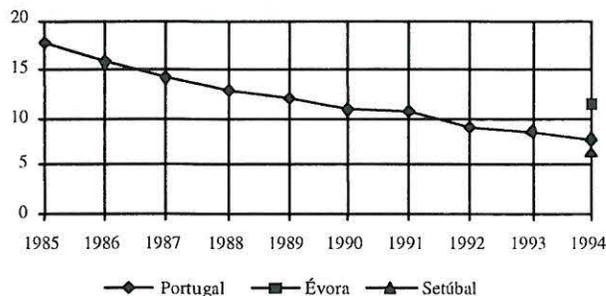


Fig. 1 - Taxa de Mortalidade Infantil - 0/00 (Média do Continente e Valores Extremos)

Fonte: DEPS/DE, 1996

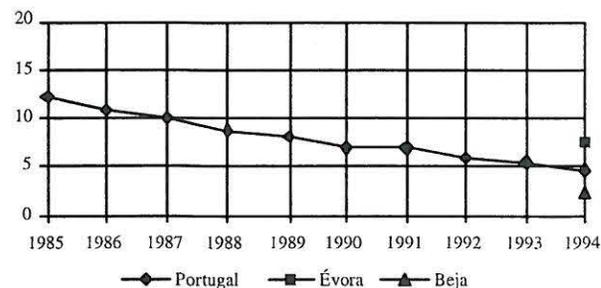


Fig. 2 - Taxa de Mortalidade Neonatal - 0/00 (Média de Continente e Valores Extremos)

Fonte: DEPS/DE, 1996

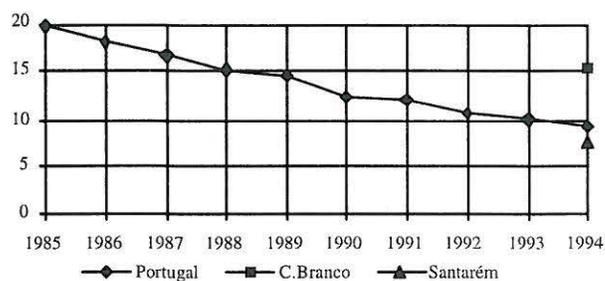


Fig. 3 - Taxa de Mortalidade Perinatal - 0/00 (Média do Continente e Valores Extremos)

Fonte: DEPS/DE, 1996

A taxa de mortalidade específica de 1 a 4 anos (Fig. 4) e a da mortalidade por doenças infecciosas (Fig. 5) baixaram notavelmente. Essa redução resulta, certamente, não só de melhores condições de vida, como de um maior esclarecimento e cuidados na prevenção deste tipo de doenças.

Quando comparamos o aumento da esperança de vida em Portugal, com outros países da União Europeia (Fig. 6, 7 e 8), os resultados são altamente favoráveis para o nosso País.

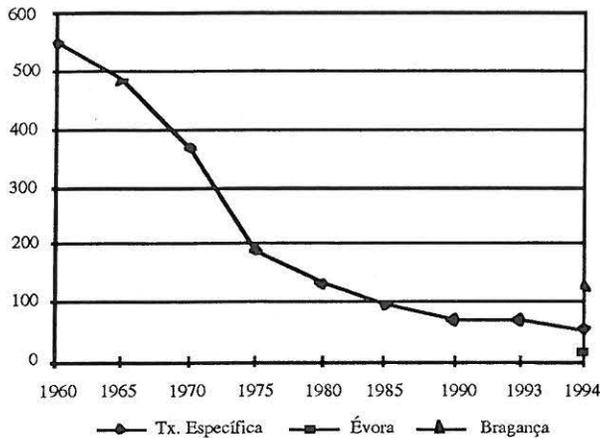


Fig. 4 - Taxa de Mortalidade Específica de 1 a 4 anos - %000 (Média de Portugal e Valores Extremos)

Fonte: DEPS/DE, 1995

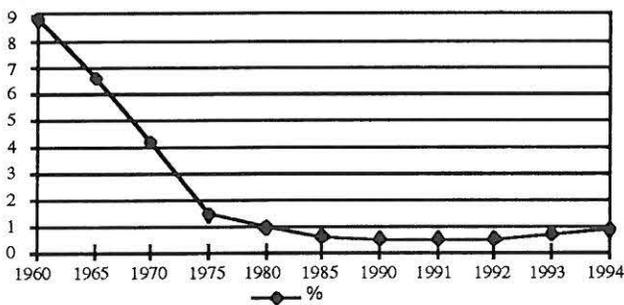


Fig. 5 - Óbitos por Doenças Infecciosas e Parasitárias - %

Fonte: DEPS/DE, 1996

Em Portugal, no ano de 1986, a esperança de vida à nascença era de 70,1 anos (média da Europa dos Doze: 71,8) e de 77 anos (média da Europa dos Doze: 78,3), respectivamente na população do sexo masculino e feminino (EUROSTAT, 1995), que se traduziam numa diferença de 1,7 e 1,3 anos, respectivamente em homens e mulheres.

Portugal apresenta, todavia, em 1992, uma situação de desvantagem relativamente aos outros países da Europa, embora ligeiramente melhor nas mulheres do que nos homens (Fig. 6). Este indicador tem valores que se afastam da média da Europa dos Doze, de 2,2 anos nos homens e de 1,4 anos nas mulheres, o que representa não só um alargamento da diferença, mas sobretudo um maior afastamento dos homens.

Quadro II - Esperança de vida à nascença, Portugal e Países da Europa dos 12, 1986 - 1992

Países	1986		1992		86/92	
	H	M	H	M	H	M
Bélgica	71,4	78,1	73,1	79,8	1,7	1,7
Dinamarca	71,8	77,5	72,6	78,0	0,8	0,5
Alemanha	71,3	76,6	72,6	79,1	1,3	2,5
Grécia	74,0	78,8	74,6	79,8	0,6	1,0
Espanha	73,3	*79,8	*73,3	80,5	0,0	0,7
França	71,5	79,7	73,2	81,5	1,7	1,8
Irlanda	70,8	76,0	72,6	78,2	1,8	2,2
Itália	72,6	*79,0	*73,6	80,3	1,0	1,3
Luxemburgo	69,6	79,0	71,9	78,4	2,3	-0,6
P. Baixos	73,1	79,6	74,3	80,3	1,2	0,7
Portugal	70,1	77,0	70,7	78,1	0,6	1,4
Reino Unido	71,8	77,6	73,6	79,0	1,8	1,4
EUR 12	71,8	*78,3	*72,9	79,5	1,1	1,2

Fonte: EUROSTAT, 1995

* Valores referentes a 1991

Este facto resulta do agravamento ou persistência de algumas causas de morte que têm grande impacto na população em idade adulta, principalmente os adultos jovens, como irá ser referido no ponto 1.3. Por isso, apesar dos efeitos positivos da queda acentuada da mortalidade infantil, e das doenças infecciosas sobre a EV, Portugal não consegue acompanhar o ritmo dos outros países da Europa.

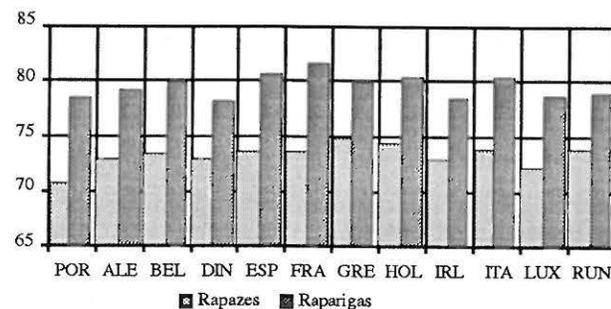


Fig. 6 - Esperança de Vida à Nascença (1992) - Anos Portugal Europa dos 12

Fonte: EUROSTAT, 1995

1.3. Principais causas de morte

De modo a ficarmos com um quadro de referência da evolução recente da situação sanitária, apresentam-se as principais causas de morte entre 1980 e 1994 (Fig. 7). A par da retração do número de óbitos ocasionados por doenças de tipo infeccioso e parasitário e doença crónica

do fígado ressurge ou agrava-se o peso de outras causas de morte. Merecem destaque, por a sua situação ser particularmente gravosa, as doenças cerebrovasculares, os tumores malignos, as doenças do coração e a diabetes, por se relacionarem com a emergência de novos hábitos e vivências sociais.

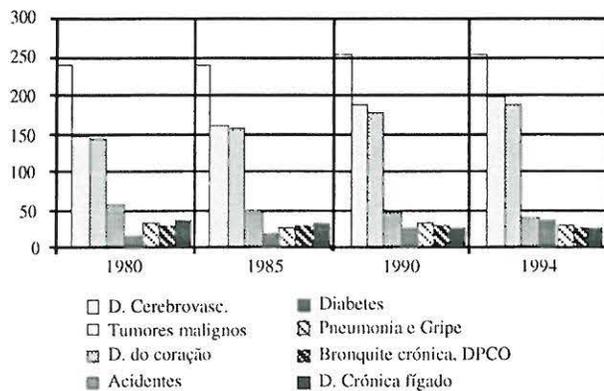


Fig. 7 - Principais Causas de Morte em Portugal. Evolução 1980-1994
Fonte: DEPS, 1996

A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares é a 1ª causa de morte e está intimamente relacionada com a taxa de envelhecimento da população. No entanto, é sabido que a evolução destas duas taxas não foi paralela, tendo o ritmo de crescimento daquela causa ultrapassado o envelhecimento da população. Daí a necessidade de mais programas de promoção da saúde e prevenção da doença e conseqüentemente uma maior intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários. Portugal apresenta a taxa mais alta da União Europeia (UE) (Fig. 8).

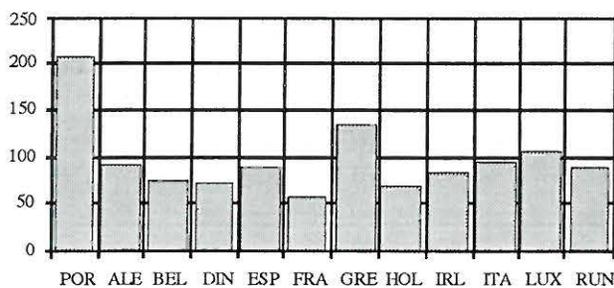


Fig. 8 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) D. Cerebrovasculares (1993) - 0/0000 (Portugal e Países da Europa dos 12)
Fonte: DEPS/DE, 1996

O aumento de casos de morte diagnosticados com tumores malignos (1985: 158; 1994: 194%000 (DEPS/DE, 1986; 1996)), pode ter resultado da combinação de vários

factores: alterações na estrutura demográfica, aumento dos factores 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, 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. Todavia, apesar do aumento, Portugal é o segundo país da UE com a taxa de mortalidade mais baixa (Fig. 9).

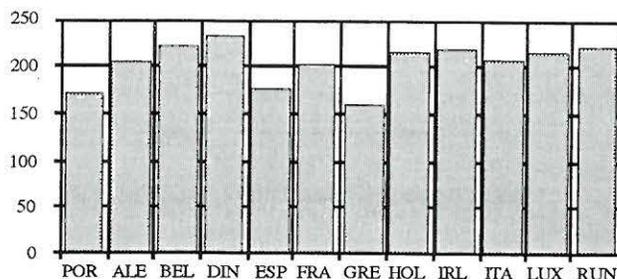


Fig. 9 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) Tumores Malignos (1993) - 0/0000 (Portugal e a Europa dos 12)
Fonte: DEPS/DE, 1996

As doenças do coração (CID - 9: 25, 27, 28 e 260) permanecem como uma das principais causas de morte (1985: 158; 1994: 172%000 (DEPS/DE, 1986, 1996)), situação que aumentou na última década apesar dos progressos da medicina e da melhoria na acessibilidade geográfica e social aos equipamentos colectivos 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 10, Portugal ocupa uma boa posição, comparativamente aos outros países da UE.

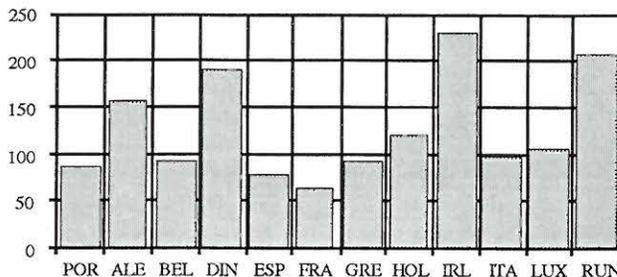


Fig. 10 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) D. Isquémica do Coração (1993) - 0/0000 (Portugal e Países da Europa dos 12)
Fonte: DEPS/DE, 1996

A mortalidade por “sintomas, sinais e afecções mal definidas”, constituindo-se como a 4ª causa de morte, é consequência não só da deficiente cobertura na assistência médica, como também do desigual desenvolvimento tecnológico dos meios de diagnóstico e da falta de rigor no preenchimento dos verbetes 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 dez anos, ainda revela deficiências de cobertura.

Os acidentes ocupacionais e de recreio têm vindo a diminuir como causa de morte em virtude da melhoria das condições de segurança nos locais de trabalho e de recreio (1985: 50%000; 1994: 39%000 (DEPS/DE, 1996)). Em números absolutos, entre 1985 e 1994 registou-se uma diminuição de 6069 acidentes de trabalho, dos quais 99 teriam sido mortais e 5970 não mortais.

Os acidentes de viação têm provocado menos mortes, embora se tenha verificado aumento no seu número, entre 1985 e 1994. 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, com o aumento considerável de veículos com motor. O número de mortos por mil toneladas de combustível vendido era de 0,90 em 1985 e de 0,47 em 1994 (BARRETO, 1996).

Apesar destes esforços, Portugal é ainda o país da UE onde se continua a morrer mais por acidentes de veículo a motor (Fig. 11).

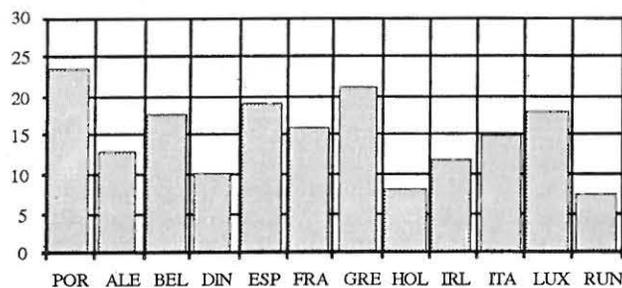


Fig. 11 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) Ac. Veículos a Motor (1993) - 0/0000

Fonte: DEPS/DE, 1996

As doenças do aparelho respiratório apresentam valores associáveis ao consumo de tabaco, ao contacto por via respiratória com substâncias tóxicas ou alérgicas e também a factores de ordem económica, social e cultural. Em 1993, o consumo de cigarros por pessoa/ano é de

1577, tendo crescido 15% em 8 anos (era de 1373 em 1985) (EUROSTAT, 1995).

As doenças do fígado são uma das causas de morte com taxa elevada, sendo o álcool um das principais causas (Fig. 12). Em 1991 o consumo de álcool era de 14,6 litros/pessoa/ano, tendo havido um diminuição relativamente a 1985 (17,1 litro/pessoa/ano). No contexto dos doze países da União Europeia, só a França apresenta valor superior (14,8).

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 serviços de saúde, principalmente na prevenção e controlo da doença, já que Portugal apresenta valores desfavoráveis no contexto da UE.

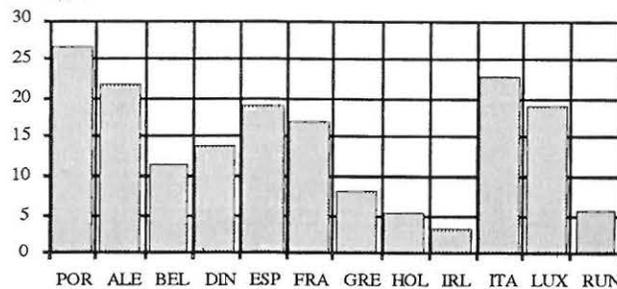


Fig. 12 - Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) D. Crónica do Fígado e Cirrose (1993) - 0/0000

Fonte: DEPS/DE, 1996

1.4. Principais Morbilidades

Utilizando apenas os diagnóstico da alta hospitalar, as doenças com maior frequência são as do aparelho digestivo, do aparelho circulatório, as lesões e envenenamentos e os tumores, excluindo as complicações da gravidez, parto e puerpério, causas onde a morbilidade tem o valor mais elevado. Das restantes doenças devem ser assinaladas as doenças infecciosas e parasitárias. A tipologia da morbilidade hospitalar está próxima das causas de morte, à excepção do aparelho digestivo onde se regista uma morbilidade desproporcionalmente elevada em relação à mortalidade.

A incidência e a letalidade dos acidentes depende de um conjunto de factores que não estão directamente dependentes do sector da saúde, no entanto, se o número de óbitos por acidente tem diminuído nos últimos anos, o número absoluto de acidentes continua a aumentar, como já atrás se referiu.

Entre as doenças infecciosas, a incidência da tuberculose regista uma diminuição nas últimas décadas, com excepção do período entre 1993 e 1994 (Quadro III). O valor de 1994 indicia que se possa estar perante um aumento da incidência da doença, a qual tem sido associada a patologias como o SIDA.

A tuberculose é uma doença de contágio directo que implica, para se expandir, uma concentração suficientemente elevada de sujeitos susceptíveis. Por isso a incidência é maior nos distritos de maior densidade populacional: Porto, Lisboa, Aveiro e Setúbal.

Quadro III - Tuberculose, Continente, 1985, 1990, 1994

ANOS	Nº de Casos Novos	Taxa (%000)
1985	6560	68,1
1990	5693	60,8
1993	4730	50,5
1994	5485	58,8
85/94	-1075	9,3
93/94	755	8,3

Fonte: DEPS/DE, 1996

O SIDA é outra doença infecciosa com um aumento considerável do número de casos na última década (Quadro IV), principalmente na população masculina que em grande parte, provoca ou se associa a outras doenças como a tuberculose e a práticas de toxicodependência. 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 aumento do SIDA ocasiona problemas graves de saúde que requerem intervenção apropriada. Em 1993, Portugal era o sétimo país da União Europeia com mais casos diagnosticados de SIDA por milhão de habitantes (38,6), tendo sido, em 1985, o segundo (2,8) (EUROSTAT, 1995), mas a redução de incidência de 1993 para 1994 indicia o início do processo de estabilização ou até regressão do crescimento da doença.

O uso ilícito de droga tem aumentado, verificando-se consequentemente, mais óbitos relacionadas com o seu uso: entre 1985 e 1994 passaram de 22 para 142 (DEPS/DE, 1996).

Quadro IV- SIDA. Distribuição dos casos por ano de diagnóstico e de notificação, por sexo, Portugal, 1985, 1990, 1994

Anos	Casos por data		Casos por Sexo	
	Diagnóstico	Notificação	H	M
1985	29	18	28	1
1990	246	226	218	28
1994	440	546	304	57
85/94	333	528	270	56
93/94	-78	84	-66	-13

Fonte: DEPS/DE, 1996

1.5. Análise Regional

Em consequência 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 do Quadro V, permite-nos afirmar os contrastes inter-regionais e intra-regionais, bem como as oposições, Norte-interior/Norte-litoral, Sul-interior/Sul-litoral. Desta análise devem ser retirados os distritos de Viana do Castelo e Faro, que embora na faixa litoral, são ainda marcados pela ruralidade.

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 1994: Évora apresenta os valores mais altos de mortalidade infantil e neonatal, Castelo Branco o mais alto de mortalidade perinatal e o distrito de Bragança revela-se desfavorável na taxa de mortalidade de 1 a 4 anos. Os melhores indicadores encontram-se nos distritos de Setúbal, Beja e Évora, respectivamente nas taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal e na específica de 1 a 4 anos.

Os valores de mortalidade infantil de Lisboa e Porto situam-se acima da média do Continente, provavelmente devido à insalubridade e promiscuidade de alguns meios urbanos e suburbanos nestas áreas metropolitanas.

A diminuição dos valores da taxa específica de mortalidade de 1 a 4 anos tem acompanhado a descida das restantes, atestando o progresso nas condições de vida e na assistência médica. Verificam-se, no entanto, grandes assimetrias no seu padrão de distribuição. É no Norte-interior do País que se observam as taxas mais elevadas, talvez em consequência do baixo nível de educação e da maior fecundidade.

Quadro V- Indicadores sanitários. Distritos, 1985
Taxas de mortalidade infantil, neonatal, perinatal e
específica de 1-4

Distritos	Taxa de Mortalidade			
	Infantil (%)	Neonatal (%)	Perinatal (%)	Esp. 1 - 4 anos
Continente	17,6	11,9	19,3	97,0
<i>Norte Litoral</i>				
Porto	19,5	14,1	20,8	87,0
Braga	19,0	12,3	19,6	131,5
Aveiro	18,0	12,2	18,9	49,9
Coimbra	13,9	9,6	16,2	85,5
Leiria	14,5	10,6	16,7	86,8
Viana Castelo	15,9	9,8	15,5	129,9
<i>Norte Interior</i>				
Bragança	27,1	20,4	26,8	163,3
Vila Real	24,8	15,9	24,2	104,6
Viseu	18,9	10,9	19,3	112,0
Guarda	17,6	9,0	14,5	317,8
Castelo Branco	13,9	9,4	19,8	192,3
<i>Sul Litoral</i>				
Lisboa	16,9	11,2	19,3	86,8
Setúbal	13,9	9,3	18,1	82,3
Santarém	14,6	9,6	16,8	107,1
Faro	14,5	10,9	19,1	91,4
<i>Sul Interior</i>				
Beja	18,9	15,5	17,9	80,5
Portalegre	17,8	11,2	16,9	47,6
vora	18,5	15,9	25,5	57,5
Razão entre valores extremos	1,9	2,3	1,7	6,7

Fonte: Adaptado de DEPS/DE, 1994

Verificamos que todos os valores de mortalidade baixaram de 1985 para 1994, mas não se verificou a convergência entre valores extremos por duas razões: os valores numéricos reduziram-se consideravelmente e essa reduo não terá sido de ímpeto igual em todos os distritos. Todavia, a comparao da média do Continente com a média da Europa dos Doze faz-se agora em valores de grande proximidade (Quadro VI).

Quadro VI - Indicadores sanitários. Distritos e regiões
de saúde, 1994
Taxas de mortalidade infantil, neonatal, perinatal e específica
de 1-4 anos

Distritos e Regiões de Saúde	Taxa de Mortalidade			
	Infantil (%0)	Neonatal (%0)	Perinatal (%0)	Esp. 1-4 anos (%000)
Continente	7,8	4,6	9,0	54,2
<i>Norte Litoral</i>				
Porto	8,1	4,8	8,5	48,6
Braga	7,6	4,3	7,9	46,3
Aveiro	7,6	3,9	9,4	65,0
Coimbra	6,2	4,5	7,4	35,9
Leiria	7,0	4,1	8,8	75,1
Viana do Castelo	9,6	6,2	10,3	87,5
<i>Norte Interior</i>				
Bragança	10,6	5,7	9,7	127,7
Vila Real	11,0	6,9	8,2	114,1
Viseu	7,8	3,8	7,5	86,7
Guarda	6,6	3,9	7,9	91,5
Castelo Branco	9,3	6,4	16,1	54,5
<i>Sul Litoral</i>				
Lisboa	8,0	4,4	9,7	48,1
Setúbal	6,1	4,4	10,1	32,8
Santarém	7,4	4,8	6,8	42,1
Faro	8,0	4,4	10,4	72,8
<i>Sul Interior</i>				
Beja	6,2	2,3	6,9	16,5
Portalegre	8,4	6,5	10,2	21,6
vora	11,7	7,6	13,6	15,7
Região Norte	8,3	4,9	8,5	57,4
Região Centro	7,4	4,2	9,0	66,8
Região Lx. e Vale Tejo	7,5	4,5	9,4	43,9
Região Alentejo	8,9	5,5	10,4	17,6
Região Algarve	8,0	4,4	10,4	72,8
Razão de valores extremos	1,9	3,0	2,4	8,1
EUR 12 (1993)	6,8	4,3	8,9	(1990) 42,3

Fonte: Adaptado de DEPS/DE, 1994

2.1. Recursos Humanos

Os profissionais da saúde têm aumentado de número, sendo mais notrio o aumento nos médicos e enfermeiros, entre os anos 85 e 94 (Quadro VII). A razão médico por mil habitantes  já mais baixa (2,16 contra 3,14 na UE, em 1992 (DEPS, 1996)) do que a da média da UE, situando-nos acima da Dinamarca, da Holanda e da Irlanda (BARRETO, 1996). A formao em enfermagem

geral em 1994 envolvia 5731 alunos, diplomando 1745 enfermeiros, sendo visivelmente maior a escassez neste grupo profissional (2,94 contra 4,8/1000 habitantes na UE, em 1992 (DEPS/DE, 1996)). Portugal está no fim da lista, apenas a Grécia está abaixo de nós.

O número de técnicos de diagnóstico e terapêutica evoluiu consideravelmente, passando de 0,33 por 1000 habitantes, em 1985, para 0,52 em 1994 (DEPS/DE, 1996).

Quadro VII - Efectivos do Ministério da Saúde
Total por agrupamentos profissionais, 1985, 1993 e 1994

Agrupamentos Profissionais	1985	1994	1985/94	1993/94
Pessoal Médico	18247	21875	3628	323
Pessoal de Enfermagem	20695	28287	7592	1793
Pessoal Téc. Diag. e Terap.	3660	5111	1451	234
Outro Pess. Técnico	779	110	-669	-6

Fonte: DEPS/DE, 1996

Em 1994, trabalhavam no SNS 21.875 médicos, isto é, 70,1% do total dos profissionais inscritos na Ordem dos Médicos, sendo 6899 de clínica geral (1/1365 habitante). Cerca de 68% encontravam-se em estabelecimentos hospitalares.

O número de médicos especialistas tem aumentado nos últimos anos. Salientam-se as alterações ocorridas na razão médico/população (por 10.000 habitantes), nos períodos de 1985, 1990 e 1994, nas especialidades de: estomatologia (0,60; 0,65; 0,78), anestesiologia (0,27; 0,31; 0,81), oftalmologia (0,29; 0,45; 0,65), radiodiagnóstico (0,25; 0,40; 0,57), medicina interna (0,39; 0,48; 0,94), pediatria (0,40; 0,53; 0,68) e anatomia patológica (0,55; 0,78; 1,59, neste caso por 1.000.000 habitantes) (DEPS/DE, 1986, 1992 e 1996). Nos anos 90, apesar do aumento de número de especialistas, verificou-se uma redução no aumento de clínicos gerais (1985: 8164; 1994: 5762), o que está associado ao elevado número de internos em formação na década de 80, aos quais não era ainda outorgado um título de especialista.

A formação inicial dos enfermeiros é feita em 22 Escolas Superiores de Enfermagem públicas e 6 privadas. Os enfermeiros, em 1994, eram 27.768, representando uma média de 338 habitantes/enfermeiro. Nos enfermeiros de cuidados de saúde primários, a média era de 1600 habitantes. Em 1994, os hospitais absorviam 77,4% dos profissionais de enfermagem (44,3% nos centrais e 33,1% nos distritais).

Entre 1984 e 1994 esteve em vigor uma política de dois cursos/ano o que estará na origem do aumento líquido de 37% do número de profissionais em dez anos (1985: 23.991; 1994: 32.788). A razão enfermeiro por 1000 habitantes passou, no período, de 2,4 para 3,3. Verifica-se, também, uma tendência geral para a diminuição do

número de camas por profissional de enfermagem nos hospitais centrais: em 1985, a relação era de 1,42 e em 1992 de 1,14. Este fenómeno foi de sentido contrário nos Hospitais Distritais e passou de 1,19 para 1,38, respectivamente em 1985 e 1994 (BARRETO, 1996).

Em 1994, passou a ser ministrado apenas um curso por ano. É de prever que tal política, associada ao envelhecimento da profissão, traga reduções visíveis nos indicadores de recursos.

A distribuição espacial do total dos enfermeiros revela um padrão regional irregular, provavelmente replicando o padrão de distribuição das camas hospitalares (Quadro VIII).

Quadro VIII - Enfermeiros do Ministério da Saúde
Total* e em cuidados de saúde primários, por distritos e regiões de saúde, 1994

Distritos e Regiões de Saúde	Enfermeiros		Habite/ Enfermeiro	
	Total	CSP	Total	CSP
Continente	27768	5871	338	1600
Região Norte	8323	1843	370	1669
Região Centro	6629	1405	349	1646
Região Lisboa Vale Tejo	10732	1989	300	1619
Região Alentejo	1284	420	361	1104
Região Algarve	800	214	430	1607

Fonte: DEPS/DE 1994

* Em Cuidados de Saúde Diferenciados e Cuidados de Saúde Primários

Os técnicos de diagnóstico e terapêutica são formados em 4 Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde. Em 1994, existiam 5111 técnicos de diagnóstico e terapêutica, mais 234 que no ano anterior, e que corresponde a um ratio de 1842 habitante/técnico. Grande parte deles (85,4%) trabalhava em hospitais centrais e distritais. Quanto à sua distribuição espacial, verifica-se que se concentram nas regiões onde se localizam hospitais centrais, merecendo destaque a Região de Lisboa e Vale do Tejo.

2.2. Recursos Materiais

A prestação de cuidados é feita principalmente a dois níveis. Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde) e Cuidados Hospitalares (Hospitais Centrais e Distritais).

Enquanto o número de camas em cuidados primários tem diminuído nos últimos 10 anos (de 0,46 por 1000 habitantes passou para 0,19, DEPS/DE, 1986, 1996), as camas hospitalares aumentaram de 2,36 para 2,48 também por 1000 habitantes (DEPS/DE, 1986, 1996). O País dispõe, em geral, de um número bastante aceitável de

camas de agudos, mas dispõe de poucas camas para doentes crnicos, principalmente ao nível da comunidade, associadas ou pertencentes a centros de saúde.

A distribuio das camas hospitalares  exemplo dos desequilrios espaciais. É na Região de Lisboa e Vale do

Tejo e na região Centro que se observa maior número de camas por 1000 habitantes. Nesta última região situa-se o distrito com mais elevada razão por 1000 habitantes, Coimbra (8,68), e o que apresenta a pior, Leiria (1,54) (DEPS/DE, 1996) (Quadro IX).

Quadro IX - Camas Hospitalares e Distribuo por Distritos e Regiões de Saúde - 1994

Distritos e Região de Saúde	POP.	Hospitais Distritais			Hospitais Centrais		Outros Hospitais		Hospitais Especiais		Total		Total
		Lotaç.	Lotaç.	1000 h.	Lotaç.	Lotaç.	Lotaç.	Lotaç.	Lotaç.	Lotaç.	Lotaç.	Lotaç.	Camas
	(1000)	Ofic.	Prat.		Oficial	Prat.	Oficial	Prat.	Oficial	Prat.	Oficial	Prat.	1000 h.
Braga	767,5	1498	1278	1,67					102	98	1600	1376	1,79
Bragança	152,8	381	346	2,26					115	94	496	440	2,88
Porto	1672,4	378	336	0,20	2576	2517	876	652	555	460	4385	3965	2,37
Viana Castelo	250,0	480	368	1,47					103	49	583	417	1,67
Vila Real	232,4	616	509	2,19					110	84	726	593	2,55
<i>Reg. Norte</i>	3075,1	2996	2837	0,92	2576	2329	876	652	985	785	6448	6603	2,15
Aveiro	667,7	796	687	1,03					441	359	796	1046	1,57
C. Branco	208,7	590	526	2,52					70	85	590	611	2,93
Coimbra	424,6	250	184	0,43	2442	2329	256	234	90	84	3038	2831	6,67
Guarda	183,2	375	347	1,89					56	56	375	403	2,20
Leiria	429,0	344	344	0,80					230	172	344	516	1,20
Viseu	399,4	691	662	1,66					86	86	691	748	1,87
<i>Reg. Centro</i>	2312,6	3046	2750	1,19	2442	2329	256	234	973	842	5744	6155	2,66
Lisboa	2052,9	567	542	0,26	4632	4423	2193	1695			7392	6660	3,24
Santarém	441,4	1069	822	1,86							1069	822	1,86
Setúbal	725,2	1433	1172	1,62					260	172	1433	1344	1,85
<i>Reg. Lis. e Vale Tejo</i>	3219,5	3069	2536	0,79	4632	4423	2193	1656	260	172	9894	8787	2,73
Beja	163,0	281	273	1,67					60	37	281	310	1,90
vora	170,8	395	347	2,03							395	347	2,03
Portalegre	129,9	232	211	1,62					133	94	232	305	2,35
<i>Reg. Alentejo</i>	463,7	908	813	1,75					193	37	908	850	1,83
Faro	344,8	681	618	1,79					62	57	681	675	1,96
<i>Reg. Algarve</i>	344,8	681	618	1,79					62	57	681	675	1,96
<i>Continente</i>	8952	9792	8741	4,69	9650	9081	3325	2542	2473	1893	22767	22220	2,48

Fonte: Adaptado da publicao do DEPS/DE, 1994

Em 1990, as condições físicas dos hospitais centrais e distritais medidas numa escala simples de três graus em função da antiguidade de construção, do estado de manutenção e da tecnologia associada (Quadro X) eram as seguintes: 40% de boa qualidade, 24% de razoável qualidade e 36% de má qualidade (CRAIG, 1993).

Quadro X - Condições Físicas dos Hospitais Centrais e Distritais, por Regiões de Saúde, Continente, 1990

Boa	Razoável	Má
<i>Região Norte</i>	<i>Região Norte</i>	<i>Região Norte</i>
Viana do Castelo	S. João	Vila Nova de Gaia
Guimarães	St António	Mirandela
Vila Real	Braga	Vale do Sousa
Chaves	Barcelos	
Bragança	Vila Nova de Famalicão	
<i>Região Centro</i>	<i>Região Centro</i>	<i>Região Centro</i>
HUC Coimbra	CHC Coimbra	Oliveira de Azeméis
Figueira da Foz	S. João da Madeira	Águeda
Aveiro	Caldas da Rainha	Covilhã
Castelo Branco		Guarda
		Lamego
<i>Região Lisboa V. Tejo</i>	<i>Região Lisboa V. Tejo</i>	<i>Região Lisboa V. Tejo</i>
S. Francisco Xavier	Egas Moniz	Capuchos
St. Cruz	Estefânia	Curry Cabral
Torres Vedras	St Maria	Pulido Valente
Santarém	Setúbal	S. José
Abrantes		St Marta
Almada		Cascais
Barreiro		Vila Franca de Xira
		Tomar
		Torres Novas
<i>Região Alentejo</i>		
Portalegre		
Évora		
Beja		
	<i>Região Algarve</i>	<i>Região Algarve</i>
	Faro	Portimão

Fonte: Adaptado de: CRAIG, M., *Ex-ante Evaluation of the Health Sector Component, of the Portuguese Regional Development Plan 1994-1999*, Final Report, Prepared for DG XVI, CEG, 1993.

Os equipamentos médicos de tecnologia financeiramente “pesados” apresentam-se distribuídos de forma desequilibrada, verificando-se (Quadro XI), por um lado um excesso de cobertura de equipamentos e por outro lado uma concentração no sector particular e privado, ainda que predominantemente financiada por utilização pública. Esta concentração é de 63% em angiografia digital, 69% em tomografia computadorizada, 75% em litotricia e 86% em Ressonância Magnética Nuclear. Apenas as Câmaras Gama e os Aceleradores Lineares e de Cobalto se concentram maioritariamente em unidades públicas.

Em 1994, o número de consultas em cuidados de saúde primários e em hospitais do SNS ascendeu a cerca de 30 milhões e 9,3 milhões de atendimentos de urgência, ou seja uma média anual de 3,2 consultas e 1 urgência por habitante.

O número de atendimentos em ambulatório, por mil habitantes, aumentou entre 1985 e 1994, tanto nos cuidados de saúde primários (consultas: de 1969 para 2600; urgências: de 154 para 427) como nos hospitais (consultas: de 330 para 539; urgências: de 4286 para 5241).

Em 1994, nos hospitais centrais foram praticados 1.745.800 atendimentos urgentes e 3.172.900 consultas, e nos hospitais distritais foram efectuados 3.513.800 atendimentos urgentes, para apenas 1.924.100 consultas (o número de urgências é quase o dobro das consultas externas). Este facto corresponde a uma inversão de regras do funcionamento hospitalar. Uma das causas deste fenómeno reside, provavelmente, no aumento da oferta de serviços diferenciados, incluindo a urgência hospitalar, ao lado da incapacidade de os cuidados de saúde primários satisfazerem a clientela que os deveria procurar e, conseqüentemente, recorre às urgências hospitalares. O sistema sofre de um mal crónico, grave e progressivo de desfuncionamento que culmina na utilização excessiva das urgências hospitalares, último escalão prestador de cuidados de saúde. Especial atenção deverá ser dirigida ao funcionamento dos cuidados de saúde primários (qualidade, adequação, personalização dos cuidados); ao equipamento dos centros de saúde com meios rápidos de diagnóstico, à articulação entre os cuidados primários e os hospitais (referenciação); a programas de esclarecimento da população e a outras medidas que visem modificar o padrão de funcionamento dos centros de saúde (MS/CNRRU, 1996).

Em 1994, é nos cuidados de saúde primários que se verifica maior volume de utilização, tanto nas consultas como nas urgências, com valores de 2,6 e 0,4 consultas e urgências anuais, respectivamente, por habitante (Quadro XII).

Na actividade dos centros de saúde destaca-se o número de consultas de clínica geral, verificando-se um aumento de cerca de 5,9 milhões entre 1985 e 1994

Quadro XI - Gestão de Equipamentos Pesados: Público e Privado, Regiões de Saúde, 1995

	TAC	RMN	Câmara Gama	A. Digital	Litotritores	Radioterapia	
						Acel. Lineares	A. Cobalto
<i>Público</i>							
Continente	27	3	21	9	1	5	7
Norte	5	2	6	1	-	2	1
Centro	6	-	7	3	1	1	2
Lisboa e Vale do Tejo	14	1	8	6	1	2	4
Alentejo	1	-	-	-	-	-	-
Algarve	1	-	-	-	-	-	-
<i>Privado</i>							
Continente	40	12	4	3	1	1	3
Norte	13	7	1	2	1	-	2
Centro	8	2	1	1	-	-	-
Lisboa e Vale do Tejo	17	3	2	3	-	1	1
Alentejo	-	-	-	-	-	-	-
Algarve	2	-	-	-	-	-	-
Continente	19	6	3	12	2	2	2
TOTAL	86	21	28	24	4	8	12
Concentrao no Sector Particular Privado (%)	69	86	25	63	75	38	42

Fonte: Elementos fornecidos pelo Departamento de estudos e Planeamento da Saúde

(a) Desconhece-se o estatuto da gestão do equipamento

Quadro XII - Estabelecimentos de saúde
Actividade: consultas e urgências por tipo de estabelecimento,
Continente, 1994

Tipo de Serviços	Consultas		Urgências	
	%	/1000 h	%	/1000 h
Total	100,0	3186,1	100,0	985,5
C. de Saúde Primários	81,6	2600,3	43,3	426,7
H. Centrais Gerais	8,0	254,8	16,0	158,1
H. Especializados	2,6	82,3	2,6	25,3
Maternidades	0,3	9,3	0,5	4,8
Outros (2)	2,3	73,0	2,1	20,5
H. Distritais	6,4	204,4	37,9	373,2
Distritais	5,4	172,5	28,1	276,5
Nível 1	1,0	31,9	9,8	96,7

Fonte: DEPS/DE 1996

(mais 0,63 consultas per capita). Refira-se, ainda como nota positiva, o aumento nas consultas de saúde infantil em mais de 7 vezes (Quadro XIII). Todavia, nos centros de saúde, praticamente desapareceram as especialidades médicas, a estomatologia e os domicílios.

A Região Centro apresenta o mais elevado consumo de cuidados de saúde primários, comparativamente com as outras regiões.

Considerando a utilizao conjunta de consultas e urgências verifica-se mais uma vez, que é a Região Centro a área geográfica com mais consultas por habitante, seguida por Lisboa e Vale do Tejo (Quadro XIV). O Alentejo acompanha o Centro em taxas de frequência das urgências superiores às das outras regiões de saúde.

Quadro XIII - Centros de Saúde: actividade
Número de consultas por valência e atendimentos; Continente, 1985, 1990 e 1994

Valências	1985		1990		1994		1985/94
	1000	%	1000	%	1000	%	
Total	*19032,7	100,0	23675,1	100,0	24266,1	100,0	5233,4
Saúde Materna	200,2	1,1	397,5	1,7	353,6	1,5	153,4
Planeamento Familiar	185,5	1,0	514,3	2,2	543,9	2,2	358,4
Saúde Infantil	164,4	4,0	2460,0	10,4	2040,7	8,4	1276,3
Estomatologia	523,4	2,3	**	**	**	**	**
Clínica Geral	14381,0	75,6	19419,4	82,2	83,8	83,8	5953,8
Especialidades	2594,8	13,6	743,4	3,4	3,6	3,6	-1731,5
Domicílios	383,4	2,0	140,5	0,6	0,5	0,5	-253,7
SAP (At. Permanente)	1485,7		3875,1		4017,7		2532,0

* Inclui as consultas realizadas por entidades convencionadas

** Incluído em especialidades

Fonte: DEPS/DE 1996

Quadro XIV - Centros de Saúde: actividade
Consultas por habitante, por distritos e regiões de saúde,
1985 e 1994

Distritos e Regiões de Saúde	1985	1994	1985/94
Continente	2,0	2,6	0,5
Região Norte	1,7	2,5	0,8
Região Centro	1,9	2,9	1,0
Região Lx. e Vale Tejo	2,2	2,5	0,3
Região Alentejo	2,0	2,7	0,7
Região Algarve	1,8	2,1	0,3

Fonte: DEPS/DE 1994

Quadro XV - Consultas e urgências, por regiões de saúde e distritos, Continente, 1994

Região/Distritos	Consultas /1000 h	Urgências /1000 h
TOTAL	3186	986
<i>Região Norte</i>	3125	899
Braga	2934	1029
Bragança	2087	1357
Porto	3371	773
Viana do Castelo	2982	877
Vila Real	2819	1095
<i>Região Centro</i>	3368	1043
Aveiro	3222	1046
Castelo Branco	3198	899
Coimbra	4537	1233
Guarda	2668	1306
Leiria	3476	864
Viseu	2664	986
<i>R. Lisboa e Vale do Tejo</i>	3204	967
Lisboa	3338	927
Santarém	3454	968
Setúbal	2670	1081
<i>Região Alentejo</i>	3077	1238
Beja	2676	1428
Évora	3209	1242
Portalegre	3406	995
<i>Região Algarve</i>	2484	1201
Faro	2484	1201

Fonte: DEPS/DE, 1996

O recurso às urgências está inversamente relacionado com a frequência de consultas externas hospitalares: é a população dos distritos com valores de utilização de consultas abaixo da média a que mais recorre aos serviços das urgência. Coimbra é excepção, apresentando valores elevados em ambos os indicadores. Refira-se, ainda, o

caso de Bragança que, sendo o distrito mais desfavorecido em consultas, é o que apresenta maior número de urgências por habitante, seguido do da Guarda, em situação idêntica. Estes e outros distritos do interior parecem apresentar uma nítida preferência pelo recurso directo à urgência, ou seja, pelo deficiente funcionamento do sistema de referência.

O Quadro XVI evidencia a variação interregional e inter categorias na eficiência hospitalar. A demora média é mais baixa nos hospitais distritais do que nos centrais, enquanto a taxa de ocupação apresenta um padrão inverso.

Numa apreciação longitudinal verificou-se uma redução na demora média nacional de 2,2 dias entre 1985 e 1994; no mesmo período, a taxa de ocupação baixou de 77,2% para 76%, principalmente à custa dos Hospitais Centrais (DEPS/DE, 1996).

De acordo com os dados do DEPS (1996), entre 1985 e 1994 a frequência de internamento aumentou 56%, passando de 53,1/1000 habitantes para 82,8/1000 habitantes.

Quadro XVI - Hospitais centrais e distritais
Eficiência hospitalar, por regiões de saúde e hospital, 1994

Hospitais	Indicadores de eficiência	
	D.M.	Tx.O.
H. Centrais		
Total	10,2	83,7
Região Norte	9,4	81,4
Região Centro	10,1	79,5
Região Lx. Vale Tejo	10,8	87,2
H. Distritais		
Região Norte	6,8	71,9
Região Centro	6,7	71,4
Região Lx. Vale Tejo	6,9	72,8
Região Alentejo	7,1	71,3
Região Algarve	8,9	79,0
H. Dist. Nível 1		
Região Norte	7,1	74,3
Região Centro	6,8	61,0
Região Lx. Vale Tejo	9,0	67,8
Região Alentejo	8,6	72,0
Região Algarve	11,4	75,9

No mesmo período, a frequência de elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, per capita, aumentou 60%, passando de 2,5 para 4 (DEPS/DE, 1996). O maior volume consiste em análises clínicas e exames radiológicos realizados em hospitais. Os cuidados primários tem fraca expressão em virtude do reduzido número de equipamentos instalados nos centros de saúde (Quadro XVII).

Quadro XVII - Estabelecimentos de saúde: actividade
Elementos complementares de diagnóstico efectuados por tipo de estabelecimento, Continente, 1994

Tipo de Elementos	Total	Hospitais		C.S.Primários (1)	
	(1000)	(1000)	/100.000 h	(1000)	/100.000 h
Total	54766,2	53473100	535,15	1193100	11,94
Análises Clínicas	48372,4	47741600	477,79	630800	6,31
Exames Radiológicos	3932,0	3700200	37,03	231800	2,32
Electrocardiogramas	649,0	583100	5,84	65900	0,66
Electroencefalogramas	25,3	25300	0,25	-	-
Ex. Anatomopatológicos	401,1	401100	4,01	-	-
Autópsias	2,6	2600	0,03	-	-
Exames Endoscópios	87,8	87800	0,88	-	-
Endoscopias Gástricas	29,5	29500	0,30	-	-
Ex. Rad. Computorizados	164,3	164300	1,64	-	-
Exames Ecográficos	422,8	422800	4,23	-	-
Ex. Neuroradiológicos	29,3	29300	0,29	-	-
Audiogramas	47,0	47000	0,47	-	-
Broncoscopias	10,3	10300	0,10	-	-
Angiogramas	6,2	6200	0,06	-	-
Outros Exames Gástricos	29,2	29200	0,29	-	-
Outros (2)	557,4	192300	1,92	364600	3,65

(1) Efectuados nos Centros de Saúde

(2) Os elementos complementares de diagnóstico incluídos nesta rubrica não têm a mesma correspondência nos Hospitais e nos Centros de Saúde

Fonte: DEPS/DE, 1996

A oferta pública nos cuidados de saúde (camas e médicos) traduziu-se, de certo, em melhoria no acesso e consequente utilização dos cuidados. Pode referir-se que o balanço do SNS, desde a sua criação em 1979, até hoje, em termos de equidade geográfica, foi largamente positivo.

Quadro XVIII - Lista de Espera para intervenções Cirúrgicas em Junho 1992 - Por Especialidade

Especialidades	Nº de Doentes	Nº Médio de Dias de Espera
Cirurgia Geral	21623	220
Ortopedia	20195	453
O.R.L.	14239	295
Urologia	9647	275
Cirurgia Vascular	8779	590
Oftalmologia	7958	127
Ginecologia	4454	127
Neurocirurgia	1957	185
Outras	3148	90
TOTAL	92000	223

Fonte: ALVES, D. *et al.* "Perle - uma medida para um problema", in: *Gestão Hospitalar*, 32, 1996, p. 36

Há todavia problemas de desigualdade na utilização gerados pelo uso ineficiente de recursos. Quando a procura é muito maior que a oferta e esta é pouco flexível devido às regras da gestão pública e ao controlo dos grupos profissionais, geram-se listas de espera que degradam a qualidade dos serviços oferecidos (Quadro XVIII). 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.

EM SUMA

Principais Indicadores de Saúde. Portugal encontra-se praticamente 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 na fase final de um período de acentuada regressão e em quase completa harmonização com os de outros países da União Europeia (UE). Os reflexos destes ganhos em Esperança de Vida (EV) à nascença traduzem-se em 2,2 anos para homens e 2,3 para mulheres, em apenas dez anos (1985-1994). Todavia, as mortalidades por doenças cerebro-cardio-vasculares, por tumores malignos e por diabetes

têm aumentado, afligindo sobretudo os adultos do sexo masculino. Enquanto em 1986, a esperança de vida à nascença, em Portugal se encontrava 1,7 e 1,3 anos, respectivamente para homens e mulheres, abaixo da média da Europa dos Doze, em 1992 essa diferença aumenta para, respectivamente, 2,2 e 1,4 anos. Apesar dos ganhos nacionais de 0,6 e 1,1 anos, respectivamente para homens e mulheres, conseguidos à custa da espectacular regressão das mortalidades infantil e perinatal (mais de 50% no período 1985-1994), a diferença na esperança de vida em relação à UE aumenta, por força do aumento da mortalidade nos adultos.

Factores determinantes da Saúde. Outros factores contribuem para esta situação. Embora revelando uma tendência de regressão da sua taxa de letalidade, os acidentes de viação ainda aumentam em número e ainda nos situam no ponto mais alto da Europa dos Quinze. Com o consumo do tabaco a crescer 15% nos últimos oito anos (1985-1993) é natural que, a prazo, se verifique crescimento das doenças do aparelho respiratório que lhe andam associadas, bem como de cancro em outras localizações causados ou potenciados por esse tóxico. Velhas e novas doenças transmissíveis, como a tuberculose e o SIDA estão a provocar alguma perturbação em todos os países da UE. Em Portugal observou-se, em 1994, um ligeiro aumento da incidência da tuberculose, embora a mortalidade por essa causa continue a regredir. Quanto ao SIDA, depois de em 1993 Portugal ter atingido a sétima posição na UE, parece estar agora a verificar-se (1993-1994) uma regressão da incidência anteriormente crescente. 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 actividade produtiva aos seus portadores e famílias.

Ganhos de equidade geográfica. A análise regional e distrital da evolução entre 1985 e 1994 das taxas de mortalidade infantil, neonatal, perinatal e específica de 1 a 4 anos demonstra enormes ganhos em todo o território, embora a ritmos diferentes, em função da evolução da demografia, das acessibilidades e das condições económicas e sociais.

Principais indicadores de recursos

Recursos humanos. Todas as categorias de profissionais de saúde têm aumentado de efectivos entre 1985 e 1994. Sobretudo os médicos, que atingiram uma densidade superior à da média da UE. A densidade de enfermeiros, apesar dos esforços de formação inicial realizados ao longo da década, com a duplicação dos ritmos de formação em escolas públicas, entre 1984 e

1994, está ainda em 60% da média comunitária e no fim da lista, a seguir à Grécia. Com o regresso, em 1994, ao ritmo de um curso por ano, é de prever que o efeito combinado da redução de novos diplomados, da abertura de novos hospitais e centros de saúde, mais exigentes em pessoal, e da chegada à idade de reforma de muitos profissionais venha a exercer grande tensão no mercado de emprego. Com apenas 21% de enfermeiros dedicados a cuidados de saúde primários, a distribuição espacial destes profissionais reflecte basicamente o padrão de distribuição territorial de camas hospitalares. Existe ainda escassez de técnicos de diagnóstico e terapêutica (1842 hab/técnico) e os ritmos de formação nas quatro escolas existentes são baixos, (menos de 250 novos diplomados por ano). 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 que a dos enfermeiros.

Hospitais e tecnologia “pesada”. Portugal dispõe de um número aceitável de camas de agudos (em dez anos passou de 2,36 para 2,48, por mil habitantes), mas tem poucas camas para doentes crónicos, principalmente ao nível da comunidade, associadas ou integradas em centros de saúde, e o número destas tem vindo a baixar progressivamente de 0,46 para 0,19, no mesmo período. Em 1990, as condições físicas dos hospitais de agudos (centrais e distritais), avaliadas em função da antiguidade de construção, do estado de manutenção e da tecnologia associada, permitiam distribuí-los em três grupos consoante a “qualidade” das camas: 40% eram de boa qualidade, 24% de qualidade razoável e 36% de má qualidade. As novas construções e remodelações de hospitais propostas quer nesta Intervenção Operacional, quer nos sucessivos planos de desenvolvimento da administração central (PIDDAC) situam-se exclusivamente nas áreas de má qualidade de camas. Anote-se ainda que a localização de equipamentos médicos de tecnologia financeiramente “pesada” tende, em Portugal ao contrário de outros países, a fazer-se de forma independente dos hospitais. O sector privado tem liderado esse processo e faculta a utilização desses equipamentos aos hospitais, em regime de reembolso. Na verdade, 63% das capacidades em angiografia digital, 69% da tomografia computadorizada, 75% da litotricia e 86% da ressonância magnética nuclear estão instaladas em consultórios ou instalações particulares ou privadas, caracterizando muitos dos hospitais oficiais portugueses como de tecnologia incompleta.

Principais indicadores de utilização

Procura e utilização. Em Portugal realizaram-se, em 1994, 3,2 consultas e 1 urgência por habitante, em hospitais e centros de saúde pertencentes ao SNS. Este valor representa, em dez anos, um crescimento de 32% em consultas e de 64% em urgências. Se nos hospitais

centrais o número total de consultas externas é um pouco menos de metade do das urgências, no conjunto dos hospitais distritais a situação inverte-se, com quase o dobro das urgências em relação às consultas. Na análise geográfica observa-se mesmo uma associação negativa entre recurso às urgências e frequência de consultas externas hospitalares. Uma das causas deste fenómeno reside no aumento da oferta de serviços diferenciados, incluindo urgências 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 funcionando em horários administrativos e sem meios de diagnóstico integrados. O círculo fecha-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 passam, na sua grande maioria, de procura não-satisfeita em centros de saúde. Acresce que nestes praticamente desapareceram as consultas de especialidades correntes e estão em definhamento as visitas domiciliárias.

Ganhos de eficiência, perdas de equidade. Apesar destas distorções, os hospitais têm registado consideráveis ganhos de efectividade e eficiência: a demora média em todos os hospitais recuou 2,2 dias, entre 1985 e 1994, apesar de a ocupação média ter baixado de 77% para 76%. A frequência de utilização de meios de diagnóstico aumentou de 60% no período. Observam-se, todavia, problemas de acessibilidade e qualidade que deterioram a equidade. Num estudo com dados de 1992, comprovou-se a prevalência de longas listas de espera em internamento

para cirurgias correntes, em hospitais públicos (em média 223 dias). Quem mais tempo espera são certamente os doentes de mais baixa condição social, económica e cultural e os mais afastados dos locais onde a oferta se situa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, D.; CARDOSO, L. e CORREIA, M., (1996) - "Perle - uma medida para um problema". *Gestão Hospitalar*, 32, p. 36.
- BARRETO, A. (org.), (1996) - *A Situação Social em Portugal, 1969-1995*. Instituto de Ciências Sociais, Lisboa, pp. 77-87.
- CRAIG, M. (1993) - *Ex-ante Evaluation of the Health Sector Component, of the Portuguese Regional Development Plan 1994-1999, Final Report*, Prepared for DG XVI. CEG, 1993.
- DEPS/DE (1986, 1990, 1996) - *Elementos Estatísticos. Saúde*. MS/DEPS, Lisboa
- EUROSTAT (1995) - *Eurostat, Anuário '95. Visão estatística sobre a Europa 1983-1993*.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996) - *Relatório Sobre a Reestruturação das Urgências*. MS/CNRU, 1996.
- ROSA, M. J. V. (1996) - "O envelhecimento e as dinâmicas demográficas da população portuguesa a partir de 1960: dos dados ao dilema". BARRETO, A. (org.) - *A Situação Social em Portugal, 1969-1995*. Instituto de Ciências Sociais, Lisboa.