

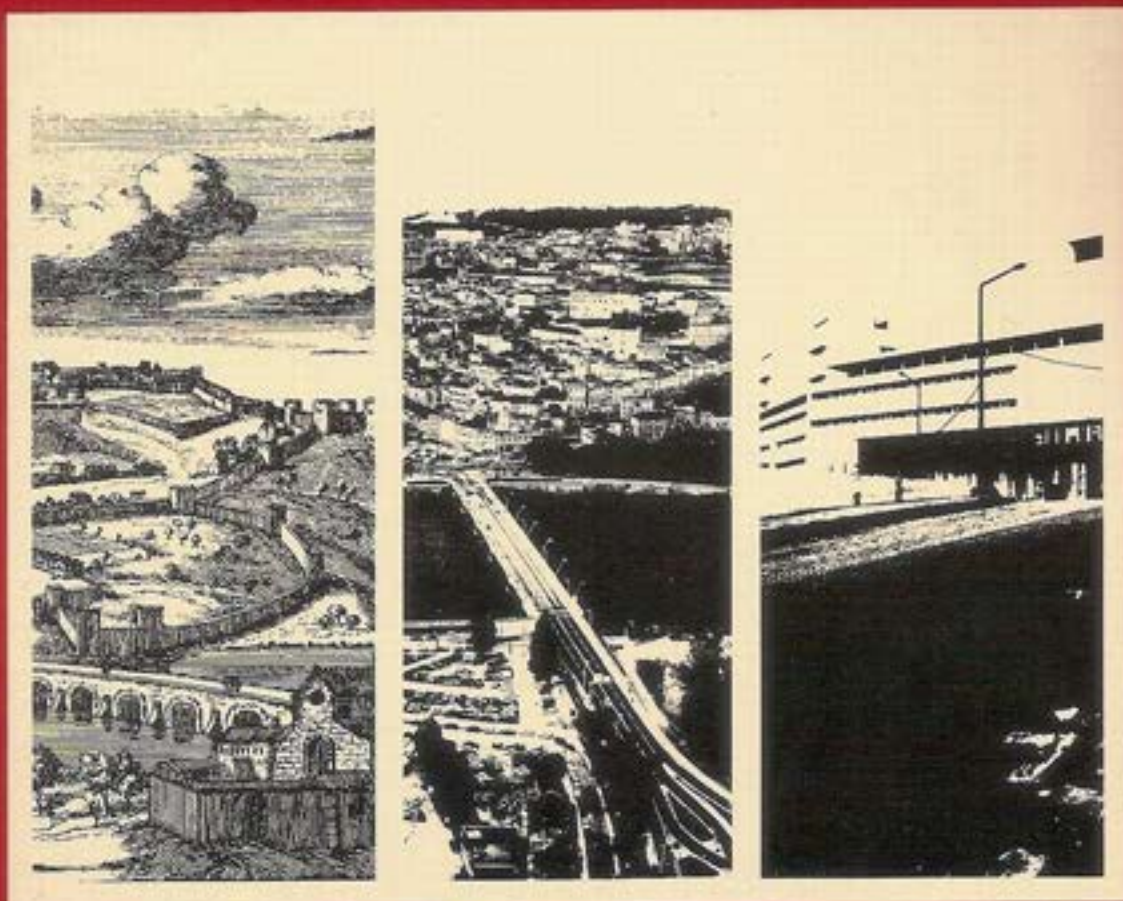
CADERNOS DE GEOGRAFIA

NÚMERO ESPECIAL

INSTITUTO DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS
com a colaboração do Centro de Estudos Geográficos

FACULDADE DE LETRAS - UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ACTAS DO SEGUNDO COLÓQUIO DE GEOGRAFIA DE COIMBRA
COIMBRA 1999



O ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA REGIÃO CENTRO. RESULTADOS DE UM MODELO MULTIATRIBUTIVO

Paula Santana*
José Óscar Martins**

INTRODUÇÃO

A maior parte dos instrumentos de avaliação do estado de saúde conseguem apenas medir desvios relativamente a um estado de saúde percebido pelo próprio (BOWLING, 1995) ou identificam concretamente, a ausência de saúde (de um forma mais redutora) através da morte prematura ou enfermidade. É aceite que é entre os grupos menos favorecidos que se concentram os maiores riscos para a saúde, sendo paradoxalmente também este o grupo que apresenta situações de maior desvantagem relativamente ao acesso aos serviços de saúde (quantidade e qualidade) (SANTANA, 1995).

As desigualdades na saúde e no estado de saúde da população têm vindo a aumentar quer entre grandes regiões ou países quer dentro do mesmo país. Tentar perceber as causas das variações e das iniquidades tem ocupado cada vez mais investigadores, principalmente nos países no Norte e Centro da Europa (KUNST *et al.*, 1996). Os estudos que têm sido divulgados nesta área têm em comum a tentativa de explicação dos factores que estão na génese das desigualdades, sendo o seu objectivo final reduzir ou eliminar as diferenças através de medidas que suportem a melhoria das condições de vida dos grupos que, em alguns casos, são excluídos social e economicamente e, simultaneamente, na saúde (KUNST *et al.*, 2000). Os factores que estão na base das desigualdades em saúde são, em síntese: as condições económicas das famílias (emprego e rendimento), dos países ou dos locais de residência; as políticas sociais de saúde (o acesso a cuidados preventivos e continuados) e de educação (educação para a saúde e informação e comportamentos em sociedade); a qualidade do ambiente (do ar, da água, da habitação e do local de trabalho); os estilos de vida (exercício físico, dieta alimentar); os comportamentos (sexo não protegido, tabaco); a vida na infância; e a carreira profissional/carreira da saúde. São também relevantes as condi-

ções do lugar, enquanto espaço geográfico, económico e social, com capacidade de oferecer serviços públicos e/ou privados que favoreçam a qualidade de vida e suportem condições de saúde favoráveis à população em geral e a grupos desfavorecidos, em particular. Os autores que têm desenvolvido investigação sobre as desigualdades em saúde, como foi referido anteriormente, concluem que as pessoas das categorias sócio-económicas desfavorecidas pagam um tributo pesado à doença e apresentam taxas de mortalidade superiores às das pessoas pertencentes às classes privilegiadas (KUNST e MACKENBACH, 1996).

Em Portugal, LUCAS (1987), PEREIRA (1995), GIRALDES (1996) e SANTANA (2000a) contribuíram para o entendimento das desigualdade em saúde, atribuindo, os primeiros, peso fundamental às questões de ordem sócio-profissional.

Para além das diferenças sócio-económicas, têm vindo a ser reconhecidas diferenças regionais na saúde e na doença. JÓZAN, na Hungria (1997), e LAHELMA e outros, na Finlândia (1997), desenvolveram investigação no sentido de integrarem, para além dos factores sócio-económicos, as características dos lugares, sobressaindo variações nas taxas de mortalidade entre diferentes áreas geográficas, para além das diferenças individuais. Estudos recentes (MACLEOD e outros, 1999), vêm demonstrar que a dimensão espacial é relevante, já que as condições de pobreza nem sempre têm como resultado um mau estado de saúde. Na maior parte dos casos, e até agora, a pobreza ou a privação é quase sempre vista em termos absolutos e não em termos relativos. Os autores referem-se à relação que existe entre a privação e a saúde, à escala nacional e também ao nível sub-nacional dentro do Reino Unido, e verificam que esta ligação pode estar relacionada com a geografia social local. Algumas das conclusões a que chegaram tiveram como base o trabalho de Gatrell, aplicado à cidade de Dundee, o qual apresenta um novo pressuposto: as áreas de maior pobreza e privação podem apresentar melhores estados de saúde se se localizarem nas proximidades ou rodeadas por áreas menos pobres ou de menor privação. O contrário também é verdadeiro. Aqui, o conceito de pobreza ou privação aparece com um carácter

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

** Mestrado em Geografia.

relativo, do que resulta que o seu impacte na saúde não é sempre o mesmo, dependendo dos aspectos espaciais ou dos atributos da comunidade.

Não obstante este facto, é reconhecido que um aumento no rendimento e nas condições de vida podem estar, e estão concertemente, associadas a uma melhoria no estado de saúde. Neste sentido, em alguns países, principalmente nos do Norte da Europa, tem sido dada prioridade ao desenvolvimento de medidas que favoreçam o aumento do nível de saúde, a partir da diminuição das desigualdades económicas.

É nossa intenção neste estudo compreender até que ponto existem desigualdades em saúde e no estado de saúde na Região Centro, apesar dos ganhos em saúde registados nas últimas décadas no País (SANTANA e CAMPOS, 1998).

METODOLOGIA

Existem múltiplas influências relativamente aos resultados em saúde e, por isso, é necessário considerar um conjunto vasto de factores que contribuem directa ou indirectamente para a saúde da população.

Em Portugal, VAZ e outros (1994) desenvolveram um modelo que permitiu avaliar o estado de saúde da população das Regiões de Trás-os-Montes e Alto-Douro. Para tratar a complexidade e diversidade das variáveis intervenientes no estado da saúde num espaço geográfico diversificado, correspondente ao conjunto dos concelhos da Região Centro, foi utilizado quer o modelo matemático (Multiatributive model MAU) que serviu de suporte ao Observatório Regional de Saúde quer o conjunto de variáveis que tinham sido nele incluídas, à excepção da saúde escolar (VAZ e outros, 1994).

O desenho do modelo conheceu dois momentos. No primeiro, foram seleccionadas as variáveis que tinham maior impacte na saúde e que são recolhidas de forma sistemática pelos serviços de saúde ou outros, desagregadas ao nível do concelho, sempre que possível. No segundo momento, foi feita a ponderação de cada variável (e conjunto de variáveis ou famílias de factores) no estado de saúde da população. O segundo momento revelou-se como o mais importante, tendo sido essencial recorrer a um conjunto de peritos em várias áreas para além da saúde. O modelo tem várias virtualidades. Por um lado, permite conhecer o estado global de saúde do concelho e, por outro lado, permite o entendimento de qual ou quais são as variáveis com maior impacte no estado de saúde sendo, ainda, um instrumento fundamental no planeamento dos serviços públicos ou outros, com impacte na saúde. Os indicadores que integram o modelo revelam um

conjunto de condicionantes relacionadas com a saúde da população, por um lado (demográficos, sociais, económicos e, em parte, os da utilização) e, por outro lado, com os serviços de saúde (oferta e utilização).

Seguimos este modelo por ter sido testada a sua validade e por ser um instrumento de análise que integra variáveis relativas quer aos aspectos sanitários, demográficos, de oferta e de utilização dos serviços de saúde quer, ainda, aos económicos e sociais, da população das áreas geográficas em questão. Este largo espectro de variáveis permite avaliar o estado de saúde da população. No Quadro I podem ler-se as famílias de factores e as variáveis que integram o modelo, com as respectivas ponderações. A primeira família de factores é constituída por indicadores de saúde, correspondendo à maior pontuação e, por isso, à que maior importância relativa tem na compreensão do estado de saúde da população, comparativamente com os outros conjuntos de variáveis. A segunda e a terceira famílias de factores são relativas aos cuidados de saúde, oferta e utilização, respectivamente. A quarta e quinta famílias de factores considera os indicadores sociais e económicos. No total, o modelo de avaliação é composto por 51 variáveis com índices de ponderações e *scores* diferentes (Quadro I).

Para além da selecção das variáveis a considerar, individualmente e em conjunto (famílias de factores), houve também a necessidade de conhecer o grau de interferência de cada uma no estado de saúde da população da área considerada. Como foi referido anteriormente, cada variável é ponderada, ou seja, é-lhe dada uma importância relativa, quantificando-a. As variáveis foram agrupadas em famílias ou conjuntos, sendo o valor de cada um o resultado do respectivo somatório das variáveis que o constituem (Quadro I)

A fase que se seguiu foi relativa à uniformização das variáveis. Estabeleceu-se uma correspondência a cada um dos valores das variáveis em *utilidades*¹. A transformação dos valores reais (diferentes dimensões de medida: per milagem, percentagem, valor qualitativo, etc.) em *utilidades* permitiu ultrapassar as dificuldades inerentes à natureza das variáveis. Por fim, obtiveram-se os *scores*,

¹ Segundo os autores do modelo a *utilidade* é a medida de avaliação de um determinado valor real de uma qualquer variável/factor para explicar o estado de saúde. Cada variável/factor é tomada em conta pelo valor máximo e mínimo que assume nos diferentes concelhos da Região, a estes valores extremos faz-se corresponder as respectivas utilidades (entre 0 e 100): a utilidade 0 para o valor da variável mais desfavorável ao estado de saúde e a utilidade 100 para o valor mais favorável. Consequentemente, todos os valores intermédios assumem valores correspondentes, numa proporção directa, entre a utilidade mínima e máxima, podendo ser representadas numa tabela de utilidades.

Quadro I – Variáveis, índices de ponderação e scores do modelo do estado de saúde da população

Variáveis	Índices de ponderação		Scores
Indicadores de saúde			2.65
<i>1. Mortalidade</i>		<i>1.85</i>	
Taxa de mortalidade perinatal	0.50		
Taxa de mortalidade neonatal	0.25		
Taxa de mortalidade infantil	0.40		
Taxa de mortalidade 1-4 anos	0.35		
Taxa de mortalidade por causas	0.35		
<i>2. Outros indicadores de saúde</i>		<i>0.80</i>	
Partos sem assistência	0.25		
Incidência da tuberculose	0.125		
Incidência de doenças de notificação obrigatória	0.25		
Cobertura vacinal	0.175		
Indicadores demográficos			1.40
Taxa de mortalidade geral	0.50		
Taxa de fecundidade	0.05		
População com mais de 65 anos	0.50		
População com menos de 15 anos	0.25		
Relação homens/mulheres	0.10		
Oferta de cuidados			2.05
<i>1. Recursos humanos da saúde</i>		<i>0.75</i>	
Médicos especialistas/habitantes	0.17		
Clinicos gerais/habitantes	0.30		
Médicos de saúde pública/habitantes	0.16		
Enfermeiros CSP/habitantes	0.12		
<i>2. Camas hospitalares e de CSP</i>		<i>0.35</i>	
Camas hospitalares/habitantes	0.20		
Camas CSP/habitantes	0.15		
<i>3. Outros serviços de saúde</i>		<i>0.25</i>	
Farmácias	0.15		
Laboratórios de análises clínicas privados	0.05		
Equipamentos privados de radiologia	0.05		
<i>4. Acessibilidade geográfica dos serviços de saúde</i>		<i>0.65</i>	
Acessibilidade dos CSP	0.40		
Acessibilidade dos hospitais	0.15		
Acessibilidade de outros serviços de saúde	0.10		
Investimento em saúde/habitantes	0.05		
Utilização dos serviços de saúde			2.20
<i>1. Cuidados de saúde primários</i>		<i>1.32</i>	
Consultas/habitantes	0.60		
Saúde materna	0.10		
Saúde infantil	0.10		
Saúde escolar	0.075		
Planeamento familiar	0.075		
Atendimento SAP/habitantes	0.20		
Doentes saídos de internamento/habitantes	0.075		
Dias de internamento/habitantes	0.095		
<i>2. Cuidados hospitalares</i>		<i>0.51</i>	
Consultas/habitantes	0.18		
Urgências/habitantes	0.10		
Doentes saídos de internamento/habitantes	0.10		
Dias de internamento/habitantes	0.13		
<i>3. Gastos e consumos</i>		<i>0.37</i>	
Embalagens de medicamentos/habitantes	0.04		
Meios complementares de diagnóstico e terapêutica/habitantes	0.03		
Gastos públicos/habitante	0.30		
Indicadores sociais			0.90
<i>1. Escolaridade</i>		<i>0.35</i>	
Taxa de escolaridade	0.15		
População > 4 anos de escolaridade	0.20		
<i>2. Infra-estruturas</i>		<i>0.55</i>	
Alojamentos com água	0.35		
Alojamentos com electricidade	0.18		
Telefones/habitantes	0.02		
Indicadores económicos			0.80
<i>1. População por sectores de actividade</i>		<i>0.10</i>	
População do sector secundário	0.075		
População do sector primário	0.025		
Taxa de desemprego	0.20	<i>0.20</i>	
Rendimento (Índice de poder de compra regional)	0.50	<i>0.50</i>	

Fonte: VAZ e outros, 1994

através da multiplicação da utilidade de cada variável pela ponderação que lhe tinha sido atribuída.

Os resultados que se apresentam neste estudo têm como referência espacial o concelho. Assim, para cada concelho da Região Centro (NUT II) são apresentados os resultados a que se chegou para cada família de factores - tendo como limiar os *scores* máximos para cada uma delas (por exemplo: indicadores de saúde 265, indicadores demográficos 140, oferta de cuidados de saúde 205, indicadores de saúde 220, indicadores sociais 90 e indicadores económicos 80 - e o resultado global do estado de saúde concelhio, obtido pelo somatório dos *scores* de cada família de variáveis consideradas, sendo 1000 o valor máximo possível.

O carácter conjuntural de algumas variáveis (indicadores sociais e económicos relativos ao ano de 1991) poderá ser questionado quanto à validade da sua integração no modelo, em virtude de estarem desajustados das realidades actuais dessas áreas geográficas.

ANÁLISE DOS INDICADORES RELEVANTES NO ESTADO DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO

Indicadores de Saúde

O grupo de indicadores de saúde considerados (VAZ e outros, 1994, p. 7). (taxas de mortalidade perinatal, neonatal, infantil, específica de 1 a 4 anos, padrão das causas de mortalidade relativas à “percentagem das cinco causas de morte associadas a baixos níveis de desenvolvimento – sintomas, sinais e afecções mal definidas, pneumonia e gripe, bronquite crónica, enfisema e asma, doença crónica do fígado e cirrose hepática e doenças transmissíveis – no total das causas de morte”, incidência da tuberculose, incidência de doenças de notificação obrigatória e cobertura vacinal) pretendem colocar em destaque o impacto na saúde, através da medição das taxas de mortalidade e morbidade, de um conjunto de condicionantes que são também incluídas no modelo. Algumas variáveis são relativas aos factores individuais (sexo, idade, rendimento, escolaridade, etc.), outras dizem respeito às condições da oferta de serviços públicos de saúde (assistência médica e de cuidados de saúde, por exemplo).

Embora a medição do estado de saúde seja feito pela negativa (medido através da doença e ou morte) esta família de factores é a que, dentro do modelo, apresenta a maior ponderação. Este facto resulta da importância que o conjunto das variáveis, e cada uma delas, tem no entendimento da problemática em questão. Por exemplo as taxas de mortalidade infantil e materna ajudam a retratar o

estado de saúde da população. Estes indicadores são influenciados por um lado, pelas condições de acesso aos serviços de saúde e, por outro lado, pelas características individuais relacionadas com a habitação, o rendimento e a escolaridade, por exemplo e, ainda, pelas condições relativas ao lugar ou à comunidade. Assim, estes indicadores são de extrema utilidade na medição do estado de saúde porque reflectem os efeitos do acesso e da utilização dos serviços de saúde mas, também as condições de qualidade de vida das populações dessas áreas geográficas. Destes indicadores, apenas a taxa de mortalidade infantil foi tratada a nível concelhio; todos os outros indicadores consideram os valores distritais. Assim, pretende-se com estas variáveis determinar, em parte, a eficácia da actividade desempenhada pelos serviços de saúde locais não esquecendo a relevância de outras características do Local que são igualmente importantes no estado de saúde. Refira-se a existência de desigualdades entre áreas urbanas e rurais ao nível das redes sociais e económicas, que se podem exemplificar na oferta de serviços públicos, de estradas e de transportes públicos, de infraestruturas básicas e condições de habitabilidade, etc., genericamente, com maior qualidade nas áreas urbanas.

O *score* de referência corresponde a 265. No Quadro II podem ler-se os valores encontrados para os concelhos da Região Centro, agrupados por distritos. Verifica-se não serem apenas os concelhos sedes de distrito do litoral os que apresentam os *scores* mais favoráveis, mas antes concelhos que, embora localizados no litoral, correspondem a áreas urbanas recentes e de menor dimensão populacional. Por exemplo, Castanheira de Pêra surge com o maior valor relativamente aos indicadores de saúde (249) principalmente pelo facto de possuir a taxa de mortalidade infantil mais baixa no período considerado. Em oposição, encontram-se os concelhos de Tábua e Pedrógão Grande que possuem os *scores* piores (149,38 e 149,58 respectivamente). É notório o carácter de oposição litoral/interior destes indicadores de saúde, sendo os distritos de Leiria, Coimbra e Aveiro os que apresentam, na generalidade, os melhores valores, e os distritos de Castelo Branco, Guarda e Viseu os que surgem com os piores. Verificam-se, contudo, excepções. Por exemplo, no litoral, alguns concelhos têm níveis mais baixos quando comparados com concelhos localizados no interior profundo (Murtosa: 173 e Oliveira de Frades: 174).

Indicadores Demográficos

Os indicadores demográficos que foram seleccionados para integrar o modelo (taxa de mortalidade geral, taxa de fecundidade, população com 65 e mais anos, população

Quadro II - Scores dos Indicadores de Saúde para a Região Centro

Indicadores de Saúde = 265

AVEIRO		COIMBRA	226.98	TRANCOSO	200.93
AGUEDA	220.98	CONDEIXA A NOVA	239.98	LEIRIA	
ALBERGARIA A VELHA	223.98	FIGUEIRA DA FOZ	215.98	ALVAIAZERE	185.58
ANADIA	226.98	GOIS	185.98	ANSIAO	229.58
AVEIRO	226.98	LOUSA	234.98	BATALHA	226.58
ESTARREJA	206.98	MIRA	209.98	CASTANHEIRA DE PERA	249.58
ILHAVO	222.98	MIRANDA DO CORVO	232.98	FIGUEIRO DOS VINHOS	225.58
MEALHADA	225.98	MONTEMOR O VELHO	232.98	LEIRIA	224.58
MURTOSA	173.98	OLIVEIRA DO HOSPITAL	230.98	MARINHA GRANDE	240.58
OLIVEIRA BAIRRO	209.98	PAMPILHOSA DA SERRA	186.98	PEDROGAO GRANDE	149.58
OVAR	224.98	PENACOVA	234.98	POMBAL	222.58
SEVER DO VOUGA	227.98	PENELA	163.98	PORTO DE MOS	227.58
VAGOS	218.98	SOURE	222.98	VISEU	
CASTELO BRANCO		TABUA	149.38	CARREGAL DO SAL	199.48
BELMONTE	215.98	VILA NOVA DE POIARES	206.98	CASTRO DAIRE	231.48
C.BRANCO	200.98	GUARDA		MANGUALDE	189.48
COVILHA	206.98	AGUIAR DA BEIRA	217.93	MORTAGUA	211.48
FUNDAO	209.98	ALMEIDA	211.93	NELAS	211.48
IDANHA A NOVA	172.98	CELORICO DA BEIRA	198.93	OLIVEIRA DE FRADES	174.48
OLEIROS	194.98	FIG CASTELO RODRIGO	192.93	PENALVA DO CASTELO	209.48
PENAMACOR	200.98	FORNOS DE ALGODRES	221.93	SANTA COMBA DAO	212.48
PROENÇA A NOVA	218.98	GOUVEIA	206.93	S PEDRO DO SUL	220.48
SERTA	214.98	GUARDA	223.93	SATAO	231.48
VILA REI	209.98	MANTEIGAS	196.93	TONDELA	213.48
VILA VELHA DE RODAO	237.98	MEDA	207.93	VILA NOVA DE PAIVA	231.48
COIMBRA		PINHEL	191.93	VISEU	212.48
ARGANIL	234.98	SABUGAL	205.93	VOUZELA	231.48
CANTANHEDE	213.98	SEIA	215.93		
					X=209.71

com menos de 15 anos e a relação homens/mulheres) constituem um conjunto de informação de grande importância sobre a população de cada área geográfica. O perfil que se pode obter deste conjunto de informação revela-nos, por exemplo, diferenças de mortalidade geral entre as áreas geográficas, e simultaneamente faz intervir a estrutura demográfica e a relação de masculinidade. Estes últimos indicadores condicionam os resultados em saúde. Por exemplo, em concelhos mais envelhecidos há uma maior probabilidade de se verificarem taxas de mortalidade mais altas. Por outro lado, determinadas patologias e comportamentos associados à utilização, com consequências no estado de saúde, são o reflexo da relação de masculinidade e da própria estrutura demográfica. Por exemplo, as crianças e os idosos têm mais necessidades de cuidados de saúde e, estes grupos, constituem-se como os mais vulneráveis quando ocorrem iniquidades em saúde. A falta de acesso aos cuidados de saúde tem consequências mais graves nos idosos e nas crianças.

O Quadro III apresenta os resultados relativos à família de indicadores demográficos.

Para esta família de factores o valor de 140 constitui-se como o limiar máximo do *score*. Os concelhos com melhores *scores* localizam-se no distrito de Aveiro (Ílhavo: 104; Ovar: 100,1; Aveiro: 99,7). Para além destes, outros concelhos apresentam valores muito acima da média da Região (*score* 51,23). São eles, Leiria e Viseu,

seguidos de perto pelos concelhos de Marinha Grande, Águeda, Arganil, Coimbra e Porto de Mós. Dos seis concelhos sede de distrito, quatro estão acima da mediana, ou seja, acima de 64,5 (Aveiro: 99,7; Leiria: 98,5; Viseu: 88; Coimbra: 77,2) enquanto os dois distritos marcados por uma maior interioridade, permanecem abaixo desse limiar (Castelo Branco: 51,5; Guarda: 60,4). São várias as explicações possíveis: repulsa do interior (população mais velha, maiores taxas de mortalidade, por exemplo) e atracção do litoral (população jovem, maior dinamismo sócio-económico, menores taxas de mortalidade). No entanto, numa análise mais atenta relativamente à distribuição espacial deste conjunto de indicadores, o que se verifica é uma dicotomia não só litoral/interior como também urbano/rural. Ou seja, os *scores* demográficos mais baixos tanto se observam nos concelhos do interior, marcados pela ruralidade, pela desertificação e, consequentemente, pelo envelhecimento populacional como, por exemplo, em Castelo Branco (Vila de Rei: 25, Vila Velha de Ródão: 25; Penamacor: 25,7; Idanha-a-Nova: 26,1; Oleiros: 29,5; Proença-a-Nova: 30,1) e na Guarda (Sabugal: 26,7; Gouveia: 30,3; Celorico da Beira: 32,4), como também se verificam em concelhos localizados mais próximo do litoral, onde ainda se detectam fortes atrasos estruturais, provocados pelo envelhecimento da população, sendo exemplo alguns concelhos do distrito de Coimbra (Pampilhosa da Serra: 25; Penela: 32,1) e de Leiria (Alvaiázere: 27,1).

Quadro III - Scores dos Indicadores Demográficos para a Região Centro

Indicadores Demográficos =140

AVEIRO		COIMBRA		TRANCOSO	
AGUEDA	77.2	CONDEIXA A NOVA	49.1	36.2	
ALBERGARIA A VELHA	70.4	FIGUEIRA DA FOZ	62.9	LEIRIA	
ANADIA	68.4	GOIS	25.1	ALVAIAZERE	27.1
AVEIRO	99.7	LOUSA	59.3	ANSIAO	44.6
ESTARREJA	64.1	MIRA	68.8	BATALHA	67.1
ILHAVO	104	MIRANDA DO CORVO	49.7	CASTANHEIRA DE PERA	69.1
MEALHADA	33	MONTEMOR O VELHO	57.2	FIGUEIRO DOS VINHOS	36.5
MURTOSA	47.7	OLIVEIRA DO HOSPITAL	41.6	LEIRIA	98.55
OLIVEIRA BAIRRO	66.1	PAMPILHOSA DA SERRA	25	MARINHA GRANDE	79
OVAR	100.1	PENACOVA	47.7	PEDROGAO GRANDE	35.5
SEVER DO VOUGA	73.2	PENELA	32.1	POMBAL	42.2
VAGOS	60.1	SOURE	39.9	PORTO DE MOS	76.8
CASTELO BRANCO		TABUA	36	VISEU	
BELMONTE	43.3	VILA NOVA DE POIARES	39.3	CARREGAL DO SAL	58
C.BRANCO	51.5	GUARDA		CASTRO DAIRE	32
COVILHA	60.4	AGUIAR DA BEIRA	40.9	MANGUALDE	63
FUNDAO	44.7	ALMEIDA	43.3	MORTAGUA	61
IDANHA A NOVA	26.1	CELORICO DA BEIRA	32.4	NELAS	59
OLEIROS	29.5	FIG CASTELO RODRIGO	37.1	OLIVEIRA DE FRADES	56
PENAMACOR	25.7	FORNOS DE ALGODRES	34.9	PENALVA DO CASTELO	46
PROENCA A NOVA	30.1	GOUVEIA	30.3	SANTA COMBA DAO	40
SERTA	40.7	GUARDA	60.4	S PEDRO DO SUL	51
VILA REI	25	MANTEIGAS	67.9	SATAO	58
VILA VELHA DE RODAO	25	MEDA	42.7	TONDELA	51
COIMBRA		PINHEL	35.5	VILA NOVA DE PAIVA	48.9
ARGANIL	77.2	SABUGAL	26.7	VISEU	88
CANTANHEDE	70.4	SEIA	48.8	VOUZELA	46
X=51.23					

Oferta de Cuidados de Saúde

Embora a oferta de cuidados de saúde não determine, por si só, o acesso e a utilização efectiva, ela constitui-se como factor de relevo na utilização e na saúde da população. Existe uma forte associação entre a distância e a utilização, verificando-se mesmo casos de sobreutilização de serviços por grupos populacionais que, por estarem próximos geograficamente dos serviços, os utilizam para além das necessidades reais (SANTANA, 1996). Os estudos realizados demonstram que o inverso também é verdadeiro: populações residentes em áreas geográficas mais afastadas utilizam com menos frequência os serviços de saúde, depois de ter sido anulado o efeito da idade, sexo e rendimento. Nesta família de factores incluem-se os serviços de saúde (farmácias, laboratórios de análises clínicas privados e equipamentos privados de radiologia), os recursos humanos (médicos especialistas, clínicos gerais, médicos de saúde pública e enfermeiros de cuidados de saúde primários - CSP), as camas hospitalares e dos cuidados de saúde primários, a acessibilidade geográfica dos serviços de saúde (acessibilidades dos cuidados de saúde primários, dos hospitais, de outros serviços de saúde) e ainda o investimento em saúde².

² A acessibilidade não se pode limitar à questão espacial mas deve ser também entendida pela questão financeira na medida em que a utilização é determinada, em parte, pelos rendimentos individuais e colectivos.

Este último indicador introduz assim, pela primeira vez, uma perspectiva geográfica na abordagem do estado de saúde da população. De facto, esta dimensão espacial pode condicionar a utilização dos cuidados de saúde, essencialmente os de nível hierárquico superior localizados somente em alguns concelhos, como por exemplo os hospitais de nível distrital e central, ou alguns equipamentos mais específicos, e pode igualmente reflectir diferenciações no que diz respeito à distribuição dos próprios recursos humanos. Na impossibilidade de haver uma distribuição equitativa dos cuidados de saúde especializados e específicos (técnicos e humanos), grande parte da população desses concelhos recorre aos cuidados localizados na área de influência que integram, tomando, por isso, o valor do conjunto dos concelhos que fazem parte da área de influência da unidade de saúde considerada.

É também de salientar que a distribuição espacial dos cuidados de saúde introduz aspectos de grande relevância na compreensão e interpretação dos resultados (Quadro IV) em virtude de permitir a comparação entre alguns concelhos que beneficiam, simultaneamente, de cuidados de saúde primários, de maior dispersão geográfica e, ainda, dos cuidados especializados, porque são abrangidos pela área de influência do hospital a que pertencem (médicos especialistas, camas hospitalares, laboratórios e equipamentos privados, etc...). Para atenuar este efeito, foi dada especial ênfase à acessibilidade geográfica aos diferentes serviços de saúde, constituindo-se estes indicadores como um conjunto importante e diferenciador nesta família de factores.

Quadro IV - Scores da oferta de cuidados de saúde para a Região Centro

Oferta de Cuidados = 205

AVEIRO		COIMBRA		TRANCOSO	
AGUEDA	119.15	CONDEIXA A NOVA	175.14		124.4
ALBERGARIA A VELHA	136.99	FIGUEIRA DA FOZ	162.3	LEIRIA	
ANADIA	149.93	GOIS	132.45	ALVAIAZERE	150.24
AVEIRO	161.55	LOUSA	107.05	ANSIAO	133.27
ESTARREJA	134.55	MIRA	144.23	BATALHA	139.08
ILHAVO	141.6	MIRANDA DO CORVO	136.5	CASTANHEIRA DE PERA	134.75
MEALHADA	150.45	MONTEMOR O VELHO	148.46	FIGUEIRO DOS VINHOS	134
MURTOSA	165.4	OLIVEIRA DO HOSPITAL	139.29	LEIRIA	143.25
OLIVEIRA BAIRRO	155.72	PAMPILHOSA DA SERRA	114.75	MARINHA GRANDE	145.91
OVAR	108.45	PENACOVA	109.75	PEDROGÃO GRANDE	123.5
SEVER DO VOUGA	94.85	PENELA	136.21	POMBAL	142.55
VAGOS	107.2	SOURE	148.45	PORTO DE MOS	133.5
CASTELO BRANCO		TABUA	137.78	VISEU	
BELMONTE	134.1	VILA NOVA DE POIARES	145.4	CARREGAL DO SAL	157.35
C.BRANCO	146.95	GUARDA		CASTRO DAIRE	109.35
COVILHA	146.15	AGUIAR DA BEIRA	116.35	MANGUALDE	150.55
FUNDAO	113.55	ALMEIDA	115.05	MORTAGUA	135.1
IDANHA A NOVA	93.6	CELORICO DA BEIRA	157.85	NELAS	156.04
OLEIROS	97.72	FIG CASTELO RODRIGO	150.9	OLIVEIRA DE FRADES	120.9
PENAMACOR	89.6	FORNOS DE ALGODRES	129.5	PENALVA DO CASTELO	126.7
PROENÇA A NOVA	82.67	GOUVEIA	153.55	SANTA COMBA DÃO	154.51
SERTA	109.4	GUARDA	142.47	S PEDRO DO SUL	147.28
VILA REI	113	MANTEIGAS	144.3	SATAO	134.95
VILA VELHA DE RODAO	131.46	MEDA	103.1	TONDELA	126.15
COIMBRA		PINHEL	128.9	VILA NOVA DE PAIVA	95.65
ARGANIL	119.15	SABUGAL	114.18	VISEU	146.35
CANTANHEDE	136.99	SEIA	129.95	VOUZELA	129.37
X=131,09					

Os resultados indicam-nos que Coimbra é o concelho que apresenta o melhor *score* (175,14). Neste concelho estão concentrados recursos físicos (camas hospitalares públicas e equipamentos) e humanos (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) que têm como finalidade responder, não só à população da sua área de influência enquanto hospital distrital mas, também, a uma área mais vasta e que corresponde à população da Região Centro (excepção para o sul do distrito de Leiria e norte do de Viseu). Para além disso, no concelho de Coimbra estão localizados recursos de saúde que estimulam a complementaridade funcional e, por arrastamento, surge uma forte concentração de recursos humanos (médicos e técnicos de saúde), actividades, serviços e equipamentos do sector da saúde. Pelo lado oposto, o concelho com pior posição é Proença-a-Nova (82,87), talvez consequência da má acessibilidade aos cuidados hospitalares.

Importa reconhecer que nesta família de factores foi encontrada uma maior homogeneidade, isto é, não se verificaram grandes amplitudes nos *scores* entre os concelhos. Os distritos com maior equidade espacial na oferta de serviços, e daí mais homogêneos, são os de Viseu, Leiria e Guarda, embora com valores de *scores* mais baixos. Alguns concelhos rurais apresentam vantagem por terem boa dotação ao nível dos recursos humanos (*rátios* médico e enfermeiro ao nível dos Cuidados de Saúde Primários por 1000 habitantes), traduzida em mais recursos para menos habitantes. É por isso que não é nos concelhos sede

de capitais de Sub-região de Saúde que encontramos os melhores valores para esta família de factores. Tal facto decorre, essencialmente, do maior peso relativo que os cuidados de saúde primários têm no modelo, quando comparados com os hospitalares. Este facto é ilustrado no distrito de Viseu (146,3), pelos concelhos de Carregal do Sal (157,3), Nelas (156), Santa Comba Dão (154), Mangualde (150,5) e São Pedro do Sul (147,8); de Leiria (143,5), pelos concelhos de Alvaiázere (150,2), e Marinha Grande (145,9) e no da Guarda (142,4), por Celorico da Beira (157,8), Gouveia (153,5), Figueira de Castelo Rodrigo (150,9) e Manteigas (144,3). Este fenómeno pode ter duas leituras: ou os *rátios* são o resultado da diminuição da população (o que parece ser o que mais se aproxima da realidade) ou por se ter reconhecido que as necessidades em saúde desta população determinam maiores níveis de utilização e por isso maior oferta.

Nos distritos de Aveiro, Coimbra e Castelo Branco verifica-se uma maior desigualdade no que respeita à oferta de cuidados de saúde: encontram-se os concelhos de Coimbra (175,1) e de Castelo Branco (146,9) com os melhores *scores*, por possuírem uma maior quantidade de cuidados nas respectivos áreas geográficas e, em oposição, os concelhos de Góis (107,5) e de Proença-a-Nova (82,6), com valores muito baixos. No distrito de Aveiro (161,5), os concelhos da Murtosa (165,4) e Sever do Vouga (94,8) posicionam-se como o melhor e o pior concelho nesta família de factores.

Utilização dos Serviços de Saúde

A utilização dos serviços de saúde é condicionada por um conjunto de factores que estão relacionados quer com as características dos potenciais consumidores quer com as da oferta. Por um lado, a utilização não depende apenas da oferta dos serviços, por outro lado, a utilização (frequência) varia consoante o tipo de serviços considerados, as patologias e as características da população. Tendo em atenção estes pressupostos, foram seleccionados alguns indicadores considerados como os mais relevantes (utilização dos cuidados de saúde primários - consultas por habitante, consultas de saúde materna, de saúde infantil, planeamento familiar, atendimentos nos serviços de atendimento permanente (SAP) por habitante, doentes saídos de internamentos e dias de internamento por habitante; utilização dos cuidados hospitalares - consultas por habitante, urgências por habitante, doentes saídos de internamentos e dias de internamento por habitante; gastos e consumos em serviços de saúde; embalagens de medicamentos por habitante; meios complementares de diagnóstico e terapêutica por habitante; gastos públicos do Sistema Nacional de Saúde por habitante) na saúde da população.

A literatura acerca da utilização refere a forte relação entre oferta e utilização dos cuidados de saúde. Os resul-

tados a que chegámos trazem um novo pressuposto: muitas vezes a oferta de serviços não significa uma adequada utilização, pelo menos tendo como objectivo a melhoria do estado de saúde da população. No ponto anterior já foi tratado este assunto quando foi apresentado o *score* da oferta de serviços. Para além das condicionantes à utilização, que foram anteriormente apresentadas, pode ainda referir-se o facto dos *ratios* de utilização, à semelhança do que acontecia com os da oferta, serem construídos tendo por base a população residente. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) atribui a cada concelho, pelo menos, um centro de saúde e existem concelhos com reduzido quantitativo populacional. Estes dois factos proporcionam, em alguns casos, *ratios* que no modelo vão resultar em melhores níveis para os *scores* correspondentes. Deve ainda chamar-se a atenção para o facto de apenas se considerar, neste modelo, a utilização dos serviços públicos de saúde e de ter sido atribuída maior ponderação, quando foi concebido o modelo (VAZ e outros, 1994), à utilização dos cuidados de saúde primários. Estes dois factos poderão estar, talvez, na base da explicação de alguns resultados aqui apresentados.

O Quadro V indica que não existem grandes variações geográficas nesta família de factores. Verifica-se que, em alguns dos concelhos do interior, a população residente recorre com mais frequência aos cuidados de saúde

Quadro V - Scores da utilização dos serviços de saúde para a Região Centro

Utilização dos Cuidados de Saúde = 220

AVEIRO		COIMBRA	103.5	TRANCOSO	167.1
AGUEDA	126.8	CONDEIXA A NOVA	166	LEIRIA	
ALBERGARIA A VELHA	146.8	FIGUEIRA DA FOZ	130.2	ALVAIAZERE	161.6
ANADIA	106.8	GOIS	118.3	ANSIAO	161.6
AVEIRO	153.3	LOUSA	140.55	BATALHA	116.95
ESTARREJA	133.3	MIRA	149.7	CASTANHEIRA DE PERA	159.6
ILHAVO	153.3	MIRANDA DO CORVO	141.3	FIGUEIRO DOS VINHOS	178.6
MEALHADA	132.3	MONTEMOR O VELHO	131.2	LEIRIA	116.95
MURTOSA	170.3	OLIVEIRA DO HOSPITAL	121.8	MARINHA GRANDE	117.95
OLIVEIRA BAIRRO	124.8	PAMPILHOSA DA SERRA	166	PEDROGÃO GRANDE	136.9
OVAR	95.5	PENACOVA	104.75	POMBAL	116.95
SEVER DO VOUGA	107.8	PENELA	166	PORTO DE MOS	136.95
VAGOS	133.3	SOURE	149	VISEU	
CASTELO BRANCO		TABUA	141.3	CARREGAL DO SAL	132.98
BELMONTE	143.9	VILA NOVA DE POIARES	141.3	CASTRO DAIRE	116.35
C.BRANCO	135.45	GUARDA		MANGUALDE	133.35
COVILHA	142.9	AGUIAR DA BEIRA	136.75	MORTAGUA	131.1
FUNDAO	142.9	ALMEIDA	150.85	NELAS	132.98
IDANHA A NOVA	155.45	CELORICO DA BEIRA	148.85	OLIVEIRA DE FRADES	116.35
OLEIROS	136.45	FIG CASTELO RODRIGO	167.85	PENALVA DO CASTELO	142.85
PENAMACOR	136.45	FORNOS DE ALGODRES	131.85	SANTA COMBA DAO	120.35
PROENÇA A NOVA	136.45	GOUVEIA	148.85	S PEDRO DO SUL	133.35
SERTA	153.45	GUARDA	124.85	SATAO	138.35
VILA REI	155.45	MANTEIGAS	167.85	TONDELA	119.35
VILA VELHA DE RODAO	135.45	MEDA	131.85	VILA NOVA DE PAIVA	119.35
COIMBRA		PINHEL	148.85	VISEU	135.35
ARGANIL	126.8	SABUGAL	150.85	VOUZELA	138.35
CANTANHEDE	146.8	SEIA	130.85		
					X=136.21

primários. Este parece ser o elemento determinante nos resultados. A utilização dos cuidados de saúde apresenta valores muito variados, sendo a amplitude de 74,8 para um *score* máximo de 220. Apenas em três concelhos a uma maior oferta corresponde uma maior utilização, nomeadamente nos concelhos de Murtosa (com o *score* máximo de 170,3) e nos de Alvaiázere e Ansião (ambos com *scores* de 161,6). Nestes três concelhos existe oferta ao nível de CSP de Serviço de Atendimento Permanente (SAP) e no concelho da Murtosa é oferecido internamento nos CSP. Por isso, os valores de utilização de CSP são altos, logo os *scores* finais têm também resultados altos.

No que diz respeito às outras áreas mantém-se uma elevada homogeneidade no resultado dos *scores*. Também se verifica um desfasamento espacial entre os locais com maiores índices de oferta e de consumo. Os concelhos onde a população utiliza mais os serviços de saúde localizam-se nos distritos de Castelo Branco (Idanha-a-Nova: 155,4), de Coimbra (Pampilhosa da Serra e Penela, com *scores* de 166), da Guarda (Manteigas e Figueira de Castelo Rodrigo, ambos com 167,8) e de Viseu (Penalva do Castelo: 142,8).

Indicadores Sociais

Os indicadores sociais (taxa de analfabetismo, população com mais de quatro anos de escolaridade, aloja-

mentos com água, alojamentos com electricidade e telefones por habitante) incluídos no modelo inicial permitem perceber a qualidade de vida, as condições sociais e económicas em que vivem as populações destas áreas geográficas, retratando algumas condicionantes dos níveis de saúde da população. Por exemplo, as condições de habitabilidade dos alojamentos têm também reflexos importantes na saúde e na doença das populações. Estes factores estão intimamente relacionados com o desenvolvimento de cada concelho, nomeadamente no domínio das condições básicas dos alojamentos e da instrução da população. Todavia, o peso desta família de factores revela-se escasso na determinação do estado de saúde final, por se tratar de um número reduzido de variáveis e a ponderação de cada um deles ser baixa (o *score* máximo é de 90).

Os resultados obtidos indicam que existe um desequilíbrio estrutural na Região. Verifica-se uma assimetria na distribuição geográfica dos indicadores sociais (Quadro VI).

Tendo em atenção a mediana dos valores (39,3), verifica-se que menos de metade dos concelhos da Região possui condições sociais favoráveis e potenciadoras de bons estados de saúde. Os resultados deste conjunto de indicadores revela, também, uma assimetria litoral/interior. Numa apreciação global, pode dizer-se que a melhor posição nesta família de factores foi encontrada no concelho de Aveiro (70,7), principalmente resultante do

Quadro VI - Scores dos indicadores sociais para a Região Centro (concelhos agrupados em distritos)

Indicadores Sociais = 90					
AVEIRO		COIMBRA	68.77	TRANCOSO	20.75
AGUEDA	62.79	CONDEIXA A NOVA	44.02	LEIRIA	
ALBERGARIA A VELHA	57.88	FIGUEIRA DA FOZ	29.7	ALVAIAZERE	50.9
ANADIA	54.67	GOIS	13.4	ANSIAO	52
AVEIRO	70.77	LOUSA	37.35	BATALHA	63.92
ESTARREJA	70.1	MIRA	27.3	CASTANHEIRA DE PERA	58.9
ILHAVO	57.7	MIRANDA DO CORVO	48.85	FIGUEIRO DOS VINHOS	31.85
MEALHADA	59.36	MONTEMOR O VELHO	27.78	LEIRIA	54.1
MURTOSA	20.7	OLIVEIRA DO HOSPITAL	29.05	MARINHA GRANDE	65.3
OLIVEIRA BAIRRO	53.31	PAMPILHOSA DA SERRA	9.4	PEDROGAO GRANDE	45.05
OVAR	51.5	PENACOVA	40.1	POMBAL	46.7
SEVER DO VOUGA	55.51	PENELA	36.8	PORTO DE MOS	64.22
VAGOS	30.35	SOURE	23.75	VISEU	
CASTELO BRANCO		TABUA	25.65	CARREGAL DO SAL	34.7
BELMONTE	24.95	VILA NOVA DE POIARES	45.55	CASTRO DAIRE	22.9
C.BRANCO	36.9	GUARDA		MANGUALDE	35.95
COVILHA	42.9	AGUIAR DA BEIRA	10.3	MORTAGUA	44.45
FUNDAO	14.95	ALMEIDA	27	NELAS	47.9
IDANHA A NOVA	11.15	CELORICO DA BEIRA	13.75	OLIVEIRA DE FRADES	32.7
OLEIROS	16.55	FIG CASTELO RODRIGO	34.6	PENALVA DO CASTELO	15.4
PENAMACOR	11.9	FORNOS DE ALGODRES	16.1	SANTA COMBA DAO	41.5
PROENCA A NOVA	29.8	GOUVEIA	32	S PEDRO DO SUL	29.05
SERTA	22.35	GUARDA	32.05	SATAO	17.6
VILA REI	18.95	MANTEIGAS	44.05	TONDELA	31.5
VILA VELHA DE RODAO	21.65	MEDA	18.65	VILA NOVA DE PAIVA	14.85
COIMBRA		PINHEL	21.75	VISEU	36.85
ARGANIL	62.79	SABUGAL	8	VOUZELA	29.55
CANTANHEDE	57.88	SEIA	41.45		
					X=38.07

bom nível da instrução. O pior *score* verificou-se no concelho do Sabugal, revelando um défice de condições infra-estruturais necessárias ao conforto (nomeadamente no que diz respeito à água canalizada e electricidade nos alojamentos familiares). *Scores* favoráveis podem ser observados, também, nos concelhos de Estarreja (70,1) e de Coimbra (68,7). O concelho de Coimbra beneficiou pelo elevado índice de instrução, bem como pelas infra-estruturas básicas nos alojamentos existentes. Valores mais baixos que os anteriores, mas superiores à mediana, foram encontrados em alguns concelhos do interior profundo, como Covilhã (42,9), Manteigas (44) e Seia (41,4), consequência, talvez, de um dinamismo económico, com reflexos a nível social, provocado pelo impulso verificado nas últimas décadas, em sectores de actividade económica como o comércio, o turismo e a educação.

Indicadores Económicos

Integram esta família de factores indicadores que medem o desenvolvimento económico dos concelhos (população activa no sector secundário e primário, taxa de desemprego e índice de poder de compra concelhio). Os indicadores económicos que fazem parte do modelo permitem compreender a relação que se estabelece entre a capacidade de aquisição de bens de consumo e o estado de saúde. O bem estar e o estado de saúde são influenciados pela qualidade e quantidade de bens e serviços que se podem vir a consumir e para os quais é necessário existir capacidade financeira (alimentação de qualidade, condições de habitabilidade e conforto no alojamento, instrução, informação acerca da saúde e dos cuidados de saúde, aquisição de serviços de saúde, mesmo num sistema de tipo SNS). As necessidades sentidas individualmente podem ser ou não ser convertidas em utilização dos serviços de saúde e, por isso, contribuir para que o estado de saúde de alguns grupos seja afectado. A não conversão da necessidade sentida em necessidade expressa é o resultado, muitas vezes, da falta de acesso aos serviços de saúde. Na maior parte dos casos revela-se como sendo de origem económica. Ou seja, o rendimento pode proporcionar o acesso aos serviços de saúde, em níveis diversificados de prestação. Apesar do Serviço Nacional de Saúde ser geral, universal e tendencialmente gratuito, verifica-se que os cidadãos despendem individualmente cada vez mais verbas em cuidados de saúde. Para além das contribuições pagas, e que revertem para o Orçamento de Estado, verifica-se um aumento da utilização de subsistemas, do pagamento directo aos prestadores e, ainda, a

compra de seguros de saúde. Talvez por isso não seja de estranhar que os concelhos com maior poder de compra sejam, também, aqueles onde se verifica maior oferta e maior utilização dos cuidados de saúde e, talvez, melhores estados de saúde, como veremos no ponto seguinte.

Verifica-se que em alguns concelhos onde o *score* desta família de factores é elevado se encontrou também o *score* de utilização mais baixo. Uma das interpretações corresponderá, talvez, à construção do modelo e à exclusão da utilização do médico privado. De facto, é nos concelhos de maior dinamismo económico que se verifica a maior oferta de serviços de saúde privados e, conseqüentemente, talvez também uma maior utilização dos mesmos, em detrimento da utilização dos serviços públicos.

Os resultados obtidos (Quadro VII) apontam para uma grande heterogeneidade ao nível das condições económicas entre os concelhos. Esta família de factores tem como *score* máximo o valor 80. Os valores concelhios apresentam uma grande amplitude, o que traduz o fosso económico expresso entre os concelhos da Região Centro.

Destaque para os melhores valores nos concelhos de Coimbra (75) e Aveiro (72). O dinamismo económico que caracteriza estes concelhos é parte da explicação do seu posicionamento. O primeiro, principalmente pelo índice de poder de compra (o mais elevado da Região) e o segundo pela taxa de industrialização, que se traduz num elevado quantitativo de população activa empregue no sector secundário (60,1%). Destacam-se outros concelhos pela importância económica: Leiria (63), Marinha Grande (60,2), Castelo Branco (56,5), Guarda (54,5), Figueira da Foz (53) e Viseu (53).

Em oposição, sobressaem áreas marcadas pelo forte atraso económico causado quer pelo afastamento geográfico dos grandes eixos de desenvolvimento e estruturantes do País quer pela forte dependência, em termos de rendimento, do sector primário, o que, conseqüentemente, se reflecte no índice de poder de compra das populações. São exemplo os concelhos de Manteigas (22,1), Vouzela (23), Penamacor (23,6), Castro Daire (24,5) e Fornos de Algodres (24,5). O Índice de Poder de Compra, por ser um índice composto, traduz bem para estes últimos concelhos o atraso económico a que têm estado sujeitos e de que ainda sofrem. Todos eles possuem *scores* muito abaixo da mediana (69,5). No panorama regional, estes concelhos revelam-se com fracos recursos económicos o que poderá influenciar, por um lado, a capacidade de recorrer aos serviços privados e, por outro, a adequada “disponibilidade” de utilização dos serviços públicos.

Quadro VII - Scores dos indicadores económicos para a Região Centro. (concelhos agrupados em distritos)

Indicadores Económicos = 80

AVEIRO		COIMBRA		TRANCOSO	
AGUEDA	42.75	CONDEIXA A NOVA	40.5		33.5
ALBERGARIA A VELHA	34.63	FIGUEIRA DA FOZ	53	LEIRIA	
ANADIA	38.25	GOIS	32	ALVAIAZERE	36.13
AVEIRO	72	LOUSA	47.5	ANSIAO	39.13
ESTARREJA	35.75	MIRA	36	BATALHA	49.5
ILHAVO	45.25	MIRANDA DO CORVO	37.5	CASTANHEIRA DE PERA	29.5
MEALHADA	34.88	MONTEMOR O VELHO	30.13	FIGUEIRO DOS VINHOS	31.63
MURTOSA	34	OLIVEIRA DO HOSPITAL	39.63	LEIRIA	63
OLIVEIRA BAIRRO	40	PAMPILHOSA DA SERRA	37.75	MARINHA GRANDE	60.25
OVAR	42.25	PENACOVA	29.13	PEDROGÃO GRANDE	35.63
SEVER DO VOUGA	28.25	PENELA	30.63	POMBAL	42.13
VAGOS	33.25	SOURE	30.25	PORTO DE MOS	43.5
CASTELO BRANCO		TABUA	32.13	VISEU	
BELMONTE	39.63	VILA NOVA DE POIARES	43.5	CARREGAL DO SAL	28
C.BRANCO	56.5	GUARDA		CASTRO DAIRE	24.5
COVILHA	43	AGUIAR DA BEIRA	32	MANGUALDE	33.5
FUNDAO	43.63	ALMEIDA	40	MORTAGUA	33
IDANHA A NOVA	27	CELORICO DA BEIRA	30.5	NELAS	28.5
OLEIROS	35.38	FIG CASTELO RODRIGO	28	OLIVEIRA DE FRADES	28.25
PENAMACOR	23.63	FORNOS DE ALGODRES	24.25	PENALVA DO CASTELO	27.25
PROENÇA A NOVA	33.63	GOUVEIA	30.5	SANTA COMBA DÃO	28.88
SERTA	33.25	GUARDA	54.5	S PEDRO DO SUL	28
VILA REI	30.88	MANTEIGAS	22.13	SATAO	27
VILA VELHA DE RODAO	30	MEDA	26	TONDELA	30
COIMBRA		PINHEL	31.5	VILA NOVA DE PAIVA	31.5
ARGANIL	31.75	SABUGAL	29.5	VISEU	53
CANTANHEDE	32.63	SEIA	26.5	VOUZELA	23
X=35,6					

ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DA REGIÃO CENTRO

Partindo dos indicadores antes apresentados, organizados em famílias de factores, obtivemos o resultado final, ou seja, chegámos aos valores do estado de saúde da população da Região Centro. Os resultados correspondem ao somatório de cada conjunto de indicadores (ver Quadro I) para cada área geográfica considerada (concelhos). Assim, para além de ser possível observar o estado de saúde em cada concelho, são ainda possíveis comparações com o valor ideal (*score* 1000) ou entre os concelhos que constituem a Região. Outra potencialidade do modelo reside na verificação, por comparação, dos factores determinantes no estado de saúde da população.

Os resultados finais, observáveis nos Quadros VIII e IX e ilustrados graficamente na Figura 1, revelam as diferenças absolutas e relativas (comparativamente à média da Região) do estado de saúde da população estudada. Os valores dos *scores* finais são indicativos das condições mais ou menos favoráveis em que vive a população das áreas consideradas e que são determinantes do seu estado de saúde.

Fazendo um pouco a síntese do que foi apresentado anteriormente para cada família de factores, pode dizer-se que os resultados finais apontam para assimetrias geográficas

fortes quer nos indicadores demográficos quer nas condições de oferta de serviços de saúde e, ainda, nas condições sociais e económicas inerentes à população e aos lugares.

Para cada concelho foi encontrado um valor que representa o *score* do estado de saúde do conjunto da população dessa área geográfica. Quanto mais próximo estiver do limiar máximo (1000) mais favoráveis são as condições de saúde dessa população. Na Região Centro a melhor posição é ocupada pelo concelho de Aveiro (784,3), onde são encontrados *scores* favoráveis em todas as famílias de factores, com destaque para as condições sociais e económicas reveladas nos valores dos indicadores de habitabilidade e conforto dos alojamentos (água e electricidade) e nível de instrução e, ainda, pelo emprego e índice de poder de compra. O concelho de Coimbra ocupa o segundo lugar, com o *score* de 726,5. Neste concelho, diferentemente do verificado para o de Aveiro, nem todos os indicadores apresentavam *scores* elevados. É curioso que Coimbra perde a primeira posição a favor de Aveiro por ter valores baixos de utilização de serviços de saúde no que respeita, fundamentalmente, à utilização dos CSP. De facto, alguns dos serviços disponíveis no concelho de Coimbra parecem não ser utilizados convenientemente pela população residente. Por outro lado, alguns serviços estão vocacionados para servir,

Quadro VIII - Estado de Saúde da Região Centro (concelhos agrupados em distritos)

ESTADO DE SAUDE = 1000						
AVEIRO		COIMBRA	726.59	TRANCOSO	582.88	
AGUEDA	649.67	CONDEIXA A NOVA	701.9	LEIRIA		
ALBERGARIA A VELHA	670.68	FIGUEIRA DA FOZ	624.23	ALVAIAZERE	611.55	
ANADIA	645.03	GOIS	461.83	ANSIAO	660.18	
AVEIRO	784.3	LOUSA	663.91	BATALHA	663.13	
ESTARREJA	644.78	MIRA	623.26	CASTANHEIRA DE PERA	701.43	
ILHAVO	724.63	MIRANDA DO CORVO	658.79	FIGUEIRO DOS VINHOS	638.16	
MEALHADA	635.97	MONTE MORO VELHO	618.56	LEIRIA	700.43	
MURTOSA	612.08	OLIVEIRA DO HOSPITAL	577.61	MARINHA GRANDE	708.99	
OLIVEIRA BAIRRO	649.91	PAMPILHOSA DA SERRA	534.88	PEDROGAO GRANDE	526.16	
OVAR	622.78	PENACOVA	592.87	POMBAL	613.11	
SEVERDOVOUGA	587.59	PENELA	577.96	PORTO DEMOS	662.55	
VAGOS	583.18	SOURE	603.66	VISEU		
CASTELO BRANCO		TABUA	529.86	CARREGAL DOSAL	529.86	
BELMONTE	601.86	VILA NOVA DE POIARES	643.33	CASTRO DAIRE	1245.19	
C.BRANCO	625.28	GUARDA			MANGUALDE	626.28
COVILHA	642.33	AGUIAR DA BEIRA	554.23	MORTAGUA	1195.56	
FUNDAO	569.71	ALMEIDA	588.13	NELAS	1157.84	
IDANHA A NOVA	486.28	CELORICODA BEIRA	562.28	OLIVEIRA DE FRADES	1068.56	
OLEIROS	510.58	FIG CASTELO RODRIGO	611.38	PENALVA DO CASTELO	1121.96	
PENAMACOR	488.26	FORNOS DE ALGODRES	558.53	SANTA COMBA DAO	1046.79	
PROENÇA A NOVA	531.63	GOUVEIA	602.13	S PEDRO DOS SUL	1133.76	
SERTA	574.13	GUARDA	638.2	SATAO	1212.33	
VILA REI	553.26	MANTEIGAS	643.16	TONDELA	1196.42	
VILA VELHA DE RODA O	581.54	MEDA	530.23	VILA NOVA DE PAIVA	1111.77	
COIMBRA		PINHEL	558.43	VISEU	558.43	
ARGANIL	652.67	SABUGAL	535.16	VOUZELA	1187.83	
CANTANHEDE	658.68	SEIA	533.48		X-600.2	

também, uma área de influência que, em alguns casos, ultrapassa os dois milhões de habitantes. Acresce ainda referir, lembrando o que já anteriormente ficou dito, que, no concelho de Coimbra, um pouco à semelhança de outras áreas urbanas com forte implantação de serviços de saúde privados e onde a população tem um poder de compra médio e alto, um conjunto considerável (que não foi objecto de estudo) de população utiliza como alternativa os serviços de saúde privados.

Com *scores* igualmente altos encontram-se outros concelhos, quase todos eles localizados na faixa litoral da Região: Ílhavo (724,8), Marinha Grande (708,9), Condeixa-a-Nova (701,9), Castanheira de Pêra (701,4) e Leiria (700,4). Por vezes, os indicadores que favorecem um concelho e que estão na origem do *score* final diferem entre as áreas consideradas. Por exemplo, o concelho de Ílhavo apresenta indicadores demográficos, sociais e económicos que o beneficiam. Marinha Grande usufrui não só de condições económicas vantajosas, fruto do desenvolvimento do tecido industrial, mas também do desenvolvimento social; o concelho de Condeixa enquadra-se na tipologia de concelhos que beneficiam da proximidade a Coimbra (Figuras 2 e 3), arrecadando vantagens comparativas relativamente a

concelhos que, embora pertencentes ao mesmo distrito, apresentam uma localização periférica (Góis e Pampilhosa da Serra).

Todos os concelhos sede de distrito apresentam valores que se situam acima da mediana da Região (623): Viseu (672), Guarda (638,2) e Castelo Branco (628,8). Partindo dos pressupostos deste modelo, outros concelhos, parecem ter também condições mais favoráveis relativamente à saúde das suas populações: Porto de Mós, Batalha, Condeixa-a-Nova, Lousã, Albergaria-a-Velha, Águeda e outros.

Os piores valores relativos ao estado de saúde foram todos encontrados em concelhos do interior, com forte expressão no distrito de Castelo Branco (Oleiros: 510,5; Penamacor: 488,2; Idanha-a-Nova: 486,2) e de Coimbra (Góis: 461,8). Destes concelhos, marcados pela interioridade, pela pobreza, pela ruralidade e pelo envelhecimento, o que apresenta valores piores é exactamente o concelho com melhor localização relativamente a Coimbra. Neste concelho, a meio caminho entre a costa e a fronteira, todos os indicadores expressam as más condições de saúde da população, consequência do atraso estrutural, da estrutura etária da população, das condições de habitabilidade, etc.

Quadro IX – Hierarquia do estado de saúde da população da Região Centro

Concelhos	Classif.	Scores	Concelhos	Classif.	Scores
Aveiro	1º	784,30	Sátão	40º	607,38
Coimbra	2º	726,59	Mangualde	41º	605,83
Ílhavo	3º	724,83	Soure	42º	603,66
Marinha Grande	4º	708,99	Gouveia	43º	602,13
Condeixa-a-Nova	5º	701,90	Belmonte	44º	601,86
Castanheira de Pera	6º	701,43	Vouzela	45º	597,75
Leiria	7º	700,43	Santa Comba Dão	46º	597,72
Porto de Mós	8º	682,55	Seia	47º	593,48
Viscu	9º	672,03	Penacova	48º	592,87
Albergaria-a-Velha	10º	670,68	Almeida	49º	588,13
Lousã	11º	663,91	Sever do Vouga	50º	587,59
Batalha	12º	663,13	Vagos	51º	583,18
Ansião	13º	660,18	Trancoso	52º	582,88
Miranda do Corvo	14º	658,79	Celorico da Beira	53º	582,28
Cantanhede	15º	658,68	Vila Velha de Ródão	54º	581,54
Arganil	16º	652,67	Penela	55º	577,96
Oliveira do Bairro	17º	649,91	Oliveira do Hospital	56º	577,81
Águeda	18º	649,67	Sertã	57º	574,13
Anadia	19º	645,03	Tondela	58º	571,48
Estarreja	20º	644,78	Fundão	59º	569,71
Vila Nova de Poiares	21º	643,33	Penalva do Castelo	60º	567,68
Manteigas	22º	643,16	Fornos de Algodres	61º	558,53
Covilhã	23º	642,33	Pinhel	62º	558,43
Guarda	24º	638,20	Aguiar da Beira	63º	554,23
Figueiró dos Vinhos	25º	638,16	Vila de Rei	64º	553,26
Mealhada	26º	635,97	Vila Nova de Paiva	65º	541,73
Nelas	27º	635,90	Castro Daire	66º	536,58
Castelo Branco	28º	628,28	Sabugal	67º	535,16
Mira	29º	628,28	Pampilhosa da Serra	68º	534,88
Figueira da Foz	30º	624,23	Proença-a-Nova	69º	531,63
Ovar	31º	622,78	Meda	70º	530,23
Montemor-o-Velho	32º	618,58	Tábua	71º	529,86
Mortágua	33º	616,13	Oliveira de Frades	72º	528,68
Pombal	34º	613,11	Pedrógão Grande	73º	526,16
Murtosa	35º	612,08	Oleiros	74º	510,58
Alvaiázere	36º	611,55	Penamacor	75º	488,26
Fig. de Castelo Rodrigo	37º	611,38	Idanha-a-Nova	76º	486,28
Carregal do Sal	38º	610,51	Góis	77º	461,83
São Pedro do Sul	39º	609,16			

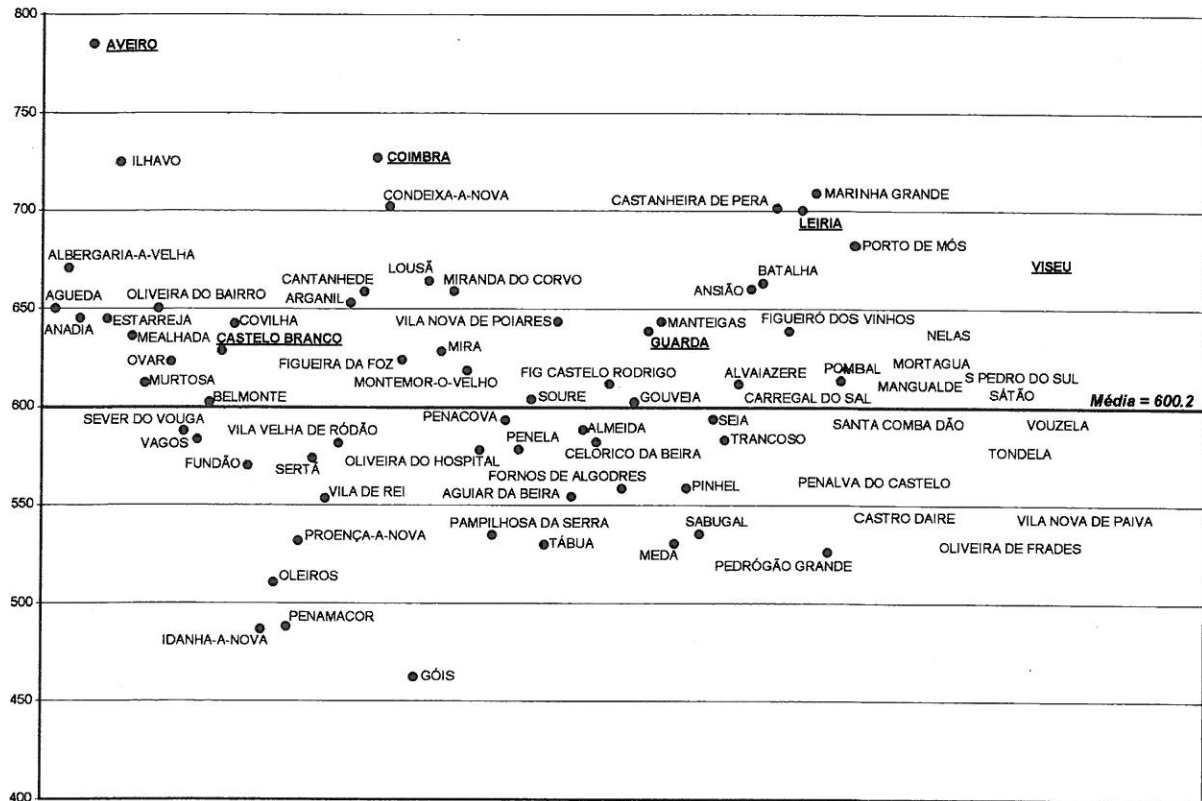


Fig. 1 – Score do estado de saúde nos concelhos da Região Centro

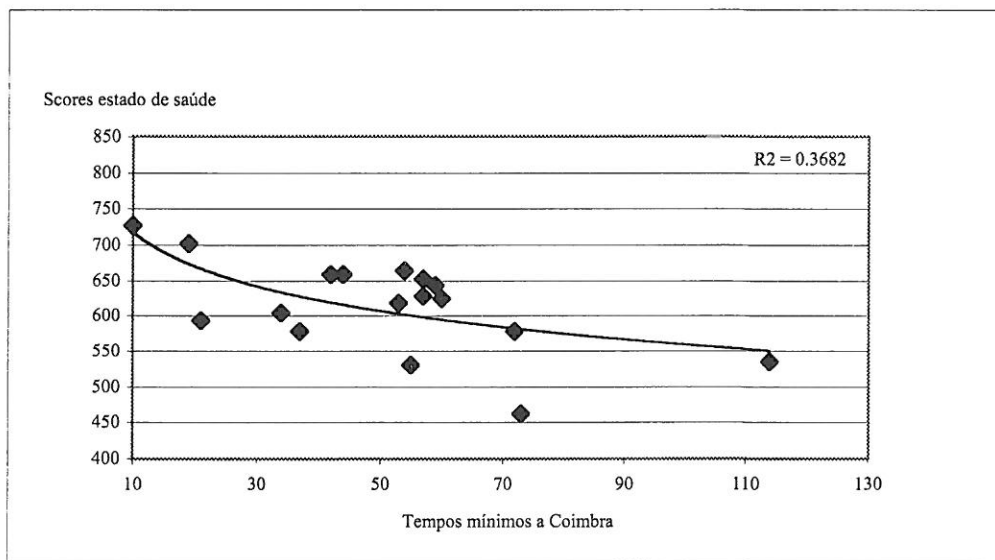


Fig. 2 – Relação estado de saúde/distância-tempo para o distrito de Coimbra

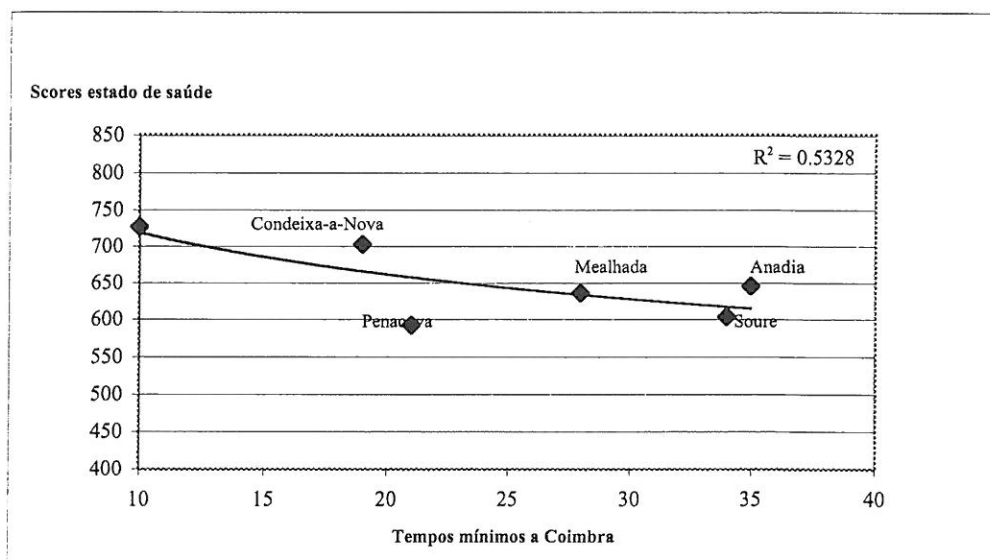


Fig. 3 – Relação estado de saúde/distância-tempo a Coimbra (até 35 km)

DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO

As variações espaciais que foram apresentadas podem indicar-nos áreas de maior pobreza, predomínio de determinadas actividades económicas, grau de urbanização e ou concentração da população e as consequências directas ou indirectas na saúde. Será interessante perceber que os resultados a que chegámos apontam claramente para uma diminuição do estado de saúde à medida que aumenta a ruralidade, o envelhecimento, a fraca capacidade de poder de compra, o analfabetismo, a distância aos cuidados de saúde, principalmente os hospitalares. Deve ser referido, novamente, o facto de serem os indicadores sociais, económicos e demográficos os que apresentam uma maior amplitude entre os valores (máximos e mínimos). Talvez o caminho correcto a seguir no sentido de atenuar as desigualdades geográficas, que claramente foram retratadas neste estudo, seja o de fornecer à população destes concelhos melhores condições de vida.

Na Região Centro, paradoxalmente, as áreas mais carenciadas em termos demográficos, económicos e sociais e, por isso, onde a população tem, potencialmente, mais necessidades de cuidados de saúde, são as que sofrem mais com a privação dos mesmos. Sendo assim, devem ser desenvolvidas estratégias que visem, fundamentalmente, proteger os grupos mais vulneráveis que emergem em espaços periféricos, marcados pela ruralidade, pela pobreza e pelo envelhecimento. O objectivo, é aumentar a qualidade de vida nesses espaços e dessas

populações para que se venham a verificar, num futuro próximo, claras diminuições nas desigualdades regionais e, também, em saúde.

À semelhança de países como a Finlândia, a Inglaterra, a Noruega e a Suécia onde foi reconhecido que a distribuição dos recursos (quantidade e qualidade) não era justa porque não se adequava às necessidades reais da população e tinha consequências nas desigualdades em saúde, também em Portugal será importante perceber as causas das iniquidades em saúde e atenuá-las ou eliminá-las. Para isso, deveriam ser implementadas estratégias que visassem proporcionar melhores condições sociais e económicas à população residente nos concelhos onde estes indicadores se revelaram ser fragilizantes para a saúde das populações, bem como dotar as áreas rurais de condições físicas e humanas (médicos e outros profissionais de saúde com remunerações aliciantes: por exemplo salário mensal mais elevado), podendo vir a resultar numa melhor qualidade nos centros de saúde rurais, quando comparada com os urbanos. Esta estratégia já deu bons frutos nos países onde foi implementada. Este facto resulta de se ter verificado que a saúde e o estado de saúde das populações não é influenciado somente pelas características individuais mas também pelas da comunidade em que está inserida (SANTANA, 2000a).

Outras políticas europeias têm vindo a intervir em alguns factores que consideraram estar intimamente relacionados com a saúde, como por exemplo o preço e a disponibilidade/quantidade da alimentação, o tipo da água

e a poluição. Outras acções têm sido dirigidas aos grupos mais vulneráveis que emergem das recentes mudanças demográficas, tais como o aumento da proporção de idosos ou o aumento do trabalho relacionado com a imigração. Também as políticas sociais que tenham como impacto a melhoria das condições de trabalho e de residência são prioritárias com vista à promoção da saúde e da coesão social (SANTANA, 2000b).

Na Região Centro, a exclusão social e económica na saúde é uma das causas das variações em saúde, como foi demonstrado neste trabalho. O reforço ao nível da qualidade e, em alguns casos, da quantidade da rede de centros de saúde que, pretensamente, cobre o País, é um dos meios que, com mais eficácia, pode tentar resolver o problema das desigualdades regionais em saúde. Para isso, os centros de saúde devem ser promotores da saúde das populações através, por exemplo, de programas de educação para a saúde, em ligação com as escolas dos vários níveis de ensino. Importa referir o papel do CSP no sistema de referência que, na maior parte dos casos, não funciona ou apresenta grandes constrangimentos. Para que a população das áreas rurais se sinta “protegida” relativamente às desigualdades em saúde e estas venham a ser atenuadas ou até a desaparecer deveriam as autarquias ser responsabilizadas, em simultâneo com as instituições de saúde, pela saúde da população, com a adopção de medidas inovadoras e custo-efectivas de promoção da saúde e prevenção da doença

Em suma, sendo a saúde o resultado de um conjunto vasto de factores pode afirmar-se que não é só mudando as políticas da saúde que se podem melhorar os níveis de saúde das populações. O bem-estar físico e psíquico sentidos (ou não) pelas populações são o resultado de sinergias várias em áreas paralelas e com forte impacte positivo ou negativo na saúde (habitação, ambiente, economia, educação e ainda de apoio social).

BIBLIOGRAFIA:

- BOWLING, A. (1995) – *Measuring Disease*. Open University Press.
- JÓZAN, P. (1997) – “Social variations in mortality in some countries of Central and Eastern Europe”, texto apresentado no Workshop on *Social Variation in Health Expectancy in Europe*. Dusseldorf, 17 e 18 de Outubro.
- JUDGE, K. (1995) - “Income distribution and life expectancy: a critical appraisal”. *BMJ* 311, pp. 1282- 1285.
- KIM, J.-S.; BRAMLETT, M. H.; WRIGHT, L. K. e POON, L. W. (1998) – “Racial differences in health status and health behaviors”, *Nursing Research*, July/August, vol. 47, Nº 4, pp. 243, 250.
- KUNST, A. e MACKENBACH, J. (1996) -- *La mesure des inégalités de santé d'origine socio-économique*. OMS Bureau Regional de L'Europe, Copenhague.
- KUNST, A. E.; CAVELAARS, A. E. J. M.; GROENHOF, F.; GEURTS, J. J. M. e MACKENBACH, J. P. (1996) – *Socioeconomic inequalities in mortality in Europe: a comparative study*. Vol. I: Main Report, Department of Public Health, Erasmus University Rotterdam.
- KUNST, A.; BOS, A.; MACKENBACH, J. – EU working Group of Socio-economic Inequalities in Health (2000) – *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations*. Department of Public Health, Erasmus University Rotterdam, Holanda (policopiado)
- LAHELMA, E. (1997) – “Gender differences in health: patterns, magnitude and change” , texto apresentado no Workshop on *Social Variations in Health Expectancy in Europe*. Dusseldorf, 17 e 18 de Outubro.
- LUCAS, J. S. (1987) – “Inequidade social perante a doença a a morte em Portugal”, *Actas das V Jornadas da Economia da Saúde* (coord. A. Correia de CAMPOS e J. A. PEREIRA), Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa. pp. 283-294.
- MACINTYRE, S. (1988) – “Area inequalities in health”. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, pp. 14-15.
- MACKENBACH, J. P. e KUNST, A. E. (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*, vol. 44, Nº 6, pp. 757-771.
- MACLEOD, M.; GHAMAM, E.; JOHNSTON, M.; DIBBEN, C. e MORGAN, I. (1999) - “How does relative deprivation affect health?”. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, pp. 12-13.
- PEREIRA, J., (1995) – “Inequity in infant mortality in Portugal, 1971-1991”, documento de trabalho da APES (4/95).
- POWER, C. (1998) - “Life course influences”. *Health Variations Newsletter*, January, ESRC Economic & Social Research Council, pp. 14-15.
- SANTANA, P.. (1995) – *Acessibilidade e Utilização dos Cuidados de Saúde. Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde*. CCRC/ARSC, Coimbra.
- SANTANA, P. (1996) – “A utilização dos cuidados hospitalares – uma abordagem de Geografia da Saúde”, in: *As reformas dos sistemas de saúde*, coord. A. VAZ, C. PINTO, F. RAMOS e J. PEREIRA, APES, Lisboa, pp. 182-208.

- SANTANA, P. e CAMPOS, C. (1998) – “O sector da saúde em Portugal: 1984-1995”. *Cadernos de Geografia*, nº 16, pp. 39-53.
- SANTANA, P. (2000a) – “Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care”. *Social Science and Medicine*, 5, pp. 1025-1036.
- SANTANA, P. (2000b) – “Poverty, social exclusion and health”. *Social Science and Medicine* (no prelo).
- VALKONEN, T.; SIHVONEN, A. e LAHELMA, E. (1997) - “Health Expectancy by level of education in Finland”. *Social Science and Medicine*, vol. 44, Nº 6, pp. 808-808.
- VAZ, A.; SIMÕES, J. A.; COSTA, R. J. da e SANTANA, P. (1994) – “Desenvolvimento de um modelo da avaliação do estado de saúde das populações”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 12, Nº 2 – Abril/Junho, pp. 5-23. R

Referências Estatísticas

- ARSC (Administração Regional de Saúde do Centro), *Caracterização da Região de Saúde* (1997).
- DEPS (Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde), *Elementos Estatísticos da Saúde* (1995).
- DGS (Direcção-Geral da Saúde), *Mortalidade infantil, perinatal e materna* (1992/1996).
- DGS (Direcção-Geral da Saúde), *Doenças de declaração obrigatória* (1991/1995).
- CCRC (Comissão de Coordenação da Região Centro), *Fichas concelhias da Região Centro* (1998).
- INE (Instituto Nacional de Estatística), *Anuários Estatísticos da Região Centro* (1995, 1996 e 1997).
- INE (Instituto Nacional de Estatística), *Censos* (1991).
- INE (Instituto Nacional de Estatística), *Inventário Municipal* (1995).