

INSTITUTO DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS
FACULDADE DE LETRAS — UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Cadernos de Geografia

INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE

PAULA MARGARIDO *

RESUMO

Nas últimas décadas um importante conjunto de investigadores tem-se preocupado com os aspectos espaciais da saúde.

A Geografia Médica oferece um contributo para o novo entendimento dos problemas da saúde.

Neste artigo damos relevância ao estudo da acessibilidade dos Serviços de Saúde que tem sido frequentemente apontada em diversos estudos como um dos factores determinantes na procura dos serviços. A oportunidade de usar ou procurar os serviços existentes pode ser condicionada por factores geográficos, sócio-económicos, culturais, psicológicos ou de percepção (qualidade e quantidade).

Têm sido verificadas alterações significativas ao nível da oferta dos Cuidados de Saúde Primários, Secundários e Terciários nas áreas de estudo, para satisfazer a procura da população.

RÉSUMÉ

Un important ensemble de chercheurs se préoccupe, depuis des dizaines d'années, avec les aspects du point de vue spatial de la santé.

La Géographie Médicale a contribué pour la nouvelle compréhension des problèmes de la santé.

Dans cet article on fait ressortir l'étude de l'accessibilité des Services de Santé, ce qui a été souvent indiqué, dans plusieurs études, comme une des raisons déterminantes dans la demande des services. L'opportunité soit d'utiliser soit de chercher les services existants peut être conditionné par des raisons d'ordre géographique, socio-économique, culturelle, psychologique ou de perception (qualité et quantité).

De significatives modifications ont été vérifiées au niveau de l'offre des Soins Primaires, Secondaires et Tertiaires de Santé dans les aires d'étude, pour satisfaire la demande de la population.

* Instituto de Estudos Geográficos, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra.

SUMMARY

The multidimensional body of knowledge about spatial aspects of human health problems is the culmination of the last forty years.

A large number of scientific disciplines have offered perspectives on health care matters. Medical geography has a particular competence in analysing accessibility and utilization features of health care and the contribution of this subject will undoubtedly grow in the future.

This paper focuses on accessibility of the health services and the constraints of cost and time. Accessibility has often been identified as having a strong relationship with residents' demand for health services.

In addition to geographical accessibility, other factors will be assessed, for instance, socio-economic levels and cultural variables, psychological behavior and perception of quality and availability of health services.

The provision of medical care has considerably changed during recent years. These changes have arisen from the need to satisfy the demand for Primary, Secondary and Tertiary care by the population of specific areas.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos têm-se verificado novas abordagens dentro da Geografia Humana. As novas temáticas surgem como consequência de questões que se colocam no campo científico das novas noções do «social» e «cultural», agora reconceptualizadas.

Os geógrafos, dentro da área da Geografia Humana, têm sido alertados para realidades, como por exemplo, as diferenças sociais e as iniquidades.

Torna-se relevante que os geógrafos tenham um contributo na análise dos processos que estão na origem das desigualdades entre sexos, grupos sociais, etnias e outras, em termos de acesso ao bem-estar social, «status» e poder.

Este artigo, embora de forma introdutória, é o resultado da preocupação em questionar o porquê das desigualdades em saúde.

Na vertente do acesso aos serviços de saúde, entendido como a facilidade de os utilizar no momento e local em que deles se necessita, mais do que a preocupação com a percentagem de utilização, importa saber se a população, quando tem a percepção da necessidade de utilização cuidados de saúde, os encontra disponíveis.

As características das sociedades condicionam os princípios de distribuição que se reflectem nos objectivos de equidade, definida pelas Políticas de Saúde.

A localização geográfica dos recursos de saúde e a distribuição e estrutura demográfica são elementos essenciais na leitura desta problemática.

Não há mais lugar para o entendimento das desigualdades somente ao nível económico, sexo e raça, por exemplo; é necessário entender o jogo destas variáveis no tempo e espaço.

1 — O GEÓGRAFO E A GEOGRAFIA MÉDICA

É importante que em qualquer área científica seja identificado o objecto e o método de estudo. Se tal não acontecer pode correr-se o risco da desintegração e do aparecimento de áreas que sejam menos claramente definidas.

Interessa-nos saber o que é a geografia e a geografia médica. Podemos referir três características que dão ênfase à geografia: 1 — o estudo da relação homem/ambiente; 2 — as características do lugar; 3 — a análise das relações espaciais a várias escalas (Barret, 1986).

Põe-se, então, a questão: o que é a geografia médica? qual o seu lugar e afinidade com outras áreas do saber? O porquê da geografia médica.

Não é só de hoje o interesse sobre a área da geografia médica¹. Esta tem feito parte integrante das preocupações científicas dentro da própria geografia, articulando tanto aspectos de geografia física como factores humanos, para entender a saúde no seu aspecto total, utilizando os seus conceitos e técnicas.

Nos últimos quarenta anos tem-se verificado um gosto crescente pelo estudo e compreensão científica dos aspectos da doença, nutrição e sistema de cuidados de saúde. São vários os autores que têm apresentado abordagens diversificadas dos problemas da saúde da população (Learmonth 1975, 1978; Mayer 1983; Phillips 1986, Barret, 1986). Estes autores referem-se ao crescente interesse por esta área e ao facto de surgirem, dentro desta «sub-disciplina», conceitos e definições.

Na sequência da evolução da geografia médica, autores como Phillips (1981, 1986), abordam a temática na perspectiva dos cuidados de saúde, dando ênfase ao acesso e utilização dos serviços, não esquecendo outras preocupações científicas (Picheral, 1982; Phillips e Rothwell, 1983).

Esta abordagem está próxima do desenvolvimento actual da geografia, enquanto síntese das ciências sociais (Smith, 1974; Coates *et al.*, 1977; Herbert e Smith, 1979; Joseph e Phillips, 1984).

No ano em curso, num encontro de Geógrafos Britânicos (Janeiro, 1991), foram apresentados trabalhos que preencheram duas secções sobre Geografia

¹ Desde o século XVIII que vários autores têm desenvolvido estudos na área da geografia médica (Finke, 1792; Virey, 1817; Boudin, 1843; Fuchs, 1853;), como refere Barret (1986: 9).

Médica. Anteriormente, (1990, Julho) no 4.º Simpósio Internacional de «Geografia Médica» reunido em East Anglia, foram apresentados cinquenta e um trabalhos que trataram tanto temas na área da ecologia e epidemiologia, como na de prestação e utilização de cuidados de saúde (Bentham *et al.*, 1990); geografia médica foi o título aceite.

Porém, há autores que defendem que a geografia médica, preocupando-se essencialmente com a morbilidade, mortalidade e seus padrões de distribuição, não está sensibilizada para os problemas da saúde (Pacione, 1986; Barret, 1986), chegando mesmo a afirmar que, nessa linha de investigação, se estuda mais a falta de saúde.

No ponto de vista social a doença é o resultado de questões culturais, temporais e geográficas; deste facto decorre que o estado de saúde depende mais da situação económica e social dos grupos populacionais do que dos serviços curativos. Assim, factores como o tipos de habitação, de alimentação, de educação e o desemprego são tão ou mais importantes para a compreensão dos níveis de saúde, como o são o estudo da distribuição espacial de padrões de doença e a utilização dos serviços de saúde, em si mesmo.

A geografia médica tem como objecto de interesse os estudos espaciais, interrelacionando a investigação da tipologia de doenças e nutrição com a dos cuidados de saúde. Simões (1989) refere que esta «subdisciplina» faz parte de nova geografia, porque analisa as desigualdades espaciais e sociais da saúde ou da doença, tendo como objectivo contribuir para a sua correcção e para o bem-estar da própria população. Não pode ser esquecido que essas desigualdades não devem ser só referenciadas às variações ou às irregularidades espaciais das características genéticas ou de comportamento dos indivíduos mas, e fundamentalmente, à organização da sociedade.

O modelo de saúde surge como o resultado de quatro vertentes principais: biologia humana, estilos de vida, características do meio ambiente e cuidados de saúde. Então, se, na saúde, um dos principais actores é a própria população, devemos dar-lhe a ênfase que a mesma merece, interligando-a com outros factores.

Resta, contudo, a questão da existência de dois tipos: a geografia médica e a geografia da saúde. Learmonth (1978) e Mayer (1983) apresentam a possibilidade das duas sub-disciplinas. Para Barret (1986) existe uma só — geografia médica — com áreas específicas de estudo, mas a possibilidade da separação não deve ser posta, porque elas se interligam e têm implicações mútuas.

Em suma, a geografia médica tem evoluído nos últimos anos; as pesquisas no âmbito da geografia médica tradicional, na área da doença e numa perspectiva ecológica, foram suplantadas pelos estudos espaciais da distribuição dos cuidados de saúde.

2 — INTERDISCIPLINARIDADE NA INVESTIGAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE. O PAPEL DO GEÓGRAFO

A distribuição e utilização dos serviços torna-se cada vez mais importante no ensino da geografia urbana, rural ou social. Os serviços de saúde — consideram-se também os serviços médicos — são frequentemente citados como exemplos de serviços aos quais o acesso dos «consumidores» tem aspectos críticos; como refere Smith (1979), nunca será possível uma verdadeira igualdade de acesso a serviços e equipamento dada a natureza do bem oferecido e dos factores que o influenciam. Phillips (1989) define o conceito de acesso como resultante dos aspectos sociais, locativos e espaciais. Desta forma, o estudo da temática inclui-se no âmbito da geografia social, por vezes com forte componente económica, permeável à interdisciplinaridade e com fronteiras com a geografia, em geral.

Como referimos no número anterior, dentro da geografia médica temos duas abordagens: epidemiologia e a localização dos serviços de saúde.

Os sistemas de saúde diferenciam-se, em função do resultado obtido, nos contextos políticos e económicos em que se corporizam.

É natural que os geógrafos deem maior importância aos padrões espaciais e de localização e utilização, quando fazem investigação acerca dos cuidados de saúde. É igualmente importante que esta vertente não vá substituir o entendimento aprofundado dos processos e mecanismos que determinam ou avaliam: ONDE; QUANDO; QUEM consome os serviços de saúde (Whitelegg, 1986).

Uma análise geográfica dos padrões espaciais da procura e utilização tem de ser sensível aos resultados das mudanças sociais e políticas e ainda às forças económicas que determinam os «inputs». Por isso, a investigação dentro dos cuidados de saúde tem que levar o geógrafo a analisar a oferta, ao nível da distribuição dos serviços de saúde (qualidade e quantidade), e a estudar os comportamentos espaciais da população.

Os geógrafos preocupam-se com a decisão ao nível da optimização da localização. Este aspecto é relevante em virtude da oferta de serviços de saúde, mesmo quando inadequada, ter sempre custos elevados. Por isso, a localização é um aspecto importante da actuação dos geógrafos. Qual a melhor localização para a instalação de um centro de saúde ou hospital? — em termos de acesso geográfico — qual o critério que deve ser usado para determinar o número de camas, de médicos, etc.?

A análise espacial é essencial quando se pretende adequar os instrumentos às necessidades.

No seio da geografia duas importantes perspectivas têm sido discutidas, nomeadamente, o acesso — potencial e revelado — e a utilização. São, no

entanto, dois lados da mesma moeda; a utilização é a manifestação real da acessibilidade (Joseph e Phillips, 1984: 9).

As preocupações dos geógrafos, nesta área, abrangem três pontos principais: 1 — distribuição espacial e processo de difusão do fenómeno no espaço; 2 — padrões regionais a várias escalas; 3 — percepção do espaço e comportamentos de mobilidade na aquisição dos serviços. Por um lado, reconhece-se uma forte componente social mas, para o estudo dos cuidados de saúde, é relevante a combinação com a geografia médica.

Os cuidados de saúde são um campo privilegiado para a investigação científica levada a efeito pelos geógrafos (McGlashan ed., 1972; Hunter, 1974; Learmonth, 1978; Pyle, 1979; Meade, 1980; Phillips, 1984; Eyles e Wood, 1983). Barret refere mesmo que a geografia dos cuidados de saúde é uma parte importante da geografia médica (1986: 25).

O objectivo do estudo de cuidados médicos, numa perspectiva geográfica, é a de contribuir para o entendimento, ao nível espacial, da eficiência, acessibilidade e utilização dos cuidados, com o objectivo de prevenir, reduzir ou curar doenças.

Para isso o geógrafo deve recolher informação sobre as características das áreas de influencia dos serviços, podendo ter parte activa no aconselhamento e propondo alternativas à localização. Pretende-se que o contributo do geógrafo, nesta área, seja cada vez mais fértil.

O envolvimento do geógrafo no planeamento de serviços é importante. É necessário que exista uma equipa, com várias aptidões, para que, da análise e avaliação dos resultados de determinadas acções, já desenvolvidas, se possam planear novas etapas.

As pesquisas encetadas nesta área não são propriamente feitas no âmbito de uma disciplina, mas o resultado do contributo de vários conhecimentos científicos.

Algumas relações interdisciplinares estão já estabelecidas, mas ainda há muitas por explorar.

Por um lado, temos a área das ciências médicas e biomédicas e, por outro lado, as ciências sociais.

A saúde pública, que ganha cada vez mais espaço quer na actividade profissional — Centros de Saúde — quer no ensino — Universidade —, é um bom resultado de relação entre os médicos e as condicionantes sociais e espaciais. A epidemiologia é uma área importante na orientação social dos serviços médicos (Joseph and Phillips, 1984).

Os sociólogos têm-se afirmado no âmbito da sociologia médica (Cocherham, 1978; Cartwright, 1967; Freidson, 1970; Freeman *et al.*, 1972; Stacey, 1976). Os padrões de utilização em função da idade, sexo e mortali-

dade, a influência da família e das relações sociais e de comportamento, são alguns temas estudados pelos sociólogos.

Os economistas de saúde preocupam-se com a eficácia, eficiência e efectividade, fazendo a análise da procura e da elasticidade da oferta — custo/benefício — (Mandel, 1973; Smith, 1977; Campos, 1983; 1985; 1990; Culyer, 1982).

A antropologia e a psicologia têm particular contributo na área do comportamento e atitudes perante a utilização.

Cada uma destas áreas do saber é relevante para a tomada de decisão dos gestores e políticos ao nível do planeamento de serviços ou do sistema de saúde.

3 — ASPECTOS GEOGRÁFICOS NA ANÁLISE E PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Roemer (1977), baseia-se em três factores — económicos, socio-políticos e histórico-culturais — para concretizar que eles são básicos no desenvolvimento da rede de cuidados de saúde. Joseph e Phillips (1986: 12), referem que todos os sistemas políticos têm grande responsabilidade pela distribuição e utilização de cuidados de saúde, mas há enormes variações no contributo financeiro e na forma como é implementado o controle. Do jogo entre o Estado, o Capital e os Grupos Sociais resultam diferentes tipologias de sistemas de saúde e de acesso e utilização de cuidados de saúde.

Os serviços de saúde, a maior parte das vezes curativos, embora assumam uma parte preventiva, têm um papel importante e são uma oferta social crítica em termos de acessibilidade.

Padrões diferentes de acesso aos cuidados de saúde são, por vezes, um bom exemplo da forma como a localização espacial dos recursos pode servir para intensificar as disparidades gerais da qualidade de vida. Na perspectiva de Illich (1976) o grande aumento da oferta — médicos e instituições — induz um aumento na procura. Aquele autor chega mesmo a referir, embora de forma radical, que muitos dos problemas de saúde são criados pelos médicos.

Mas reconhece-se que são necessárias equipas de saúde, numa atitude preventiva e mesmo curativa. Talvez o grande problema seja o de conseguir estabelecer uma relação correcta entre a oferta e as necessidades reais da população. Por isso é aceite que uma equipa pluridisciplinar é de grande utilidade quando se pretende oferecer ou proporcionar saúde à população.

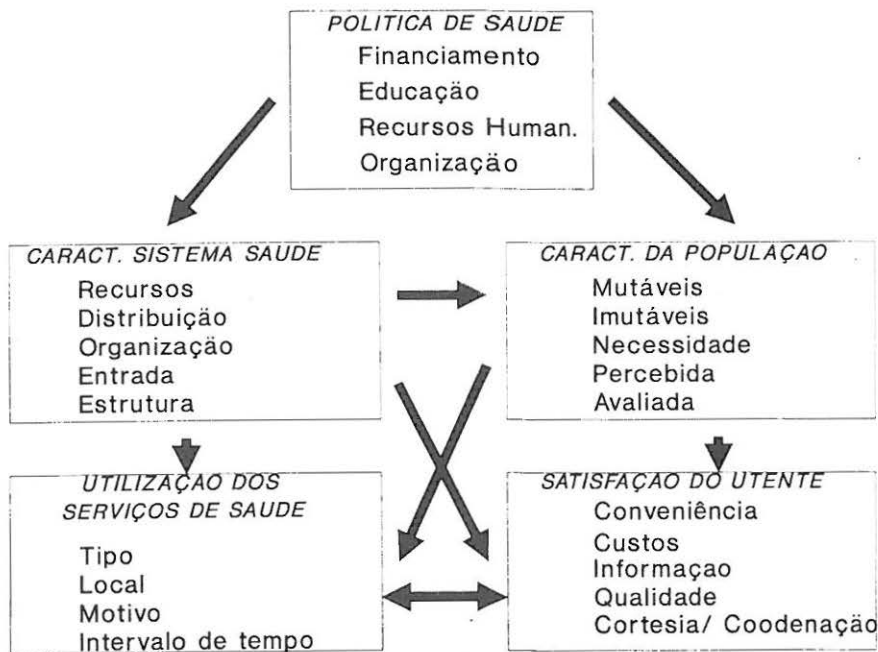
Se é avaliado que o estado de doença de um grupo populacional em risco requer intervenção médica, então é necessário conhecer quais as condições de acesso aos cuidados médicos, especificamente.

3.1 — Acesso aos Serviços de Saúde

Importa acima de tudo saber, para o planeamento de serviços de saúde, quais as variáveis que influenciam o acesso e a utilização, em quadros sociais e económicos conhecidos, e as relações que se estabelecem entre elas.

Phillips (1986), ao referir-se à acessibilidade cita Moseley (1979), e adverte para os aspectos da capacidade física — proximidade, transportes, oferta de serviços — e para os aspectos económicos — custo e valor percebido dos serviços em causa. Tem ainda em conta a religião e outros factores psicológicos que actuam como barreiras sociais e de percepção do estado de saúde. Joseph e Phillips (1984) fazem a distinção entre a acessibilidade potencial, que é influenciada por factores sócio-económicos e organizacionais da sociedade e sistema de cuidados de saúde a ela ligados, e a acessibilidade revelada, que pode ser definida como a utilização dos serviços e medida em frequência de atendimento, ou mesmo nos resultados dos actos médicos.

Thomas (1976), considera a diferença na utilização e na orientação dos percursos dos consumidores e a acessibilidade ligada às características da sociedade.



FONTE: Aday & Anderson (1974)

GRÁFICO 1 — Esquema do Acesso aos Serviços de Saúde.

Num esquema concertado, e com vista a um planeamento eficaz dos serviços, devem ser analisadas as condições da oferta e as características da população (Aday e Anderson, 1974) tendo sempre, como ponto de partida, o sistema político em que estão inseridos (gráfico 1).

3.1.1 Alguns exemplos das condicionantes do acesso e dos níveis de saúde

Antes de mais, na Política de Saúde o financiamento, a educação, a estrutura, organização e os recursos devem ser analisados. Vejamos o caso concreto de alguns países da Europa, comparativamente com o caso português. Portugal é o país que apresenta menos gastos públicos em saúde (1987), como pode observar-se nos gráficos 2, 3, 4, 5.

Em cada área geográfica, o grau de controlo sobre o fornecimento e distribuição de bens de produção de saúde depende dos fundos públicos gastos em cada uma daquelas actividades, repercutindo-se nos níveis de saúde.

A partir desta base, que é comum ao conjunto dos países, existem diferenças consideráveis na organização, no tipo de serviços oferecidos e no contributo público para os gastos totais com a saúde.

Importa dar relevo às diferenças entre as variáveis que seleccionámos para esta breve análise e o reflexo nos níveis de saúde, apenas com dois indicadores (mortalidade infantil e perinatal).

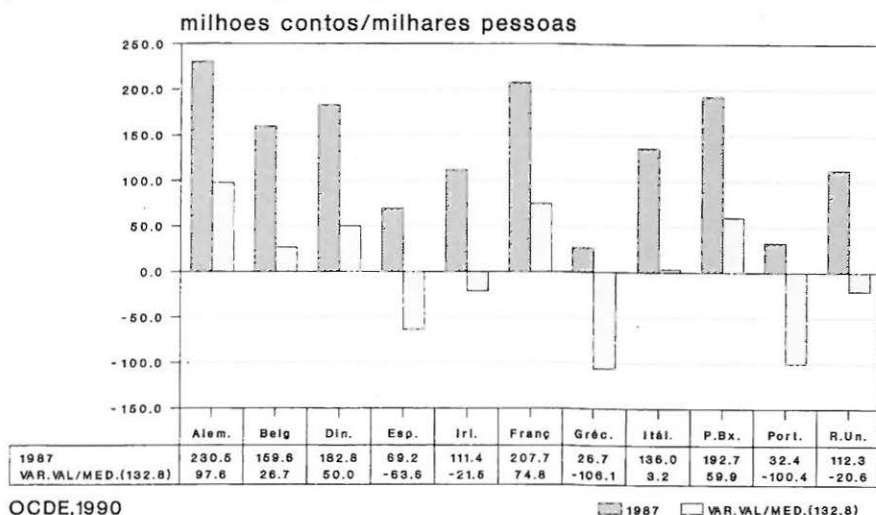


Gráfico comparativo a cotação de 1991 *

GRÁFICO 2 — Despesas totais com a saúde por pessoa em alguns Países da Europa, 1987.

* A cotação é referente ao dia 13 de Junho.

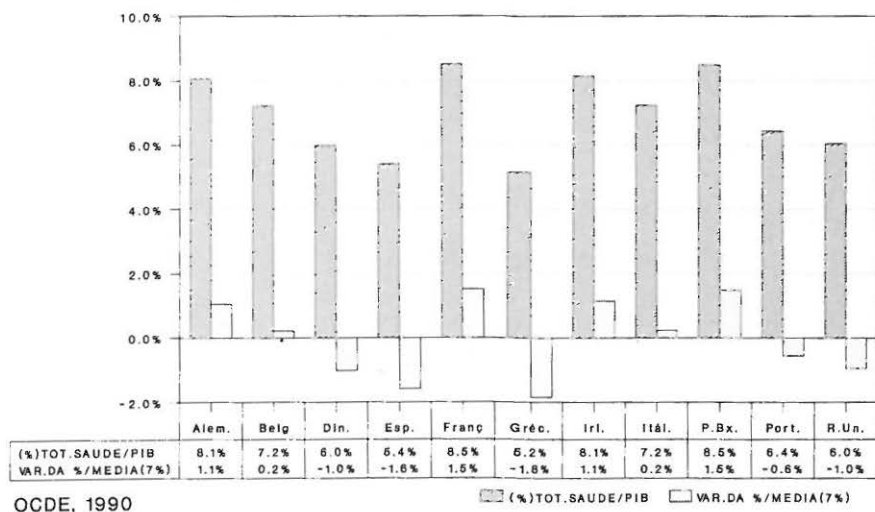


GRÁFICO 3 — Percentagem das Despesas Totais em Saúde no P.I.B., ano de 1987, em alguns Países da Europa.

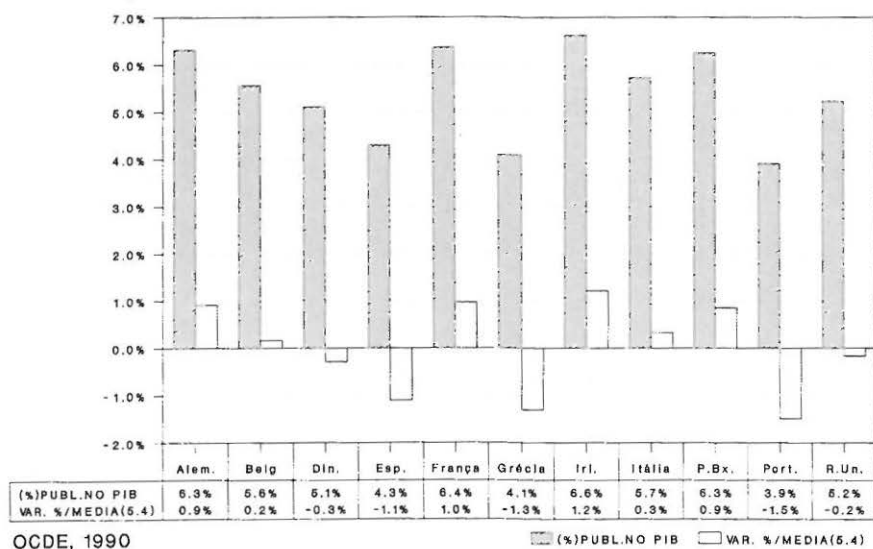


GRÁFICO 4 — Percentagem Despesas Pública no P.I.B. em alguns Países da Europa.

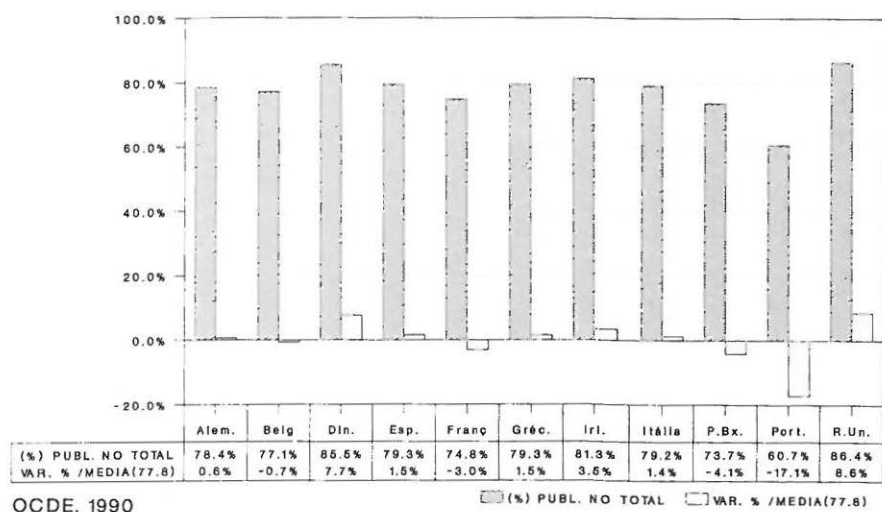


GRÁFICO 5 — Despesas em Saúde, ano de 1987. Percentagem das Despesas Públicas sobre as Despesas Totais, em alguns Países da Europa.

O financiamento, a educação da população e principalmente a distribuição dos recursos têm implicações notáveis na utilização dos serviços. São reflexo desses facto alguns exemplos patentes nos gráficos 6, 7, 8, 9, 10 e 11.

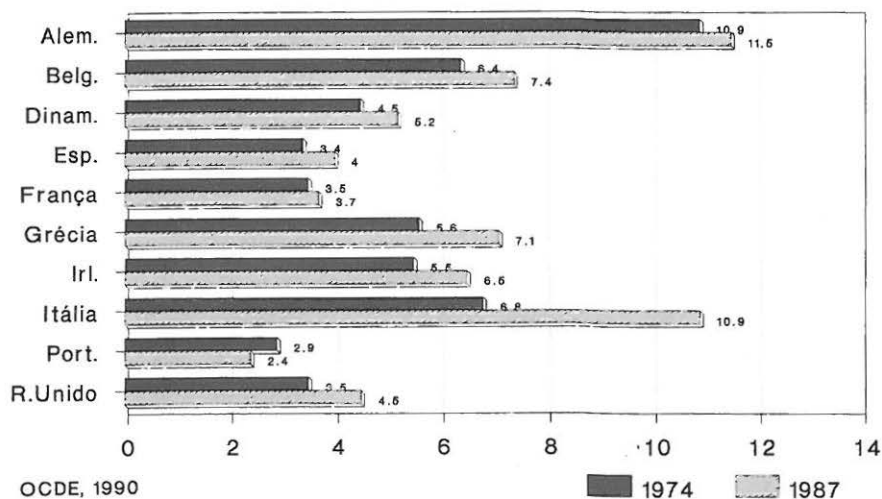


GRÁFICO 6 — Consultas Médicas. Média de consultas por pessoa, em alguns países da Europa.

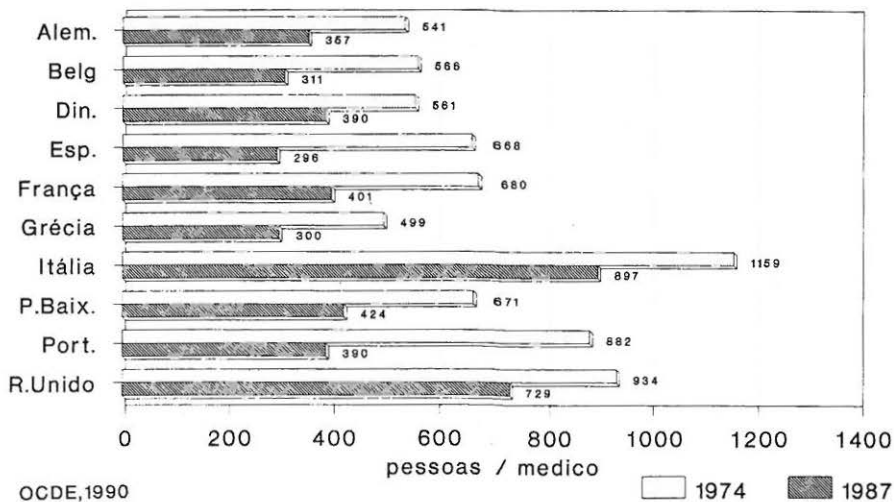


GRÁFICO 7 — População por Médico, em alguns Países da Europa.

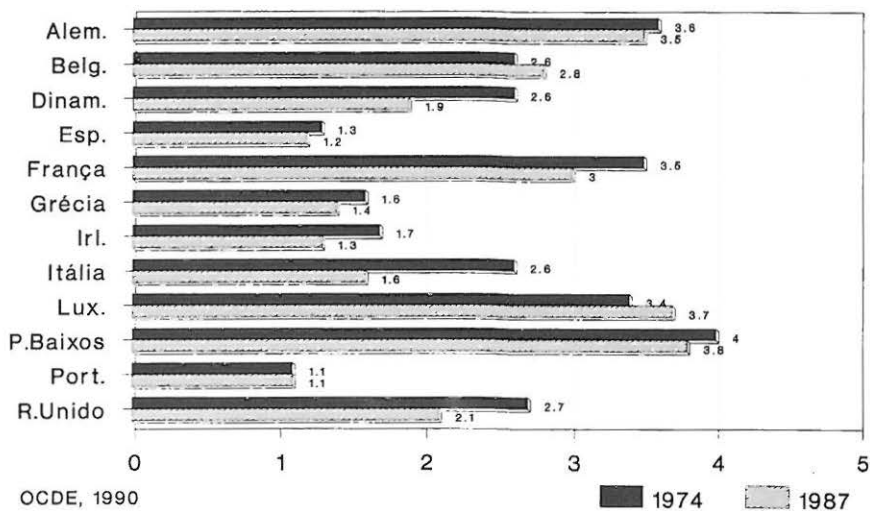


GRÁFICO 8 — Número médio de dias hospitalização por pessoa, em alguns Países da Europa.

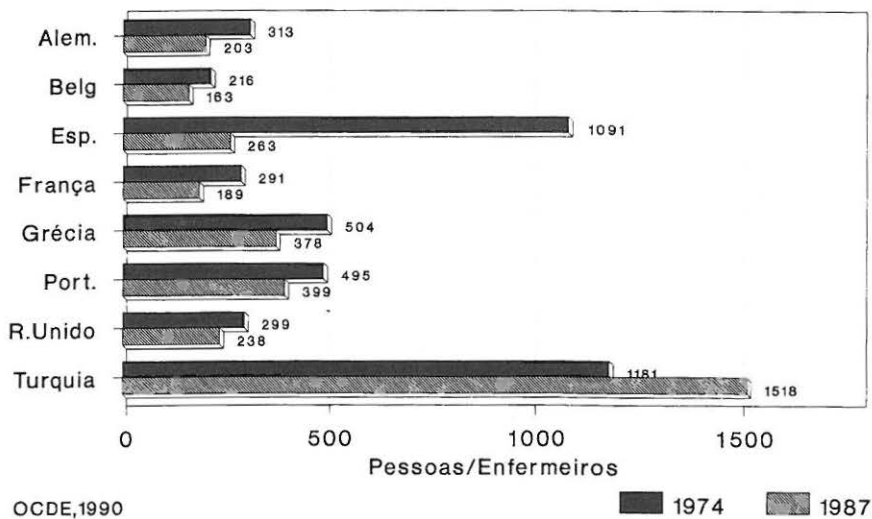


GRÁFICO 9 — População por Enfermeiros, em alguns Países da Europa.

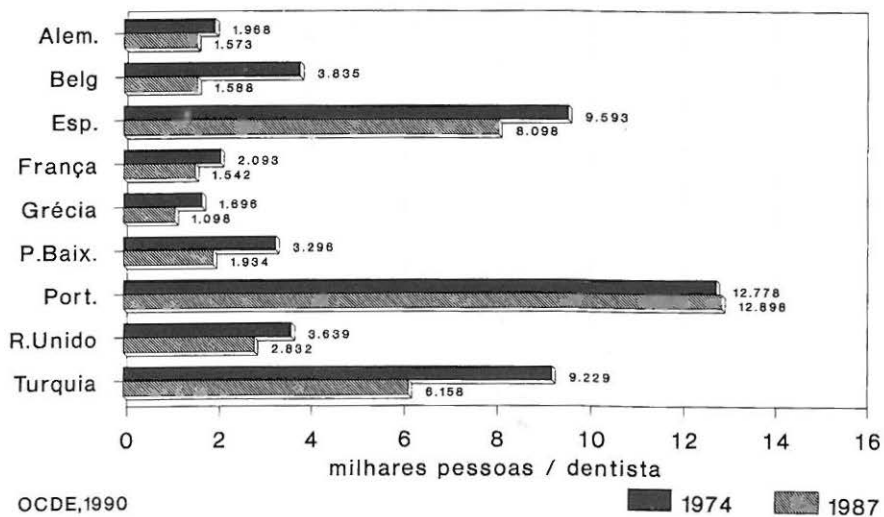


GRÁFICO 10 — População por Dentista, em alguns Países da Europa.

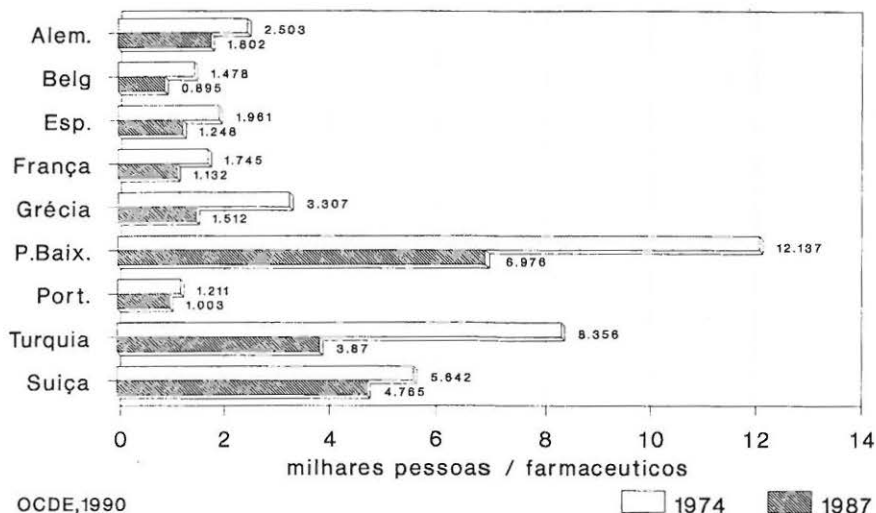


GRÁFICO 11 — População por Farmacêuticos, em alguns Países da Europa.

Da leitura destes gráficos pode concluir-se que, apesar dos significativos aumentos ocorridos entre 1974-1987, quer ao nível do financiamento nos gastos totais com a saúde quer ao nível das actividades médicas e factores de produção de saúde, Portugal é dos países com valores mais baixos; este facto não deve ser escomoteado. Do exposto, resultam, provavelmente, os baixos níveis de saúde, apresentados com indicadores de mortalidade infantil e perinatal superiores, quando comparados com os outros países da Europa (gráficos 12 e 13). Inclui-se ainda a esperança de vida à nascença para o sexo masculino e feminino. Os gráficos n.º 14 e 15 revelam que Portugal é também o país com valores mais baixos neste indicador.

Ressalta o facto de ter havido uma grande diminuição da mortalidade infantil e perinatal, em Portugal, embora ainda com valores elevados, relativamente aos países em comparação, no estudo. Este é, provavelmente, um dos resultados concretos da Constituição de 1976 que está na base do Serviço Nacional de Saúde (D. L. n.º 56/79) que possibilita o direito à saúde. Verificou-se, nos últimos anos, uma maior distribuição dos serviços, principalmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

O aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde nas áreas rurais apresenta uma relação directa com a diminuição da mortalidade infantil.

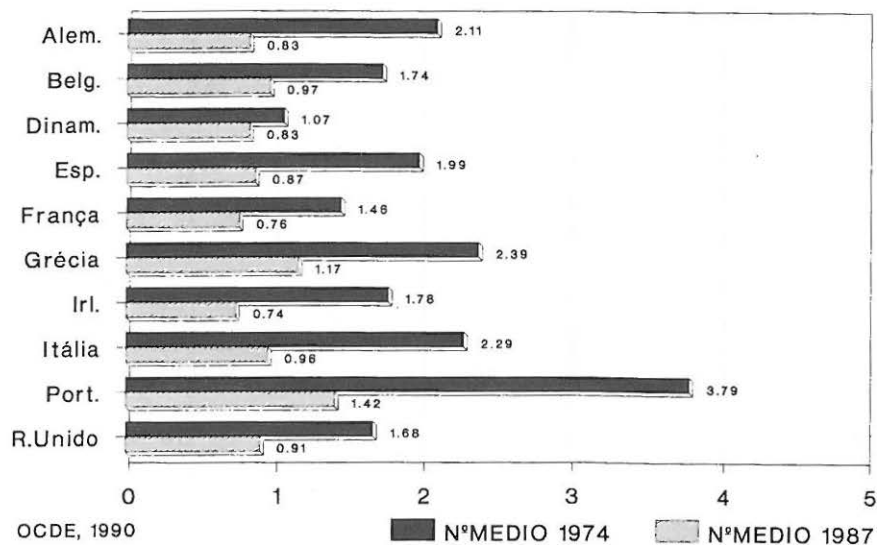


GRÁFICO 12 — Mortalidade Infantil, em alguns Países da Europa.

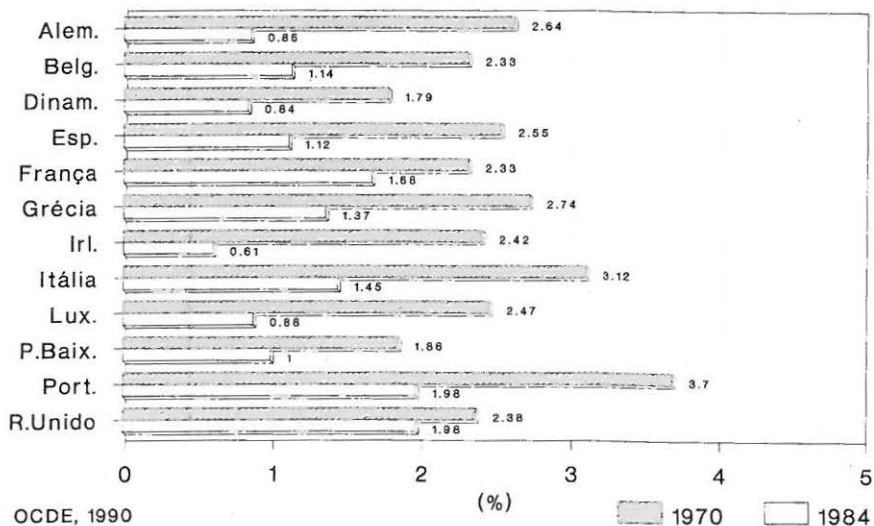


GRÁFICO 13 — Mortalidade Perinatal, em alguns Países da Europa.

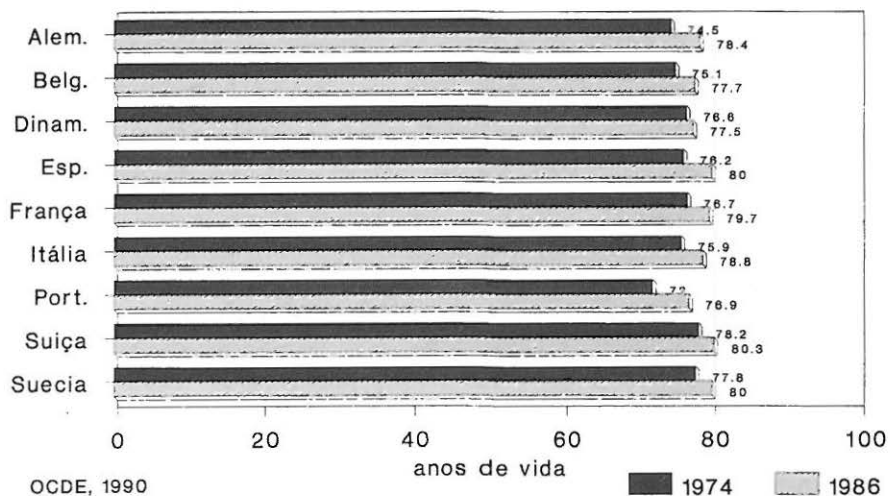


GRÁFICO 14 — Esperança de Vida à Nascença, em alguns Países da Europa. Sexo Feminino.

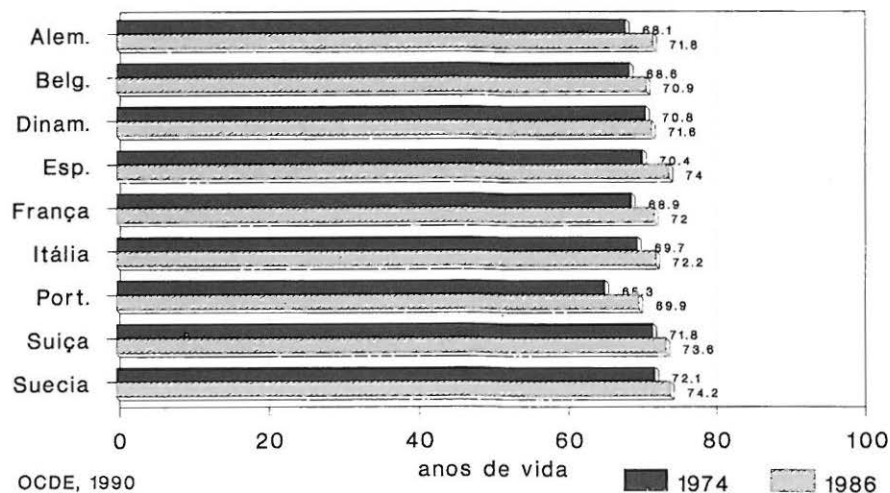


GRÁFICO 15 — Esperança de Vida à Nascença, em alguns Países da Europa. Sexo Masculino.

Muitas vezes a falta de acesso é o reflexo das dificuldades de concretização da política de saúde; por um lado na articulação com as características do sistema (Recursos, Distribuição, Organização e Estrutura), por outro lado na ligação com a população, tendo em conta todas as características (Mutáveis e Imutáveis) e necessidades da mesma.

CONCLUSÃO

A distribuição e o tipo da oferta e ainda a distância a percorrer — em áreas urbanas e rurais — são factores que, associados a outras variáveis como: a idade, sexo, grupos socio-económicos, tipos de morbilidade, têm grande efeito sobre a utilização.

Desta forma, não existe um só factor que determine o acesso aos cuidados de saúde, antes o acesso e utilização resultam da conjugação de vários factores, nunca esquecendo o espaço e o tempo.

Fundamentalmente, não é só operando mudanças ao nível do sistema de saúde que se aumenta a acessibilidade e utilização; é necessário reunir outras condições e mover esforços ao nível da melhoria das condições sociais e económicas da população — habitação, nutrição, desemprego, educação — e ainda ao nível da mobilidade — transportes públicos, por ex. —.

Existe ainda uma vertente, por vezes pouco explorada; trata-se da informação que a população tem dos serviços, em termos de tipo de prestação — qualidade e quantidade — e a percepção da saúde e doença. Os intervenientes no processo, enquanto «consumidores», fazem repercutir a formação e informação de que são portadores, na utilização dos serviços.

Dada a problemática ser tão abrangente, complexa e importante, os geógrafos não podem, isoladamente, propor uma explicação para o fenómeno da utilização, mas têm um contributo importante na análise das condições espaciais que subjazem aos diferentes padrões de utilização.

Tem ficado claro que a cooperação entre investigadores e profissionais de cuidados de saúde é o caminho mais correcto para observar os factores que influenciam o comportamento dos utilizadores.

A continuidade da utilização dos serviços é muitas vezes consequência da satisfação por parte do utente. É importante considerar a qualidade dos serviços e o grau de satisfação.

Os geógrafos, na área da GEOGRAFIA MÉDICA, têm as características inerentes ao bom desempenho desta função, por terem capacidade de realizar frutuosas ligações com áreas científicas de interesses afins, interligando os conhecimentos indispensáveis ao entendimento desta problemática.

BIBLIOGRAFIA

- ADAY, L. A.; R. ANDERSON, (1974), A Framework for the Study of Access to Medical Care, in *Health Services Research*, 9, p. 208-220.
- BARRET, F. A., (1986), Medical Geography: concept and definition, in PACIONE (ed.), *Medical Geography: Progress and Prospect*, Londres, Croom Helm, p. 1-34.
- BENTHAN, G. et al., (ed.) (1990), *Fourth Internacional Symposium in Medical Geography*, U. K..
- CAMPOS, A. C., (1983), «Saúde — o Custo de um Valor Sem Preço», Lisboa ed. Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- CAMPOS, A. C., (1986), «Eficiência e Ineficiência, Privilégios e Estigmas nas combinações Público/Privado de Saúde», Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa.
- CAMPOS, A. C., (1990), Normativismo e Incentivos, in *Boletim de Economia da Saúde*, n.º 1-2, Lisboa Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- CARTWRIGHT, (1967), «Patients and Their Doctors», Londres, Routledge and Keagan Paul.
- COATES, B. E.; R. J. JONHSTON; P. L. KNOX, (1987), «Geography and Inequality», Oxford, Oxford University Press.
- COCKERHAM, W. C., (1978), «Medical Sociology», Englewood Cliffs, Prentice-Hall. Nova Jersey.
- CULYER, (1982), The NHS and the Market — Images and Realities, in *The Public/Private Mix for Health*, Londres, The Nuffield Provincial Hospital Fund, p. 23-53.
- EYLES, J.; K. WOODS, (1983), «The Social Geography of Medicine and Health», Londres, Croom Helm.
- FREEMAN, H.; S. LEVINE; L. REEDER, (eds.) (1972), «Handbook of Medicine Sociology», Englewood Cliffs, Nova Jersey, Prentice-Hall.
- FREIDSON, E. (1970), «Profession of Medicine», Nova York, Dood Med.
- HUNTER, J., (1974), «The Geography of Health and Disease», Carolina do Norte, Chapel Hill.
- HERBERT, D. T.; D. M. SMITH, (ed.) (1979), «Social Problems and The City», Oxford University Press.
- ILLICH, I. (1976), «Limits to Medicine», Harmondsworth, Penguin.
- JOSEPH, A. E.; D. PHILLIPS, (1984), «Accessibility and Utilization. Geographical Perspectives on Health Care Delivery», Nova York, Harper and Row.
- LEARTMONTH, A.T.A., (1972), Medicine in Medical Geography, in N.D. MCGLASHAM (ed.) *Medical Geography: Techniques and Field Studies*, Londres, Methuen.
- LEARTMONTH, A.T.A., (1978), «Patterns of Disease and Hunger», Newton Abbot, David and Charles.
- MANDEL, E., (1973), «An Introduction to Marxist Economy Theory», Nova York, Pathfinder Press.

- MEADE, M. S. (ed.), (1980), *Conceptual and Methodological Issues*, in *Medical Geography Studies in Geography*, n.º 15, Carolina do Norte, Chapel Hill.
- MOSELEY, M. J., (1979), «Accessibility: The Rural Challenge», Londres, Methuen.
- O.C.D.E. (1990), «Les systèmes de Santé. A la Recherche d'efficacité», Paris Études de Politique Sociale, n.º 7.
- PACIONE, M., (1986), «Medical Geography: Progress and Prospect», Sydney, Croom Helm.
- PHILLIPS, D. R., (1981), «Contemporary Issues in Geography of Health Care», Norwich, Geo Books.
- PHILLIPS, D. R., (1986), The Demand for and Utilization of Health Services, in PACIONE, M., (Ed.) *Medical Geography progress and Prospects*, Sydney, Croom Helm, p. 163-200.
- PHILLIPS, D. R.; ROTHWELL T., (1983), Editorial, in *Medical Geography*, Medical Geography Study Group, Londres, I.B.G., p. 1.
- PICHEREL, H., (1982), *Geographie Medicale, Geographie des Maladies, Geographie de la Sante*, in *L'Espace Geographique*, n.º 11, p. 161-175.
- PYLE, G. F., (1979), «Applied Medical Geography», Nova York, Wiley.
- ROEMER, M. I., (1977), «Systems of health Care», Nova York, Springer.
- SIMÕES, J. M., (1989), «Saúde: O Territorio e as Desigualdades», Lisboa, (policopiado).
- SMITH, D. M., (1974), Who Gets What Where and How: a Welfare Focus for Human Geography, in *Geography*, n.º 59, p. 289-297.
- SMITH, D. M., (1979), «Where The Grass is Greener: Living in an Unequal World», Harmondsworth, Penguin.
- THOMAS, C. J., (1976), Sociospacial Variation and the Use of Services, in D. T. HERBERT e R. J. JOHNSTON (eds.) *Social Areas in Cities*, Vol. 2.º, Chichester, Wiley.
- WHITELEG, J., (1982), «Inequalities in Health Care: problems of Acces and Provision», Retford, Straw Barnes Press.